



Fall-Nr.: IV 2017/355
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.04.2020
Entscheiddatum: 24.01.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 24.01.2020

Art. 28 und 29 IVG: Auf die von der Unfallversicherung und Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen ärztlichen Abklärungen kann zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vorliegend abgestellt werden. Aufgrund der gestützt auf diese Beurteilungen ausgewiesenen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2020, IV 2017/355).

Entscheid vom 24. Januar 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2017/355

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 3. März 2016 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Sie war zu diesem Zeitpunkt als Betriebsmitarbeiterin bei der Firma B.____ angestellt gewesen (IV-act. 12). Seit einem Unfall vom ____ November 2015, bei dem die Versicherte als Fussgängerin von einem Auto angefahren worden war (vgl. act. G 6.2.1 S. 26 ff. und S. 85) und sich dabei Schambeinastfrakturen rechts, eine Exkoration des distalen Oberschenkels rechts und eine Kontusion des Hemithorax rechts zugezogen hatte (act. G 6.2.1 S. 16 f., S. 22 f. und S. 59 f.), war sie jedoch von der damaligen Hausärztin Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (vgl. act. G 6.2.1 S. 14 und 6.2.4 S. 2). Der Unfall hatte einen 10-tägigen stationären Aufenthalt in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) sowie einen anschliessenden dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt notwendig gemacht (vgl. IV-act. 35 S. 11; act. G 6.2.1 S. 22 f.). Ab Januar 2016 hatte sich die Versicherte wegen einer Chronifizierungstendenz der Schmerzen und einer depressiven Entwicklung in das Ambulatorium der psychiatrischen Klinik J.____ in Behandlung begeben. Ab März 2016 wurde die Versicherte wegen besserer Sprachverständigung durch Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, weiterbehandelt (act. G 6.2.2 S. 1 f.). In einem Bericht vom 15. März 2016 nannten die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik J.____ als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (act. G 6.2.2 S. 2).



St.Galler Gerichte

Gleichenfalls berichteten die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, dass sich bei der Versicherten radiologisch ein regelrechter Verlauf zeige. Die diffusen Schmerzen der rechten Körperhälfte stünden nicht im Zusammenhang mit der Schambeinastfraktur. Gehstöcke seien nicht mehr notwendig. Weitere Kontrollen seien nicht mehr geplant (IV-act. 35 S. 7 f.; vgl. ferner IV-act. 35 S. 9 f.). Am 8. April 2016 diagnostizierte Dr. D. ___ eine posttraumatische Belastungsstörung und hielt fest, sie habe mit der Versicherten vereinbart, dass diese die seitens der Unfallversicherung empfohlene Arbeit in der Wäscherei der Arbeitgeberin für eine Stunde pro Tag aufnehme (act. G 6.2.11). In einem bei der IV-Stelle am 20. April 2016 eingegangenen Bericht hielt einer der behandelnden Ärzte des KSSG fest, dass im Verlauf mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 100 % gerechnet werden könne (IV-act. 21 S. 3). Ab dem 27. April 2016 unternahm die Versicherte in der Wäscherei ihrer Arbeitgeberin an einem Schonarbeitsplatz einen Arbeitsversuch für die Dauer von einer Stunde täglich (vgl. act. G 6.2.14 S. 1, 6.2.15 S. 2 und 6.2.23 S. 1). Am 28. April 2016 fand im Auftrag der Unfallversicherung eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. In seiner gleichentags verfassten Beurteilung nannte er als Diagnose verbliebene inguinale Belastungsschmerzen rechts und endphasige Bewegungsschmerzen rechtes Hüftgelenk nach Unfallereignis vom __. November 2015 durch Erfassen eines schleudernden Autos mit erlittener oberer und unterer Schambeinastfraktur rechts, Weichteilverletzung proximaler Unterschenkel medial, Kontusion Oberarm rechts und Hemithorax rechts (act. G 6.2.15 S. 4). Weiter hielt er fest, dass in der angestammten stehenden Tätigkeit derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine überwiegend sitzende Schontätigkeit mit zeitweisem Gehen für ein bis zwei Stunden sei für weitere zwei Wochen zumutbar. Unter zeitlich sukzessiver Steigerung sollte in einer solchen Schontätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab Anfang Juni 2016 möglich sein. In der angestammten Tätigkeit betrage die zumutbare Arbeitsfähigkeit ab Anfang Juni 2016 50 %. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sollte ab Juli 2016 möglich sein (act. G 6.2.15 S. 5).

A.b. Am 17. Mai 2016 gewährte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf eine von dieser am 2. Mai 2016 unterzeichnete Zielvereinbarung (vgl. IV-act. 28) Beratung und



Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes (IV-act. 30). Ab August 2016 erhöhte die Versicherte ihr tägliches Arbeitspensum auf zwei Stunden (act. G 6.2.23 S. 1 und 6.2.33 S. 1). Am 8. September 2016 erlitt die Versicherte während der Arbeit einen Bewusstseinsverlust unklarer Ätiologie (vgl. act. G 6.2.39 und 6.2.50 S. 2 f.), weshalb sie notfallmässig ins Spital K.____ gebracht wurde (act. G 6.2.50 S. 2 f.). Ein gleichentags angefertigtes CT des Neurocraniums zeigte altersentsprechende Befunde ohne Nachweis einer intrakraniellen Hämorrhagie (act. G 6.2.50 S. 5). Am 9. September 2016 wurde die Versicherte nach Hause entlassen (act. G 6.2.50 S. 3). Am 15. September 2016 erfolgte eine Krankmeldung an die Krankentaggeldversicherung. Darin wurde angegeben, dass die Versicherte seit dem 8. September 2016 aufgrund von Krankheit zu 100 % arbeitsunfähig sei (act. G 6.2.116 S. 3). In einem Verlaufsbericht vom 26. September 2016 ging der damalige Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, von einem bleibenden Nachteil aus und warf die Frage nach einer Symptomausweitung auf (act. G 6.2.53 S. 1). In einer neurologischen Untersuchung vom 6. Oktober 2016 konnte auch Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, für die plötzlich aufgetretene Bewusstlosigkeit keine Ursache finden. Der von ihm erhobene klinisch-neurologische Untersuchungsbefund brachte keine Hinweise für fokale neurologische Defizite und die EEG-Ableitung zeigte sich vollständig normwertig ohne Nachweis von epilepsietypischen Potentialen (IV-act. 50 S. 6 ff.). Eine radiologische Kontrolle des Beckens und der Hüfte rechts vom 14. Oktober 2016 machte im Vergleich zur letzten Voruntersuchung eine progrediente Konsolidation bei gering dislozierter oberer und nicht dislozierter unterer Schambeinastfraktur rechts und einen im Übrigen stationären Befund sichtbar (act. G 6.2.61). Am 18. Oktober 2016 berichteten die behandelnden Ärzte des KSSG, dass sich für die aktuelle Beschwerdesymptomatik mit Dominanz auf der rechten Körperhälfte radiologisch kein Korrelat zeige. Die Versicherte sei dem Schmerzzentrum zugewiesen worden (act. G 6.2.59 S. 2 f.). Am 9. November 2016 empfahl Kreisarzt Dr. E.____ aufgrund des im Röntgenbild vom 14. Oktober 2016 sichtbaren Frakturspaltes eine zusätzliche MRT-Untersuchung (act. G 6.2.62). Eine MRT-Untersuchung des Beckens vom 24. November 2016 zeigte eine unvollständige Frakturkonsolidierung am oberen Schambeinast rechts sowie differentialdiagnostisch eine Pseudarthrose (act. G 6.2.65). Der kreisärztliche Dienst der Unfallversicherung kam in einer Stellungnahme vom 29. November 2016 zum Schluss, dass dieser Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründe



(act. G 6.2.66). In einem Verlaufsbericht vom 2. Januar 2017 nannte Dr. D.____ als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Weiter hielt sie fest, dass die Versicherte anfangs Mai 2016 einen Arbeitsversuch begonnen habe. Trotz Empfehlung, vorsichtig vorzugehen, habe die Unfallversicherung eine Steigerung des Arbeitseinsatzes sehr schnell vorangetrieben. Das Tempo der Steigerung sei zu schnell gewesen. Die Versicherte habe einen Zusammenbruch bei der Arbeit erlitten. Es habe sich jetzt herausgestellt, dass die persistierenden Schmerzen doch einen Grund hätten. Die Fraktur sei noch nicht richtig verheilt gewesen (act. G 6.2.79).

A.c. Am 6. Februar 2017 fand eine erneute kreisärztliche Untersuchung durch Dr. E.____ statt (act. G 6.2.93). In seinem Untersuchungsbericht vom 7. Februar 2017 nannte er als Diagnosen verbliebene inguinale Belastungsschmerzen rechts und endphasige Bewegungsschmerzen rechtes Hüftgelenk (act. G 6.2.93 S. 4). Weiter hielt er fest, dass unter Berücksichtigung der am 24. November 2016 MR-tomographisch beurteilten unvollständigen Frakturkonsolidierung am oberen Schambeinast rechts bei ossär konsolidiertem unterem Schambeinast eine überwiegend sitzende Schontätigkeit mit zeitweisem Gehen und Stehen für zwei Stunden täglich zumutbar sei. Zum Ausschluss einer Pseudarthrose bzw. einer noch immer unvollständigen Frakturkonsolidierung empfehle er eine kernspintomographische Verlaufskontrolle. Sollte bilddiagnostisch die Fraktur am rechten oberen Schambeinast zwischenzeitlich verheilt sein, wäre das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Schontätigkeit innerhalb vier Wochen möglich und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zumutbar. Nachfolgend sollte in vier weiteren Wochen die 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden können (act. G 6.2.93 S. 4). Eine MRT des Beckens vom 16. Februar 2017 zeigte eine ossär konsolidierte obere und untere Schambeinastfraktur (act. G 6.2.96).

A.d. Am 20. Februar 2017 verfügte die Unfallversicherung die hälftige Kürzung der Taggeldleistungen per 27. Februar 2017 und deren Einstellung per 3. April 2017 (act. G 6.2.99).

A.e. In einem ärztlichen Zeugnis vom 22. Februar 2017 hielt Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Chirurgie, fest, dass sich die kreisärztliche Untersuchung vom 6. Februar 2017



lediglich auf den Befund der Hüfte bezogen habe. Die übrigen Beschwerden, welche der Unfall ausgelöst habe, seien leider nicht berücksichtigt worden. Dies betreffe die Schmerzerkrankung sowie die posttraumatische Belastungsreaktion, weshalb die Versicherte in psychiatrischer Behandlung sei. Rückblickend sei festzuhalten, dass die Unfallfolgen bereits im Spital bagatellisiert worden seien. Durch die behandelnden Ärzte sei teilweise eine Vorverurteilung der Versicherten vorgenommen worden. Die später durchgeführten Untersuchungen hätten gezeigt, dass die Schmerzen teilweise doch begründbar gewesen seien. In der Folge habe sich bei der Versicherten eine posttraumatische Belastungsreaktion mit einer depressiven Entwicklung herausgebildet. Dies erkenne man an einem zunehmenden Stimmungstief. Die Versicherte weine häufig und sei inaktiver. Es sei bereits mehrmals eine stationäre Behandlung angeregt worden, wofür sie um eine Kostengutsprache bitte (act. G 6.2.105). In einem Schreiben vom 7. März 2017 teilte die Unfallversicherung Dr. H.____ mit, dass sie aufgrund des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis keine Leistungen für deren Behandlung mehr übernehmen könne. Von Seiten der organischen Unfallfolgen könne von einer vollständigen Heilung ausgegangen werden. Aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht könne somit keine weitere Behandlungsnotwendigkeit oder Arbeitsunfähigkeit begründet werden (act. G 6.2.113 S. 1 f.). Am 16. März 2017 sicherte die Krankentaggeldversicherung der Arbeitgeberin der Versicherten die Ausrichtung von Taggeldern in Ergänzung zu denjenigen Leistungen, welche die Unfallversicherung zahle, zu. Ab Einstellung der Unfalltaggelder werde sie das volle Krankentaggeld entrichten. Weiter merkte die Krankentaggeldversicherung an, dass sie die Taggelder jedoch nur so lange ausrichten werde, wie die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei (act. G 6.2.116 S. 5).

A.f. Am 27. März 2017 fand im Auftrag der Krankentaggeldversicherung eine psychiatrische Kurzbegutachtung durch Dr. med. I.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, statt (act. G 6.2.118 S. 1). In seinem Gutachten vom 21. April 2017 nannte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kombination aus einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Ärger, Anspannung, Sorge), einer Persönlichkeitsakzentuierung (histrionisch) und bewusstseinsnahen Kompensationswünschen (differentialdiagnostisch:



[unbewusster] sekundärer Krankheitsgewinn; act. G 6.2.118 S. 13 f.). Weiter hielt Dr. I. ___ fest, dass unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs und der dokumentierten Therapien eine Herausnahme der Versicherten aus dem sozialen Umfeld und eine tagesklinische Behandlung sinnvoll sei, wobei diese höchstens vier Wochen dauern sollte. Nach Beendigung der tagesklinischen Behandlung bestehe in einer dem orthopädischen Leiden angemessenen Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei aus psychiatrischer Sicht das Arbeitspensum innert weiterer zwei Wochen auf 100 % gesteigert werden könne. Bei unzureichender Compliance respektive fehlender Motivation, möglicherweise auch zwischenzeitlich gelindertem Leidensdruck könnte auch ambulant sofort mit einer beruflichen Wiedereingliederung begonnen werden, wobei dann aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nach vier Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und nach weiteren zwei Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werde (act. G 6.2.118 S. 14 f.).

A.g. Mit Schreiben vom 27. April 2017 teilte die Krankentaggeldversicherung der Versicherten mit, dass sie ihre Leistungen bis zum 31. Mai 2017 noch zu 100 % und ab dem 1. Juni 2017 noch zu 50 % ausrichten werde. Ab dem 19. Juni 2017 bestehe kein Taggeldanspruch mehr (act. G 6.2.117 S. 2 f.).

A.h. In einer Stellungnahme vom 12. Mai 2017 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass der Sachverhalt aus medizinischer Sicht ausreichend abgeklärt sei. Ab Mai 2017 könne sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zugestanden werden könne der Versicherten eine weitere vierwöchige Arbeitsunfähigkeit, sofern sie die empfohlene tagesklinische Behandlung durchführe. Wenn sie diese nicht antrete, sei die Arbeitsfähigkeit unabhängig davon ab Mai 2017 anzunehmen, da keine schwerwiegende, dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege (IV-act. 73).

A.i. Mit Mitteilung vom 26. Mai 2017 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, da die Versicherte ab Mai 2017 sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 76).

A.j. Am 23. Juni 2017 füllte die Versicherte einen Fragebogen der IV-Stelle aus, in welchem sie angab, dass sie im Gesundheitsfall aktuell einer Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 80 % nachgehen würde (IV-act. 78).



A.k. Mit Vorbescheid vom 26. Juni 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht, da spätestens ab Mai 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer adaptierten Tätigkeit gegeben sei (IV-act. 81). Mit Verfügung vom 11. September 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 86).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 28. September 2017 Beschwerde. Darin beanstandete sie, dass die Abklärungen durch die Unfallversicherung und Krankentaggeldversicherung nicht unparteiisch erfolgt seien. Sie leide noch immer unter den körperlichen und psychischen Folgen des Unfallereignisses vom __. November 2015. Ihre Arbeitsfähigkeit werde von den behandelnden Ärzten aktuell auf maximal 50 % geschätzt (act. G 1).

B.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2018 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin keine konkreten und objektiven Anhaltspunkte, die gegen die Unabhängigkeit der versicherungsinternen Ärzte sprechen würden, vorgelegt habe. Sie sei zweimal durch einen Kreisarzt der Unfallversicherung und einmal durch einen Psychiater der Krankenversicherung begutachtet worden. Die angefertigten Gutachten erfüllten die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen und würden durch die Einschätzung des RAD-Arzttes gestützt. Den Gutachten komme somit Beweiswert zu (act. G 6).

B.c. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik innert der vom Versicherungsgericht angesetzten Frist (act. G 8).

B.d. Mit Schreiben vom 28. Februar 2018 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie ständig multiple Schmerzen habe, weshalb sie nicht arbeitsfähig sei. Die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in einer Schmerzklinik sei von der Krankenkasse abgelehnt worden. Am __. Februar 2018 habe ein Termin im Schmerzzentrum des KSSG stattgefunden. Aktuell warte sie auf ein Aufgebot des KSSG für eine Behandlung in der Klinik L.___ (act. G 9). Gleichzeitig reichte die Beschwerdeführerin ein Schreiben von Dr. H.___ zu Händen der Abteilung



Psychosomatik des KSSG vom 10. November 2017 ein, in welchem diese darum gebeten hatte, die Beschwerdeführerin zunächst zu einer Sprechstunde und nachfolgend zur stationären Therapie anzubieten (act. G 9.1).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelrente. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 definiert. Die Invalidität ist bei im Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätigen durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Wenn eine versicherte Person auch ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht voll, sondern nur teil-



erwerbstätig gewesen wäre, ist der Invaliditätsgrad gemäss der langjährigen Praxis des Bundesgerichts nicht anhand eines reinen Einkommensvergleichs (vgl. Art. 16 ATSG), sondern anhand der sogenannten gemischten Methode zu berechnen (BGE 141 V 21 E. 3.2). Hierbei ist der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG; Art. 27^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; BGE 141 V 21 E. 3.2). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2019, 8C_820/2018, E. 3.2).

2.2. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

3.1. Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C_128/2017, E. 2).

3.2. In medizinischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Rentenanspruchs in erster Linie auf die von der Unfallversicherung in Auftrag



gegebenen kreisärztlichen Beurteilungen vom 28. April 2016 (act. G 6.2.15) und 6. Februar 2017 (act. G 6.2.93), auf die von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene psychiatrische Beurteilung vom 21. April 2017 (act. G 6.2.118 S. 2 ff.) sowie auf die Aktenbeurteilung des RAD vom 12. Mai 2017 (IV-act. 73 S. 2) gestützt.

3.3. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass die von der Unfallversicherung und der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Untersuchungen nicht unparteiisch erfolgt seien (vgl. act. G 1). Konkrete Anhaltspunkte, die eine Befangenheit der Gutachter nahelegen könnten, hat die Beschwerdeführerin allerdings nicht vorgebracht. Auch hat sie, soweit aktenkundig, nach Bekanntgabe der mit den Untersuchungen beauftragten medizinischen Sachverständigen deren Befangenheit jeweils nicht sogleich geltend gemacht (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2019, 8C_41/2019, E. 4). Schliesslich liefern die Akten ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine Befangenheit der untersuchenden Ärzte.

3.4. Weiter stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass ihre behandelnden Ärzte im Zeitpunkt der Einreichung der Beschwerde von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen würden (vgl. act. G 1). Berichte oder Arztzeugnisse von behandelnden Ärzten, welche diese Arbeitsunfähigkeit belegen würden, hat die Beschwerdeführerin dem Gericht allerdings nicht eingereicht. Der Bericht von Dr. H.____ vom 10. November 2017 enthält keine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Vielmehr führt Dr. H.____ darin selber aus, dass die seitens der Beschwerdeführerin beklagten multiplen Schmerzen somatisch nicht zuzuordnen bzw. nicht erklärbar seien (vgl. act. G 9.1). In ihrem ärztlichen Zeugnis vom 22. Februar 2017 hatte Dr. H.____ noch angegeben, dass die Unfallfolgen im Spital bagatellisiert worden seien und eine Vorverurteilung der Beschwerdeführerin vorgenommen worden sei. Die im Nachhinein durchgeführten röntgenologischen Untersuchungen hätten eine verzögerte Konsolidation der Schambeinastfraktur gezeigt, welche die Schmerzen teilweise erklären könne (vgl. act. G 6.2.105). Es mag zutreffen, dass die Ärzte der Orthopädie des KSSG möglicherweise zu schnell von einer vollständigen Konsolidation der Frakturen im Schambeinbereich ausgegangen sind (vgl. act. G 6.2.59 S. 3). Die Kreisärzte der Unfallversicherung haben sich jedoch sorgfältig mit den apparativen Bildgebungen auseinandergesetzt, die fehlende Konsolidation trotz der anderslautenden Beurteilung der behandelnden Ärzte des KSSG transparent aufgezeigt, die damit möglicherweise einhergehenden Beschwerden berücksichtigt und weitere bildgebende Untersuchungen in die Wege geleitet (vgl. act. G 6.2.62, 6.2.66, 6.2.93 und 6.2.97). Die MRT vom 16. Februar 2017 hat dann schliesslich eine vollständige Konsolidation der Schambeinastfrakturen gezeigt (vgl. act. G 6.2.96). Davon hatte Dr. H.____ in ihrem



Bericht vom 22. Februar 2017 offenbar noch keine Kenntnis. Die kreisärztliche Beurteilung vom 6. Februar 2017 beruht auf eigenen Untersuchungen und hat die damals vorliegenden medizinischen Akten hinsichtlich der somatischen Beschwerden sowie die von der Beschwerdeführerin beklagten Leiden ausreichend berücksichtigt. Auf die sorgfältig erstellte und schlüssige kreisärztliche Beurteilung vom 6. Februar 2017 kann abgestellt werden (vgl. act. G 6.2.93). Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass aus somatischer Sicht spätestens acht Wochen ab dem Zeitpunkt der vollständigen Konsolidation der Frakturen wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gegeben gewesen ist (vgl. act. G 6.2.93 S. 4). Die vollständige Konsolidation sämtlicher Frakturen ist erstmals mit der MRT-Untersuchung vom 16. Februar 2017 ausgewiesen worden (vgl. act. G 6.2.96). Folglich ist anzunehmen, dass aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit spätestens ab Mitte April 2017 eingetreten ist. In der Schontätigkeit in der Wäscherei ist entsprechend der kreisärztlichen Beurteilung bereits vier Wochen nach der ausgewiesenen Konsolidation, sprich Mitte März 2017, wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der seitens des RAD anfänglich erwähnte Verdacht auf eine traumatische Kopfverletzung anlässlich des Unfalls vom __. November 2015 (vgl. IV-act. 51 S. 2) hat sich sodann nicht erhärten lassen (vgl. IV-act. 57 S. 1 ff. i.V.m. 73 S. 1 f.). Auch das im Nachgang zum Bewusstseinsverlust vom 8. September 2016 angefertigte MRT des Neurocraniums hat keinen Nachweis einer intrakraniellen Hämorrhagie gezeigt (vgl. IV-act. 50 S. 13). Die neurologische Untersuchung bei Dr. G. __ vom 6. Oktober 2016 hat keine Hinweise für fokale neurologische Defizite ergeben und die EEG-Ableitung ist vollständig normwertig gewesen (IV-act. 50 S. 6 f.). Schliesslich kann auch Dr. H. __ in ihrem Schreiben vom 10. November 2017, wie bereits erwähnt, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden somatisch nicht mehr nachvollziehen (vgl. act. G 9.1). Zusammenfassend ist gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 6. Februar 2017 in Kombination mit den Ergebnissen der MRT-Untersuchung vom 16. Februar 2017 sowie unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage davon auszugehen, dass aus somatischer Sicht spätestens ab Mitte März 2017 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden hat. Ab Mitte April 2017 ist sodann von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen.

3.5. Da sich Dr. H. __ die Beschwerden somatisch nicht erklären kann, hat sie eine psychosomatische Problematik als naheliegend bezeichnet, ohne eine solche in ihrem Bericht vom 10. November 2017 jedoch eingehend zu begründen; dazu war sie als Fachärztin der Chirurgie denn auch nicht kompetent. Ihr Bericht erschöpft sich zu grossen Teilen in der Schilderung der Krankengeschichte sowie in der Wiedergabe der



subjektiven Empfindungen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 9.1). Mit der von den Ärzten teilweise erwähnten posttraumatischen Belastungsreaktion oder Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung (vgl. z.B. act. G 6.2.116 S. 22 f.; IV-act. 27 S. 3 und 36 S. 2) sowie mit den Einschätzungen von Dr. D.____ (vgl. IV-act. 27, 38 und 43) hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. I.____ auseinandergesetzt. Er hat in seiner Beurteilung vom 21. April 2017 ausgeführt, dass in der Untersuchung keine klinisch relevante depressive Symptomatik (Denkstörung, Antriebsstörung oder depressive Stimmung) bestanden habe. Es hätten sich auch keine Anhaltspunkte für einen emotionalen Konflikt oder psychosoziale Probleme gezeigt, die schwerwiegend genug wären, um die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung zu erklären. Demgegenüber habe es Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn aufgrund der Reaktion des familiären Umfeldes gegeben, wobei im Rahmen der Exploration bewusstseinsnahe Kompensationswünsche angetönt worden seien. Die Eingangskriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht erfüllt und der Vollständigkeit wegen sei darauf hinzuweisen, dass bei einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zwangsläufig eine Krankschreibung erforderlich sei bzw. die anhaltende Thematisierung des belastenden Ereignisses nicht unbedingt zielführend sei (act. G 6.2.118 S. 14). Dr. I.____ hat anlässlich der Untersuchung als Diagnosen lediglich eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Ärger, Anspannung und Sorge), eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung sowie bewusstseinsnahe Kompensationswünsche erheben können (act. G 6.2.118 S. 13 f.). Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs und der dokumentierten Therapien hat er die vorübergehende Herausnahme der Beschwerdeführerin aus dem sozialen Umfeld sowie eine tagesklinische Behandlung während höchstens vier Wochen mit Schwerpunkt auf der beruflichen Wiedereingliederung als sinnvoll erachtet. Sodann hat er festgehalten, dass nach Beendigung der tagesklinischen Behandlung aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und innert weiterer zwei Wochen wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne. Aber auch ohne tagesklinische bzw. bei lediglich ambulanter Behandlung sei nach vier Wochen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und nach insgesamt sechs Wochen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen (act. G 6.2.118 S. 14 f.). Daraus ist zu schliessen, dass Dr. I.____ bis zum Untersuchungszeitpunkt vom 27. März 2017 (vgl. act. G 6.2.118 S. 2) aufgrund der Anpassungsstörung und der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist, ab dem 24. April 2017 jedoch wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 8. Mai 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen hat. Zwar hat Dr. I.____ am Schluss des Gutachtens auch ausgeführt, die Belastbarkeit liege bei 100 % bezogen auf ein



Pensum von 80 %, jedoch handelt es sich hierbei um seine Antwort auf die explizite Frage nach der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im bisherigen Pensum von 80 % (vgl. act. G 6.2.118 S. 16). Daraus ist nicht zu folgern, dass er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf lediglich 80 % geschätzt hat. Aufgrund der gesamten gutachterlichen Ausführungen (vgl. insbesondere act. G 6.2.118 S. 15 oben) sowie der gutachterlich gestellten Diagnosen (vgl. act. G 6.2.118 S. 13 f.) ist vielmehr anzunehmen, dass Dr. I.____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nach Ablauf von sechs Wochen, sprich per 8. Mai 2017, ausgegangen ist. Dazu passt auch die Einschätzung des RAD vom 12. Mai 2017, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht keine schwerwiegende, dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe, weshalb ab Mai 2017 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (IV-act. 73). Die Annahme einer spätestens ab 8. Mai 2017 bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit erscheint unter Berücksichtigung der weiteren medizinischen Akten, der gesamten Lebenssituation der Beschwerdeführerin und der einschlägigen Standardindikatoren stimmig und schlüssig. In diesem Zusammenhang ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass selbst Dr. H.____ im aktuellsten vorliegenden Bericht vom November 2017 Zweifel an der Medikamentencompliance der Beschwerdeführerin geäussert hat (vgl. act. G 9.1), was den Leidensdruck aufgrund der angegebenen Schmerzen als fraglich erscheinen lässt. Auch im Austrittsbericht des Spitals K.____ vom 15. September 2016 sind Unklarheiten bezüglich der Medikamenteneinnahme festgehalten worden (vgl. IV-act. 50 S. 11). Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung durch Dr. I.____ angegeben, ausser Sertralin keine Medikamente einzunehmen (vgl. act. G 6.2.118 S. 12). Zudem hat bereits der ehemalige Hausarzt Dr. F.____ den Verdacht auf eine Symptomausweitung geäussert (vgl. act. G 6.2.53 S. 1). Dr. I.____ hat in seiner psychiatrischen Beurteilung sodann von bewusstseinsnahen Kompensationswünschen bzw. einem sekundären Krankheitsgewinn gesprochen (act. G 6.2.118 S. 14). Schliesslich deuten auch die ausgeübte Tätigkeit in der Wäscherei, die Dr. F.____ mit einer Arbeitssteigerung nach Plan der Unfallversicherung empfohlen hatte (vgl. IV-act. 36 S. 2), sowie die im Fragebogen der IV-Stelle seitens der Beschwerdeführerin als möglich bezeichneten Haushaltstätigkeiten (vgl. IV-act. 78) darauf hin, dass die Beschwerdeführerin gewisse leichte adaptierte Tätigkeiten nach der von Dr. I.____ als notwendig erachteten Übergangszeit von vier respektive sechs Wochen wieder ausüben kann. Dass der plötzliche Bewusstseinsverlust vom 8. September 2016 auf die Steigerung des Arbeitspensums in der Wäscherei zurückzuführen gewesen ist, wie dies Dr. D.____ geltend gemacht hat (vgl. act. G 6.2.79), ist aufgrund der Aktenlage nicht ausgewiesen. Die behandelnden Ärzte des Spitals K.____ haben die Ursache des Bewusstseinsverlustes nicht eruieren können (vgl. dazu auch E. 3.4) und die



Beschwerdeführerin bereits am nächsten Tag wieder nach Hause entlassen. Eine Arbeitsunfähigkeit haben sie lediglich bis zum 12. September 2016 attestiert (vgl. IV-act. 50 S. 10 f.). Nach dem Gesagten ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____, welcher die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und seine Diagnosestellungen nachvollziehbar erklärt hat, sowie unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. I.____ vom 27. März 2017 aus psychischen Gründen noch zu 100 % arbeitsunfähig, ab dem 24. April 2017 zu 50 % arbeitsfähig und ab dem 8. Mai 2017 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist (vgl. act. G 6.2.118 S. 14 ff.). Dr. I.____ gibt nicht ausdrücklich an, wann die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen eingetreten ist. Da es der Beschwerdeführerin gemäss Dr. D.____ seit dem Bewusstseinsverlust vom 8. September 2016 (vgl. IV-act. 50 S. 10 f.) gesundheitlich deutlich schlechter gegangen ist (vgl. dazu act. G 6.2.118 S. 8), ist anzunehmen, dass die von Dr. I.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit spätestens ab diesem Zeitpunkt bestanden hat, zumal auch keine Anhaltspunkte für eine zwischen dem Bewusstseinsverlust und dem Begutachtungszeitpunkt eingetretene Verbesserung der gesundheitlichen Situation vorliegen. Ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Beginn Wartejahr zum Zeitpunkt des Unfalls vom __. November 2015), dem 1. November 2016 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 29 IVG; zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung vgl. act. IV-act. 1), dürfte somit jedenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vorgelegen haben.

3.6. Zusammenfassend ist somit ab dem Beginn des potentiellen Rentenanspruchs, dem 1. November 2016, bis zum 23. April 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen, die teilweise zusätzlich durch eine somatische Arbeitsunfähigkeit überlagert worden ist (vgl. E. 3.4). Ab dem 24. April 2017 ist eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen und ab dem 8. Mai 2017 ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch in adaptierter Tätigkeit auszugehen.

4.

4.1. Ausgehend von der medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzung bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen.

4.2. Im Rahmen eines Einkommensvergleichs ist vorliegend sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich zugrunde zu legen (vgl. dazu act. G 6.2.118 S. 15 f.). Ohnehin ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Hilfstätigkeit das gleiche Erwerbseinkommen wie in der



angestammten Hilfsarbeitertätigkeit erzielen könnte, was auch ihr Einsatz in der Wäscherei gezeigt hat. Demnach kann im Rahmen eines Einkommensvergleichs ein so genannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen solchen rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 0 %, wie er im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 23. April 2017 vorgelegen hat, besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %, wie sie im Zeitraum vom 24. April 2017 bis 7. Mai 2017 vorhanden gewesen ist, würde grundsätzlich ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestehen. Da sich der Arbeitsfähigkeitsgrad aber bereits per 8. Mai 2017 auf 100 % gesteigert hat, ist die während zwei Wochen bestehende Arbeitsfähigkeit von 50 % für die Rentenberechnung unberücksichtigt zu lassen (vgl. Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a IVV ist die ganze Rente noch während dreier Monate nach Eintritt der 100%igen Arbeitsfähigkeit auszubezahlen. Folglich besteht bei Ermittlung der Invalidität anhand eines Einkommensvergleichs ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. November 2016 bis 31. August 2017. Angesichts der für den vorliegenden Fall relevanten Arbeitsfähigkeitsgrade (0 % und 100 %) kann offenbleiben, ob der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin aufgrund des zuletzt innegehabten Arbeitspensums von 80 % (vgl. IV-act. 1 S. 6) bzw. ihrer Angabe, sie würde im Gesundheitsfall ein Pensum von 80 % ausüben (vgl. dazu IV-act. 78 S. 1), anhand der gemischten Methode oder anhand des reinen Einkommensvergleichs zu berechnen ist.

5.

5.1. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. November 2016 bis 31. August 2017 einen Anspruch auf eine ganze Rente hat. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdeführerin hat gemessen am sinngemässen Antrag um Zusprache einer unbefristeten Rente (vgl. act. G 1 i.V.m. 9) nur in untergeordnetem Ausmass obsiegt. Ihr sind daher ermessensweise 2/3 der Kosten, d.h. Fr. 400.--, aufzuerlegen. Den Restbetrag von Fr. 200.-- hat die



Beschwerdegegnerin zu bezahlen und der Beschwerdeführerin ist in diesem Umfang der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3. Die weder anwaltlich noch anderweitig vertretene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, zumal sie auch keinen Vertretungsaufwand oder andere Auslagen geltend macht (vgl. Art. 61 lit. g ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 196 ff. zu 61).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insofern abgeändert, als der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. November 2016 bis 31. August 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet.