



Fall-Nr.: IV 2018/16
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.08.2020
Entscheiddatum: 17.01.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2020

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Beweiskraft einer bidisziplinären Begutachtung und eines Verlaufsgutachtens derselben Institution, die jeweils eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit attestieren, bejaht. Mit einem zwischen den genannten Gutachten erstatteten psychiatrischen Privatgutachten macht die Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit geltend. Diese Einschätzung ist, in Anlehnung an das Verlaufsgutachten, lediglich echtzeitlich befristet nachvollziehbar. Es resultierte ein mehrfach abgestufter Anspruch auf eine ganze bzw. unbefristet auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2020, IV 2018/16).

Entscheid vom 17. Januar 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Marie Löhner,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/16

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler, Wyler Koch Partner AG,
Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 20. April 2012 wegen Rückenschmerzen und Depressionen erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 47), nachdem erste Gesuche vom 17. Mai 2005 um berufliche Massnahmen (IV-act. 1) und vom 31. Januar 2006 um Rente (IV-act. 32) mit Verfügung vom 18. Mai 2006 abgewiesen worden waren (IV-act. 44).

A.b. Der Versicherten wurde ihre Arbeitsstelle als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin im Seniorenzentrum B.____ durch den Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen (Reorganisation des Wohndienstes) auf den 30. April 2012 gekündigt (Angaben Arbeitgeber vom 3. Mai 2012, IV-act. 57). Vom 29. Mai bis 22. Juni 2012 war die Versicherte in der Klinik C.____ in stationärer Behandlung, wo eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Probleme in Verbindung mit Beruf und Partnerschaft (ICD-10: Z56, Z63) sowie ein L5/S1-Syndrom, Bandscheibenoperation 2005, Facettengelenksinfiltration 2006, diagnostiziert wurden (Austrittsbericht vom 26. Juni 2012, IV-act. 83-6 ff.; Arztbericht Dr. med. D.____, Oberärztin Psychosomatik Klinik C.____, vom 4. Juli 2012, IV-act. 73; Arztbericht über Arbeitsunfähigkeit zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 31. Juli 2012, Fremdakten, act. 2-4 ff.). Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,



hielt in einem Arztbericht vom 19. November 2012 fest, er behandle die Versicherte seit 22. August 2012 ambulant in Nachfolge von Dr. med. F.____. Derzeit sei die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit noch nicht absehbar (IV-act. 83-2 ff.). Im Verlaufsbericht vom 24. Juni 2013 führte er aus, der Gesundheitszustand sei seit 20. November 2012 stationär. Die bisherige oder eine andere Tätigkeit sei nicht zumutbar (IV-act. 93). Vom 5. August bis 7. September 2013 erfolgte eine stationäre Behandlung in der Klinik G.____. Dort wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), auf dem Boden multifaktorieller Ursachen (ICD-10: Z56, Z63) bei Ängsten seit der Kindheit mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z73.0), differenzialdiagnostisch eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), der Verdacht auf abhängige/emotional unreife Persönlichkeitsakzentuierung bei erlebter Benachteiligung und Migrationshintergrund, erheblicher Paarkonflikt sowie eine Schmerzsymptomatik rechte Schulter und zwei bekannte Bandscheibenvorfälle (HWS und LWS) sowie ein L5/S1-Syndrom erhoben (Austrittsbericht vom 28. November 2013, IV-act. 113). Mit Mitteilungen vom 8. August 2013 (IV-act. 97) und vom 4. Februar 2014 (IV-act. 117) wurde das Leistungsbegehren hinsichtlich beruflicher Massnahmen jeweils abgewiesen, da diese aufgrund des Gesundheitszustandes nicht möglich bzw. angezeigt seien. Am 8. April 2014 unterzog sich die Versicherte einer transpedikulären Spondylodese (Expedium) L4 - S1 mit Cageimplantation (Opal) L4/5 von links und L5/S1 von links (provisorischer Bericht Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 16. April 2014, IV-act. 130-5 ff.).

A.c. Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, bidisziplinär begutachtet (Untersuchungen 17. April 2015, IV-act. 148). Im Gutachten vom 17. Mai 2015 wurden als die Arbeitsfähigkeit einschränkend orthopädisch ein lumbovertebrales bis zeitweise linksseitiges lumboradikuläres Syndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art der Lendenwirbelsäule und ein Impingement der rechten Schulter (IV-act. 148-30) sowie psychiatrisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine paroxysmale episodische Angststörung (ICD-10: F41.0) und eine Traumafolgestörung Typ II (ICD-10: F62.0) diagnostiziert (IV-



act. 148-47). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus orthopädischer (IV-act. 148-37) und von 50 % aus psychiatrischer (IV-act. 148-51) Sicht in jeweils leidensangepassten Tätigkeiten kumulierten sich aus bidisziplinärer Sicht nicht, da die gleichen Pausen zur körperlichen und seelischen Erholung eingesetzt werden könnten. Aus bidisziplinärer Sicht sei von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 148-59).

A.d. Nach Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 10. Juni 2015 (IV-act. 150) gewährte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 17. Juni 2015 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer halben Rente mit Wirkung ab 1. Februar 2013 (IV-act. 153). Mit Einwand vom 24. August 2015 brachte die Versicherte im Wesentlichen vor, sie habe vom 1. Februar 2013 bis 1. September 2015 Anspruch auf eine ganze Rente (IV-act. 156-1 ff.). Gestützt auf einen fachärztlichen Bericht von Dr. E.____ vom 28. September 2015 (IV-act. 160-11 ff.) machte die Versicherte mit Eingabe vom 30. September 2015 insbesondere geltend, die psychiatrische Gutachterin habe nicht erwähnt, dass sie ihr zu einer stationären Traumatherapie in der Klinik K.____ geraten habe. Sie habe die Auswirkungen der klinikwürdigen posttraumatischen Belastungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht richtig gewürdigt (IV-act. 160).

A.e. Die empfohlene stationäre Therapie fand vom 5. Oktober 2015 bis 8. Januar 2016 statt. Es wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33), vor dem Hintergrund traumatischer Erlebnisse und akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch), diagnostiziert (Austrittsbericht Frauenklinik K.____ vom 29. Januar 2016, IV-act. 168-8 ff.; Arztbericht Klinik K.____ vom 11. Mai 2016 [Eingang], IV-act. 168-2 ff.). Am 22. Januar 2016 erfolgte bei der Versicherten eine Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Dekompression und Acromioplastik (vgl. Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 29. Juli 2016, IV-act. 181; Operationsbericht zitiert IV-act. 210-21). RAD-Arzt Dr. J.____ nahm am 23. Mai 2016 Stellung, es sei eine Verlaufsbeurteilung durch Dr. I.____ und Dr. H.____ durchzuführen (IV-act. 176).

A.f. Mit Eingabe vom 26. August 2016 reichte die Versicherte ein Privatgutachten von Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik K.____, ein. Es sei



darauf abzustellen und auf eine Verlaufsbeurteilung zu verzichten (IV-act. 183-1 f.). Die Gutachterin diagnostizierte als Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, aktuelle Episode seit 2012, erste Episode 1990 (ICD-10: F33.2), eine dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet, bestehend seit der Kindheit (ICD-10: F44.9), eine Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen gemischt, bestehend seit der Kindheit (ICD-10: F42.2), sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), bestehend seit 1990 (IV-act. 183-16). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe seit 18. Februar 2012 keine Arbeitsfähigkeit (IV-act. 183-19).

A.g. Als weiterer Eingriff an der rechten Schulter wurde am 26. August 2016 eine Schulterarthroskopie mit subacromialem Débridement und Kalkentfernung aus der Supraspinatussehne durchgeführt (Operationsbericht, zitiert in IV-act. 210-23).

A.h. Mit Verfügung vom 29. August 2016 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle fest (IV-act. 187). Dagegen erhob die Versicherte am 27. September 2016 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Zwischenverfügung aufzuheben und von einer weiteren Begutachtung abzusehen (IV-act. 190). Diese wies das Versicherungsgericht am 19. Dezember 2016 ab (Verfahren IV 2016/324, IV-act. 199).

A.i. Gemäss Verlaufsgutachten vom 6. Mai 2017 (Untersuchungen 7. April 2017; IV-act. 210) diagnostizierte der orthopädische Gutachter nebst dem bereits im Gutachten vom 17. Mai 2015 diagnostizierten lumbovertebralen bis lumboradikulären Syndrom eine schmerzhaft gefroren shoulder rechts sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (IV-act. 210-38). Angesichts der Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter (seit der Begutachtung 2015) bestünde ein zusätzlich erhöhter Bedarf an Erholungspausen, so dass von einer leidensangepassten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei (IV-act. 210-47). Die psychiatrische Gutachterin stellte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), einer posttraumatischen Belastungsstörung, Typ II Traumatisierung mit dissoziativen Anteilen (multiple Persönlichkeit, ICD-10: F43.1), und differentialdiagnostisch einer dissoziativen Störung (multiple Persönlichkeit) bei Zustand nach wiederholter Traumatisierung (ICD-10:



F44.81; IV-act. 210-56); diese würden die Arbeitsfähigkeit einschränken. Als Gesundheitsbeeinträchtigungen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit misstrauisch-paranoiden, zwanghaft-sorgfältigen, selbstunsicheren, emotional instabilen, abhängigen, depressiv-stillen, zurückhaltend-schizoiden (Vermeidung), hilfsbereit-selbstlosen und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61.0), differenzialdiagnostisch eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1), weiter eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0), eine Zwangsstörung (ICD-10: F42.2) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; IV-act. 210-56). Sie befand, infolge der mittelgradigen depressiven Störung sowie der Traumafolgestörung sei die Versicherte aufgrund einer schnelleren Ermüdbarkeit, einer geringeren Belastbarkeit und eines verlangsamten Arbeitstempos in sämtlichen Lebensbereichen zu 50 % eingeschränkt (IV-act- 210-62). Bidisziplinär hielten die Gutachter fest, die somatische und die psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von je 50 % kumulierten sich nicht, da dieselben Pausen zur körperlichen und seelischen Erholung eingesetzt werden könnten. Somit könne aus bidisziplinärer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 210-66).

A.j. Der RAD formulierte am 29. Mai 2017 zusätzliche Fragen an die Gutachter (IV-act. 211), welche diese am 10. Juni 2017 beantworteten (IV-act. 213). Am 26. Juni 2017 nahm RAD-Arzt Dr. J.____ Stellung: auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 214).

A.k. Die Versicherte äusserte sich am 26. Juli 2017 im Wesentlichen dahingehend, dass das Gutachten von Dr. H.____ mangelhaft sei und stattdessen mit Dr. L.____ vom Vorliegen einer schweren depressiven Episode seit 2012 und von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 216). Am 20. Oktober 2017 reichte die Versicherte einen Bericht der Praxisgemeinschaft M.____, Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, vom 17. Oktober 2017 ein. Danach seien ihr aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht während der Traumatherapie zusätzliche Stressmomente wie eine Arbeitstätigkeit nicht zuzumuten. Es sei davon auszugehen, dass die Therapie Jahre dauern werde und keine Leistungsfähigkeit bestehe (IV-act. 221 f.).



A.l. RAD-Arzt Dr. J.____ nahm am 6. November 2017 Stellung, die Diagnosen von Dr. N.____ entsprächen jenen von Dr. H.____. Es handle sich um eine vom Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die versicherungsmedizinischen Kenndaten gemäss Gutachten Dr. H.____/Dr. I.____ blieben unverändert bestehen (IV-act. 223).

A.m. Mit Verfügung vom 20. November 2017 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2013 eine halbe Rente zu (IV-act. 226). Zur Begründung führte sie an, im Verlaufsgutachten vom 6. Mai 2017 werde zum Verlauf explizit Stellung genommen und die retrospektive Beurteilung von Dr. L.____ zumindest in Frage gestellt. Mit dem Bericht der Praxisgemeinschaft M.____ werde keine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend gemacht. Es werde daher weiterhin an der Arbeitsfähigkeit von 50 % festgehalten (IV-act. 224).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 20. November 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. Wyler, am 9. Januar 2018 Beschwerde erheben. Die Verfügung vom 20. November 2017 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben; es sei ihr ab 1. Februar 2013 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, insbesondere ein psychiatrisches Gutachten durch einen zertifizierten Traumaspezialisten erstellen zu lassen. Sie unterziehe sich seit Ende März 2017 einer traumaspezifischen Therapie, während der ihr zusätzliche Stressmomente durch eine Arbeitstätigkeit nicht zumutbar seien. Die psychiatrische Gutachterin verfüge - im Gegensatz zu Dr. N.____ - über keine erkennbare traumaspezifische Fachkenntnis und habe im Gutachten keine traumaspezifischen Messinstrumente angewandt. Das psychiatrische Teilgutachten enthalte keine fachkompetente Aufarbeitung der diagnostizierten ausgeprägten Traumafolgestörung. Die Gutachter stellten bei der Beurteilung ausschliesslich auf die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung ab, während Dr. N.____ zu Recht auch die komplexe posttraumatische Belastungsstörung berücksichtige. Die festgestellte Teilleistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht ausreichend nachvollziehbar begründet. Bei zutreffender Interpretation attestierten die Gutachter ihr vom 1. Februar 2013 bis 17. April 2015 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Gemäss



Stellungnahme der Gutachter vom 10. Juni 2017 sei zwischen September 2015 und November 2016 keine Erwerbstätigkeit möglich gewesen, weshalb ihr von Februar 2013 bis November 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei. Indem die Beschwerdegegnerin zwar von der Traumatherapie Kenntnis gehabt, aber "nichts unternommen" habe, habe sie die Abklärungspflicht verletzt. Schliesslich sei die erforderliche Beurteilung nach dem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren noch nicht erfolgt (act. G 1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das bidisziplinäre Gutachten vom 6. Mai 2017 enthalte eine vollständige Anamnese, berücksichtige die geklagten Beschwerden, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte begründete Schlussfolgerungen. Dadurch sei ihm Beweiskraft zuzumessen. Zudem entspreche es auch den bundesgerichtlichen Anforderungen bezüglich des strukturierten Beweisverfahrens. Es sei nicht ersichtlich, weshalb Dr. H.____ die Traumafolgestörung und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht fachgerecht aufgearbeitet haben soll. Sie erläutere, weshalb weiterhin von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen sei und weshalb das Auftreten von dissoziativen Phänomenen in deren Rahmen möglich sei. In Bezug auf den Bericht von Dr. N.____ sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Es würden keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Gemäss RAD sei nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten auszugehen (act. G 4).

B.c. Mit Replik vom 6. April 2018 macht die Beschwerdeführerin geltend, sie führe die traumaspezifische Spezialtherapie noch immer weiter. Da die Gutachterin Dr. H.____ nicht über eine traumaspezifische Spezialausbildung verfüge, könne sie die mit der Therapie zusammenhängenden Leistungseinschränkungen nicht ausreichend einschätzen. Daher sei das Gutachten nicht beweiskräftig. Zudem habe den Gutachtern nicht bekannt sein können, dass sie sich der erwähnten traumaspezifischen Therapie unterziehen werde. Die über die Therapie informierte Beschwerdegegnerin habe pflichtwidrig keine weiteren dahingehenden Abklärungen vorgenommen. Infolge



St.Galler Gerichte

der Verletzung der Abklärungspflicht sei die angefochtene Verfügung aufzuheben. Es handle sich bei der Einschätzung der Praxisgemeinschaft M.____ nicht um eine abweichende Einschätzung im Rahmen des Sachverhalts. Die Beschwerdegegnerin habe ausser Acht gelassen, dass sie gemäss Gutachten von Februar 2013 bis November 2016 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei (act. G 6).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 25. April 2018 auf eine Duplik (act. G 8).

B.e. Die Beschwerdeführerin ersucht am 30. November 2018 um beschleunigte Behandlung des Verfahrens (act. G 10). Das Gericht teilt am 7. Dezember 2018 mit, dass Rentenfälle nach dem Eingangsdatum behandelt würden und ein Vorziehen nur unter besonderen Umständen möglich sei (act. G 11).

Erwägungen

1.

1.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der



Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.3. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen 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. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).



1.5. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden das bidisziplinäre Gutachten von Dr. I.____ und Dr. H.____ vom 17. Mai 2015 und das Verlaufsgutachten derselben Experten vom 6. Mai 2017. Deren Beweistauglichkeit wird bestritten und ist im Folgenden zu prüfen.

3.

3.1. Anlässlich der Begutachtung vom 17. April 2015 erklärte die Beschwerdeführerin, im Vordergrund stünden stechende lumbale Dauerschmerzen im Bereich von 7 - 8 von 10 gemäss der visuellen Analogskala zur subjektiven Messung der Schmerzstärke (VAS). Nachts seien die Schmerzen schlimmer als tagsüber und sie erwache mehrmals daran. Vor allem seit dem zweiten Eingriff "jucke" das rechte Bein manchmal "umher", sie leide unter störenden Wadenkrämpfen. Seit zwei bis drei Jahren habe sie Beschwerden an der rechten Schulter. Diese hätten sich nach Infiltrationen jeweils für zwei Wochen gebessert. Die Beweglichkeit habe sich gebessert, es bestünden Parästhesien am rechten Arm dorsal, entlang des Vorderarms ulnar bis in die Finger IV und V. Seit ebenfalls etwa drei Jahren bestünden Beschwerden am Kniegelenk, nachdem sie ausgerutscht und darauf gefallen sei und das Knie geschwollen sei. Schliesslich habe sie häufig Kopfschmerzen, temporo-parietal, ausschliesslich links. Sie träten einmal monatlich auf, könnten bis zu zwei Wochen andauern und seien verbunden mit Übelkeit und Schwindel, Licht- und Lärmempfindlichkeit (IV-act. 148-21 f.). Sie könne den Haushalt nicht selbständig besorgen, die Tochter bereite die Mahlzeiten zum Aufwärmen vor. Sie male und lese gerne und habe einen ca. 4 kg schweren Hund, mit dem sie dreimal täglich spazieren gehe (IV-act. 148-26). In der



Verlaufsbeurteilung führte sie am 7. April 2017 aus, seit der Beurteilung 2015 habe die Intensität der Rückenbeschwerden zugenommen. Die lumbalen Schmerzen seien ziehende, pulsierende Dauerschmerzen, die über das Gesäss in den Oberschenkel dorsal ausstrahlten und eine Intensität von mindestens 8/10 VAS aufwiesen. Schmerzverstärkend wirke Gehen über 15 Minuten, wobei sie nur langsam und in ebenem Gelände gehen könne. Im linken Bein sei ständig ein Taubheitsgefühl vorhanden und die Schmerzempfindung sei deutlich schlechter. Seit dem Absetzen von Sirdalud komme es vermehrt zu Krämpfen und insgesamt zu einer Unruhe, einem "Zappeln" in den Beinen (IV-act. 210-25, 27, 41). Zusätzlich leide sie unter Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und an der linken Hüfte (IV-act. 210-25, 27). An der rechten Schulter bestünden Dauerschmerzen der Intensität 8/10 VAS, die in der Regel bis zum Ellbogen ausstrahlten. Die Finger III bis V seien manchmal wie taub. Sie könne die rechte, ursprünglich dominante obere Extremität fast nicht mehr einsetzen (IV-act. 210-41). Nach der (zweiten) Schulterarthroskopie (26. August 2016) sei es recht gut gegangen, seit etwa Oktober 2016 seien die Schmerzen jedoch wieder stärker und die Beweglichkeit habe abgenommen (IV-act. 210-27). Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter seien etwa gleichmässig an den Einschränkungen beteiligt (IV-act. 210-40). Etwa im Mai 2015 sei es zu einem "Zwick" in der linken Hüfte gekommen. Sie habe jedoch gelernt, nach Möglichkeit schmerzauslösende Bewegungen zu meiden (IV-act. 210-27, 41). Schliesslich beschreibt sie anlässlich der Verlaufsbeurteilung seit vielen Jahren etwa zwei- bis dreimal wöchentlich auftretende und meist etwa einen halben Tag dauernde, streng linksseitige Kopfschmerzen. Diese seien mit Lärm- und Lichtüberempfindlichkeit und Übelkeit verbunden. Sie könne sie lindern, wenn sie rechtzeitig Dafalgan einnehmen könne (IV-act. 210-27, 41). Sie habe aktuell praktisch täglich auftretende Panikattacken mit Herzrasen und Druck auf der Brust, die jeweils etwa 15 Minuten dauerten. Zwei- bis dreimal wöchentlich komme es zu Bauchkrämpfen mit Übelkeit. Sie erledige den Haushalt etappenweise und sei vor allem bei körperlich schweren Tätigkeiten auf Dritthilfe angewiesen. Sie gehe mit ihrem Hund mindestens zweimal pro Tag spazieren, darüber hinaus übe sie keine Freizeitaktivitäten aus (IV-act. 210-32).

3.2.

3.2.1. Der orthopädische Gutachter erhob in den Untersuchungen von 2015 und 2017 ähnliche Befunde: Verspannungen zervikal und in der rechten Schultergürtelmuskulatur, eine Druckdolenz im Bereich der LWS, eine diffuse Druckdolenz der lumbalen Wirbelkörper, diffuse Schmerzen bei der Inklination und beim Zurückgehen in die Normalposition sowie lumbal bei Bewegungen nach links



bzw. bei der Beweglichkeitsprüfung. Die Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule war gemäss Gutachten von 2017 gegenüber jenem von 2015 leicht stärker eingeschränkt (Seitwärtsneigung, Rotation, Kletterphänomen; IV-act. 148-28; IV-act. 210-34). An der rechten Schulter wurden jeweils deutlich positive Impingementzeichen festgestellt. Bei der Verlaufsuntersuchung wurden zusätzlich bei der Beweglichkeitsprüfung der Halswirbelsäule Schmerzen und ein Ziehen der Muskulatur im Bereich der HWS und des Schultergürtels angegeben. Das für die Diagnose erforderliche Vorliegen von Fibromyalgiepunkten wurde jeweils verneint, wobei in der Verlaufsbeurteilung in Anbetracht der Anzahl positiver Tenderpoints der Verdacht einer Fibromyalgie formuliert wurde (IV-act. 148-29; IV-act. 210-34, 38). Im Verlaufsgutachten wurde sodann eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenks mit schmerzhafter forciertes Innenrotation vermerkt, die auf eine Impingementproblematik hinweisen könnte (IV-act. 210-36, 42), während 2015 noch für beide Seiten der Hüfte eine identische Aussen- und Innenrotation erhoben worden war (IV-act. 148-29). Im neurologischen Status wurde bereits 2015 rechts eine geringere Handkraft gemessen als links, 2017 waren mit dem Jamar-Vigorimeter lediglich Wackelbewegungen der Anzeige zu beobachten (IV-act. 148-29; IV-act. 210-36). Dieser Befund korreliert mit der Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie den rechten, ursprünglich dominanten Arm mittlerweile fast nicht mehr einsetze (IV-act. 210-28).

3.2.2. Der orthopädische Gutachter diagnostiziert 2017 wie bereits 2015 ein lumbovertebrales bis zeitweise linksseitiges lumboradikuläres Syndrom, eine schmerzhaftes frozen shoulder rechts (2015: Impingement der rechten Schulter) und neu eine Schmerzverarbeitungsstörung (IV-act. 210-38; IV-act. 148-30). Im Zusammenhang mit der letztgenannten Diagnose bezieht er sich auf die Diagnostik des Schmerzzentrums, wonach die Beschwerdeführerin an einem nozizeptiven Schmerzsyndrom leide (vgl. Verlaufsbericht vom 24. Mai 2015, IV-act. 173) und führt aus, es sei als Teil dieser Erkrankung anzusehen, dass sich die Beschwerdeführerin der Auffassung nicht anschliessen könne, über Ressourcen und damit eine gewisse Leistungsfähigkeit zu verfügen (IV-act. 210-43). Zum Schweregrad des Gesundheitsschadens hält der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin beklage starke Beschwerden im Bereich der LWS und der rechten Schulter. Es sei von einer verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts und der dominanten oberen Extremität auszugehen. Zudem lägen Sensibilitätsstörungen am rechten Oberarm lateral und an den unteren Extremitäten vor. Die festgestellten neurologischen Ausfallserscheinungen betreffen lediglich die sensible, nicht aber die motorische Seite. Unter Berücksichtigung der postoperativen Situation und der degenerativen Veränderungen an der LWS sei die



Gesundheitsschädigung im Bereich der LWS als mittelgradig anzusehen. Aufgrund der klinischen und intraoperativ erhobenen Befunde sei der Gesundheitsschaden an der rechten oberen Extremität ebenfalls als mittelgradig einzustufen. Die geringe gemessene Handkraft erwecke den Verdacht zumindest auf eine Verdeutlichung (IV-act. 210-42). Aufgrund der Rückenbeschwerden könne die Versicherte keine Lasten über 10 kg heben oder tragen und keine Zwangspositionen der Wirbelsäule, insbesondere der Inklination oder Rotation, einnehmen. Wegen der rechtsseitigen Schulterproblematik seien keine repetitiven Bewegungen in diesem Gelenk und keine Arbeiten über der Horizontalebene möglich. In einer so angepassten Tätigkeit bestehe neu eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 210-47, 66 f.) gegenüber jener im Vorgutachten von 2015 attestierten von 60 % (vgl. IV-act. 148-36).

3.2.3. Die orthopädischen Beurteilungen der Einschränkungen und Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar und schlüssig begründet. Insbesondere berücksichtigt der Gutachter im Verlaufsgutachten die Verschlechterung hinsichtlich der Schulter, so dass aus orthopädischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist (vgl. IV-act. 210-47).

4.

4.1. Die psychiatrische Gutachterin Dr. H.____ hielt im Gutachten vom 17. Mai 2015 anamnestisch einen seit Kindheit durch in den Ehen fortgesetzten Missbrauch und einen Schwangerschaftsabbruch geprägten Lebenslauf fest. 2012 sei der Beschwerdeführerin wegen einer Umstrukturierung ihre Stelle als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin gekündigt worden, wobei gleichzeitig zwei neue Mitarbeiterinnen eingestellt worden seien. Darauf hin habe sie einen Nervenzusammenbruch erlitten mit stationärer Behandlung in der Klinik C.____ (29. Mai bis 22. Juni 2012, Austrittsbericht vom 26. Juni 2012, IV-act. 83-6 ff.) und anschliessender ambulanter Behandlung. Nach der stationären Behandlung in der Klinik G.____ vom 5. August bis 7. September 2013 (Austrittsbericht vom 28. November 2013, IV-act. 113) habe sie sich nach 20-jähriger Beziehung von ihrem zweiten Ehemann trennen können. Seit der Scheidung gehe es ihr besser. Seit Oktober 2014 sei sie in der Schmerzklinik in Hypnobehandlung. Sie könne sich gut ablenken und bei Spaziergängen mit ihrem Hund gut erholen. Nachts habe sie oft Albträume und könne seit rund 25 Jahren nie durchschlafen. Die Arbeit habe ihr stets gut getan, um sich abzulenken. Sie möge Lärm, grosse Menschenansammlungen und viele Kontakte nicht ertragen und bekomme manchmal auch Luftnot oder ein Druckgefühl mit Atemnot. Dies dauere jeweils einige Minuten. Sie habe es gerne perfektionistisch und benötige geregelte Abläufe. Ihr Vater sei Alkoholiker gewesen und sie könne Alkohol- und Zigarettergeruch nicht leiden. Sie



beschreibe heftiges Waschen der Oberarme, Kratzen an Kopf und Rücken sowie schnelles Laufen bis zur Übelkeit als Mittel zum Spannungsabbau. Kraft spendeten ihr die Natur und der Umgang mit ihrer erwachsenen Tochter. Sie könne sich nicht mehr vorstellen, wieder zu arbeiten, zumal sie immer Angst habe und keine Menschen mehr sehen möchte. Sie pflege lose Kontakte unter anderem zu ehemaligen Arbeitskolleginnen und zu einer Kollegin aus der Klinik G.____ und regelmässigen, häufigen und guten Kontakt zu ihrer Tochter. Sie verrichte die Hausarbeiten in Etappen mit Liegepausen, lese geschichtliche Literatur und zeichne (IV-act. 148-38 ff.).

4.1.1. Gegenüber Dr. L.____ äusserte die Beschwerdeführerin anlässlich der privaten psychiatrischen Begutachtung am 17. März sowie am 24. März 2016, sie leide an Ein- und Durchschlafstörungen, Frühaufwachen, Abnahme der Aktivität auf unter drei Stunden pro Tag, einer leichten Hemmung des Antriebs, Anspannung und Reizbarkeit, einer Abnahme des Appetits, Müdigkeit und Energiemangel. Sie sei leicht ermüdbar, habe Mühe mit der Konzentration und Schlafprobleme. Sie habe Ängste, die sich störend auf die Arbeit, die sozialen Aktivitäten und die Familie auswirkten. Gelegentlich träten zusätzlich Panikattacken auf. Wegen ihrer sozialen Phobie habe sie Angst vor der Arbeit in einer Gruppe, in der Öffentlichkeit zu essen, einer Gruppe etwas zu präsentieren. Zu arbeiten oder zu schreiben, während sie beobachtet werde, vermeide sie systematisch (IV-act. 183-12). Weiter beschrieb sie dissoziative Störungen wie epilepsieähnliche Anfälle, veränderte Sinneseindrücke, Erinnerungslücken bzw. Unsicherheit, ob sie etwas getan habe oder nur daran gedacht habe, sich Vorkommen wie zwei verschiedene Personen, ungewohntes oder irrales Empfinden der Umgebung, sich einmischende Stimmen, plötzliche Stimmungsschwankungen (IV-act. 183-12 f.). Sie leide an Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen betreffend Verschmutzungen, Fehler, Aggressivität, Unglück, Sexualität, Kontrollhandlungen, Wiederholung von Handlungen, Perfektionismus und Langsamkeit. Deswegen benötige sie für zahlreiche Aktivitäten doppelt soviel Zeit wie andere Personen (IV-act. 183-13).

4.1.2. Anlässlich der Verlaufsbeurteilung bei Dr. H.____ 2017 berichtete die Beschwerdeführerin zunächst über Probleme, einen geeigneten Therapeuten oder eine geeignete Therapeutin zu finden, über finanzielle Probleme und suizidale Gedanken. Sie leide regelmässig (bis fast täglich) unter etwa 15 Minuten dauernden Panikzuständen mit Beklemmung, Atemnot und Herzrasen (IV-act. 210-50 f.). Sie habe seit ihrer Kindheit das Gefühl, eine andere Frau würde ihr dreinreden. Oft wisse sie dann nicht mehr, wer welche Dinge gemacht habe bzw. dass sie etwas gemacht habe (z.B. gearbeitet oder Einkäufe getätigt zu haben). Diese Gedächtnislücken würden ihr Angst machen. Sie fühle sich wie zweigeteilt. Der grössere Teil sei ängstlich, der



andere könne ganz lustig und offen sein. Die Symptome träten eher selten, bei Stress und Angst häufiger auf. Bei gewissen Erlebnissen habe sie sich selbst von aussen beobachtet. Sie leide unter Zuständen von Schmerzen (vor allem Kopf und Schulter) und Kraftlosigkeit, so dass sie nicht mehr schreiben, lesen oder gehen könne. Dies komme mehrmals pro Woche vor (IV-act. 210-51 f.). Im Tagesablauf benötige sie etwa eine Stunde für ausgiebiges Waschen und Eincremen. Sie gehe mit ihrem Hund spazieren. Am Nachmittag lese oder stricke sie und erledige nach einem festgelegten Plan Haushaltarbeiten. Am Abend koche sie sich eine warme, gesunde Mahlzeit. Der Schlaf sei gestört durch Alpträume, Schulterschmerzen und Zucken der Beine. Sie habe Glück gehabt, ihre jetzige Wohnung in O.____ zu finden. Das Medikament Cipralext gebe ihr weiterhin Halt und Sicherheit. Sie habe versucht, es abzusetzen, und es sei ihr schlechter ergangen (IV-act. 210-54 f.).

4.2. Dr. H.____ diagnostizierte jeweils eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; IV-act. 148-47; IV-act. 210-56). Dem gegenüber hatte Dr. L.____ rund ein Jahr zuvor die Depression als schwergradig (ICD-10: F33.2) eingestuft (IV-act. 183-16). Dr. H.____ hielt hierzu fest, zum Untersuchungszeitpunkt im März 2016 werde eine schwere depressive Episode angegeben, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in diesem Zeitpunkt rechtfertige. Die retrospektive Einschätzung von Dr. L.____, wonach seit 2012 eine schwere depressive Episode vorliege, müsse in Frage gestellt werden (IV-act. 210-63 f.). Übereinstimmend diagnostizierten die Privat- und die Administrativgutachterin sodann eine Traumafolgestörung Typ II bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung (IV-act. 148-47; IV-act. 183-16; IV-act. 210-56). Dr. L.____ diagnostizierte weiter eine dissoziative Störung, was die gleichzeitige Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ausschliesse (IV-act. 183-16 f.). Dr. H.____ hielt hierzu fest, die Beschwerdeführerin beschreibe frühere Depersonalisationserlebnisse sowie Ich-Identitätsstörungen im Rahmen von dissoziierten Zuständen (IV-act. 210-56). Im Rahmen einer Typ II Traumatisierung komme es zu Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein. Es träten häufig Bewusstseinsphänomene wie dissoziative Episoden auf. Die Versicherte berichte von einer dissoziativen Identitätsstörung mit zwei Persönlichkeiten in einem Individuum. Die vorherrschende Persönlichkeit beschreibe sie als ängstlich, zurückhaltend, und selbstunsicher. Die andere Persönlichkeit sei sehr selbstsicher, fröhlich und unterhaltsam. Dabei habe die primäre Persönlichkeit keinen Zugang zu den Erinnerungen der anderen - die eine sei sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst. Als wichtigste Ursache für dieses Phänomen gälten traumatische Erlebnisse - insbesondere sexuelle Gewalt. Diese innerseelischen Abläufe ermöglichten der Versicherten unter anderem die Vorstellung, das erlittene Trauma sei nicht ihr,



sondern einer anderen passiert. Da die Symptome einer dissoziativen Störung selten ungefragt berichtet würden, sondern erfragt werden müssten, bestehe die Gefahr einer Beeinflussung, zumindest aber einer Verstärkung in der Wiedererkennung.

Zusammenfassend sei jedoch das Auftreten von dissoziativen Phänomenen anhand der aktuellen Anamnese und der Resultate von Dr. L.____ sehr wahrscheinlich (IV-act. 210-58). Dr. H.____ übernahm jedoch nicht die selbständige Diagnose einer dissoziativen Störung, sondern ordnete die dissoziative Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung zu (posttraumatische Belastungsstörung Typ II-Traumatisierung mit dissoziativen Anteilen [multiple Persönlichkeit], IV-act. 210-56). Schliesslich stellten beide Gutachterinnen die Diagnose einer Zwangsstörung (ICD-10: F42.2), welcher jedoch Dr. L.____ im Gegensatz zu Dr. H.____ Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannte (IV-act. 183-16; IV-act. 210-56). Aufgrund der von ihr diagnostizierten dissoziativen Störung schloss Dr. L.____ die gleichzeitige Diagnose einer Schmerzstörung aus (IV-act. 183-18), wohingegen Dr. H.____ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierte, dieser jedoch ebenfalls keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte (IV-act. 210-56). Sie begründete die Diagnose damit, dass die geklagten Beschwerden von somatischer Seite nicht vollumfänglich nachvollziehbar seien. Da die Diagnose sowohl in Verbindung mit den zugrunde liegenden Schmerzen als auch mit (nicht invalidisierenden) psychosozialen Belastungsfaktoren stehe, seien für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge dieses Beschwerdebildes die orthopädischen Diagnosen massgebend (IV-act. 210-59). Gleichzeitig führte sie aus, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich kein Hinweis auf eine somatoforme Störung, zumal die geklagten Schmerzen weitgehend mit den somatischen Beschwerden übereinstimmten (IV-act. 210-57). Anzumerken ist hierzu, dass der orthopädische Gutachter eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostizierte, die bewirke, dass die Beschwerdeführerin nicht einsehen könne, dass sie über gewisse Ressourcen und eine gewisse Leistungsfähigkeit verfüge (IV-act. 210-43). Diese hinsichtlich des Vorliegens eines organischen Korrelats auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinenden Ausführungen sind offenbar so zu verstehen, dass die Schmerzen teilweise organisch objektivierbar sind und deshalb nicht eine somatoforme Schmerzstörung, sondern eine Schmerzverarbeitungsstörung bzw. eine Schmerzstörung mit eben somatischen und psychischen Faktoren vorliegt. Die psychischen Faktoren der Schmerzempfindung gründen jedoch gemäss Dr. H.____ auf psychosozialen Belastungsfaktoren, weshalb der Diagnose insofern nachvollziehbar keine (über den somatischen Anteil hinausgehende) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wird. Übereinstimmend keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit messen die Gutachterinnen den Panikattacken (ICD-10: F41.0), der sozialen Phobie (ICD-10: F40.1; IV-act. 183-16; Dr. L.____) bzw. der



Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0; Dr. H.____, IV-act. 210-56) zu.

4.3. Während Dr. L.____ die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig schätzt, attestiert Dr. H.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer zeitlich flexiblen Tätigkeit in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre mit sinnvollen Aufgaben, ohne permanenten Zeit- und Termindruck, mit nur geringem Publikumsverkehr und ohne besondere Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen (IV-act. 210-62 f., 67). Dr. H.____ äussert sich zur Einschätzung von Dr. L.____, diese sei aus aktueller Sicht nur teilweise nachvollziehbar, und verneint - wie bereits erwähnt - insbesondere das retrospektive Vorliegen einer schweren Depression (IV-act. 210-63 f.).

4.4.

4.4.1. Invalidenversicherungsrechtlich ist grundsätzlich nicht (nur) die Diagnose, sondern die Auswirkung der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit massgebend. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2016, 9C_634/2015, 9C_665/2015, E. 6.1).

4.4.2. Dr. H.____ attestiert aus psychiatrischer Sicht sowohl im Gutachten von 2015 (IV-act. 148-50) als auch in jenem von 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-act. 210-59, 62). Es sei unverändert zu 2015 von einer mittelgradigen Ausprägung und Schwere der Befunde auszugehen. Infolge der mittelgradigen depressiven Störung sowie der Traumafolgestörung sei die Versicherte aufgrund einer schnelleren Ermüdbarkeit, einer geringeren Belastbarkeit und eines verlangsamten Arbeitstempos in sämtlichen Lebensbereichen zu 50 % eingeschränkt (IV-act- 210-59, 62). Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit seien während des zweieinviertelstündigen Gesprächs unauffällig gewesen, die Gedächtnisleistungen altersentsprechend. Es bestünden keine psychischen Werkzeugstörungen (IV-act. 210-56). Zu den funktionellen Einschränkungen hielt die Gutachterin 2015 und 2017 übereinstimmend fest, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht eingeschränkt. Anstehende Aufgaben würden abhängig von der körperlichen Problematik erledigt. Die Versicherte versorge sich aber grundsätzlich selbständig und brauche im Wesentlichen keine Hilfe im Haushalt. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt, da sich die Versicherte von äusseren Faktoren beeinflussen lasse. Das Durchhaltevermögen sei mässig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei



mässig beeinträchtigt; die Versicherte sei unsicher, ängstlich und depressiv. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien mässig eingeschränkt - sie ziehe sich gehäuft zurück und vermeide Kontakte. In Beziehungen zu vertrauten Menschen gebe es kaum Probleme. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei mässig eingeschränkt. Hobbys würden vernachlässigt und die Versicherte verhalte sich passiv. Uneingeschränkt sind die Anpassung an Regeln und Routinen, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit (IV-act. 148-49; IV-act. 210-60). Die Auswirkungen der dissoziativen Störung auf die Arbeitsfähigkeit sollten nicht überinterpretiert werden. Die Versicherte berichte, an diesem Phänomen schon seit ihrer Kindheit zu leiden. Die Häufigkeit des Auftretens sei eher selten. Retrospektiv sei sie aus diesem Grund nie in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (IV-act. 210-58). Demgegenüber hielt Dr. L. ___ fest, aufgrund der Erkrankungen der Beschwerdeführerin seien deren Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress, Konzentration, Anpassungsfähigkeit und die Beziehungsfähigkeit massiv eingeschränkt (IV-act. 183-18 f.).

4.4.3. Die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten werden im Befund von Dr. L. ___ zwar anamnestisch festgehalten (Konzentrationsstörungen seien vor allem bei der Lektüre, weniger beim Fernsehen vorhanden, die Beschwerdeführerin vergesse vieles und müsse sich alles notieren, IV-act. 183-14). Eine neuropsychologische Untersuchung wurde indes seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nie vorgeschlagen oder angeordnet, was darauf schliessen lässt, dass ihnen keine über längere Zeit andauernde schwerwiegenderen Einschränkungen aufgefallen sind. Diese sind demnach massgeblich subjektiv. Hinsichtlich der Zwangsstörung führt Dr. H. ___ nachvollziehbar aus, diese bestünde seit Kindheit, hätte aber nie zu einer Arbeitsunfähigkeit oder Einschränkung der Arbeitsleistung geführt (IV-act. 210-58). Auch die dissoziativen Phänomene wurden durch Dr. H. ___ im Verlaufsgutachten gewürdigt und berücksichtigt.

4.5. Insgesamt erscheinen die Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. H. ___ nachvollziehbar und sie berücksichtigt auch die Traumafolgestörung mit ihren Auswirkungen umfassend. Dies auch mit Blick auf die Ausführungen des behandelnden Arztes der Klinik K. ___, Dr. med. P. ___, der eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch, ICD-10: Z73.1) diagnostizierte, während er die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nicht für vollständig erfüllt hielt. Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe vorwiegend durch traumatische Hinweisreize ausgelöste Angstreaktionen und teilweise Vermeidungsverhalten gezeigt.



Symptome einer Panikstörung im engeren Sinne hätten nicht beobachtet werden können. Es sei ausserdem der Eindruck entstanden, dass ein erschwerter Selbstzugang bei gleichzeitigem Wunsch des "Wahrgenommenwerdens" im Vordergrund gestanden sei, was dazu geführt habe, dass der geschilderte Leidensdruck in der Übertragung wenig spürbar gewesen sei. Auch sei der Eindruck entstanden, dass alltägliche Erlebnisse stark emotionalisiert worden seien - im Sinne einer rationalisierenden, kompensatorischen Überlagerung innerer Leere und Verunsicherung mit histrionischem Bewältigungsmodus. Die Versicherte sei in stabilem, deutlich aufgehelltem Zustand entlassen worden. Die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei klar indiziert (Austrittsbericht vom 29. Januar 2016, IV-act. 168-8 ff.; vgl. auch Arztbericht vom 11. Mai 2016 [Eingang]; IV-act. 168-2 ff.).

4.6. Zu prüfen ist weiter, ob die im bidisziplinären Konsens angenommene Arbeitsfähigkeit von 50 % nachvollziehbar ist. Im Verlaufsgutachten 2017 wurde dargelegt, aus Sicht beider Fachgebiete bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer schnelleren Ermüdbarkeit, einer geringeren Belastbarkeit und eines verlangsamten Arbeitstempos. Die Einschränkungen beider Fachrichtungen seien konklusiv und kumulierten sich nicht, da die gleichen Pausen zur seelischen und körperlichen Erholung eingesetzt werden könnten (IV-act. 210-66). Im Vorgutachten 2015 war dieselbe Schlussfolgerung hinsichtlich der damals 40 %-igen orthopädischen und der 50 %-igen psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit gezogen worden (IV-act. 148-59). Dieser Schluss ist plausibel. Zu beachten ist weiter, dass bei der Beschwerdeführerin somatische, organisch begründbare Diagnosen bzw. Einschränkungen vorliegen und psychische Erkrankungen, welche ebenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken, dazu kommen. Dies würde implizieren, dass aus bidisziplinärer Sicht die Arbeitsunfähigkeit höher sein müsste als aus rein orthopädischer und aus rein psychiatrischer Sicht. Indes wurde die Schmerzverarbeitungsstörung, welche den organisch nicht begründbaren Anteil der Schmerzen abbildet, in die orthopädische Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen. Spiegelbildlich diagnostizierte Dr. H.____ eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wobei letztere massgeblich auf invalidenversicherungsrechtlich nicht zu beachtende psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen seien; es verbleibt somit aus psychiatrischer Sicht nur der durch die somatische (orthopädische) Diagnose abgedeckte Anteil. Unter Berücksichtigung dieser Verschiebung des psychischen Schmerzanteils in das somatische Fachgebiet kann die konsensuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch in dieser Hinsicht nachvollzogen werden.



5.

5.1. Mithin berücksichtigt das Gutachten die geklagten Beschwerden, die medizinischen Akten und die gemäss dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Standardindikatoren und ist schlüssig und nachvollziehbar. Es ist folglich darauf abzustellen.

5.2. Näher zu prüfen bleibt der retrospektive Verlauf. In der angestammten Tätigkeit bestand aus orthopädischer Sicht ab Mitte Februar 2012 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 148-35; IV-act. 210-47). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war mithin im Februar 2013 abgelaufen. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 20. April 2012 (IV-act. 47), womit bei Beendigung des Wartejahres auch die Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG verstrichen war. Somit ist der Sachverhalt rückwirkend ab Februar 2013 massgebend.

5.2.1. Dr. H.____ attestierte aus psychiatrischer Sicht eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit "spätestens" ab der Untersuchung vom 17. April 2015 (IV-act. 148-50 f.), gab also in diesem Gutachten keine retrospektive Einschätzung ab. Bis zur Erstbegutachtung sind somit die Einschätzungen der behandelnden Ärzte massgebend. Dr. E.____ attestierte im Arztbericht vom 20. November 2012 ([Eingang], IV-act. 83) und im Verlaufsbericht vom 24. Juni 2013 (IV-act. 93) eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand sodann während des stationären Aufenthaltes in der Klinik G.____ vom 5. August bis 7. September 2013 (IV-act. 113). Nach kurzfristiger Verbesserung des Gesundheitszustandes (Assessmentprotokoll vom 30. Oktober 2013, IV-act. 109) wurde Ende Januar 2014 die Eingliederung abgeschlossen, da sich der Gesundheitszustand verschlechtert hatte (IV-act. 114-6). Am 8. April 2014 erfolgte eine Spondylodese L4 bis S1 (Bericht Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 16. April 2014, IV-act. 130-5 ff.). Dr. med. Q.____, Allgemeinmedizin FMH, attestierte am 25. April 2014 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit seit 12. Dezember 2012 (IV-act. 130-1 ff.), und Dr. E.____ hielt im Verlaufsbericht vom 22. September 2014 weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit für zumutbar (IV-act. 138). Somit ist vom 1. Februar 2013 bis 17. April 2015 von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

5.2.2. Ab 17. April 2015 (Datum der Untersuchungen) bestand gemäss Gutachten vom 17. Mai 2015 eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Diese hielt an bis zur stationären Behandlung in der Klinik am K.____ vom 5. Oktober 2015 bis 8. Januar 2016, während jener wiederum eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestand (IV-act. 168-8 ff.). Am 22. Januar 2016 musste sich die Beschwerdeführerin einer Schulterarthroskopie



unterziehen (IV-act. 181; IV-act. 210-21). Dr. L.____ erhob im März 2016 eine schwere depressive Episode und attestierte eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 183). Dr. H.____ stellte diese Einschätzung lediglich retrospektiv in Frage, folgte aber der echtzeitlichen Beurteilung von Dr. L.____, wonach im März 2016 eine schwergradige Depression und eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vorlagen (IV-act. 210-64). Somit ist davon auszugehen, dass von März 2016 bis zum 7. April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestand und danach gemäss Verlaufsgutachten von 50 %.

5.3. Ende März bzw. im Juni 2017 begann die Beschwerdeführerin eine traumaspezifische Therapie bei Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. R.____ (IV-act. 222) und macht in diesem Zusammenhang geltend, dass sie während der Therapie zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten sei und dies während längerer Zeit so bleiben werde. Da die Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 22. November 2017 (vgl. BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis) bereits verstrichen war, ist zu prüfen, ob der Bericht vom 17. Oktober 2017 objektive Anhaltspunkte dafür enthält, dass die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht mehr zutrifft. Im genannten Bericht wurde unter anderem festgehalten, die Therapie beinhalte ein permanentes Pendeln zwischen traumaassoziierter Aktivierung und Beruhigung des Stresssystems. In 12 von 13 Items des ICF-Ratings bestünden mittelgradige Einschränkungen. Die Erfahrung zeige, dass eine Traumatherapie an die betroffene Person hohe Anforderungen stelle und sich der Zustand phasenweise sogar verschlechtern könne. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei es nicht zu verantworten, der Beschwerdeführerin zusätzliche Stressmomente durch eine Arbeitstätigkeit zuzumuten (IV-act. 222).

5.4. RAD-Arzt Dr. J.____ nahm am 6. November 2017 dazu Stellung und hielt fest, eine eigentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Verlaufsgutachten von Dr. H.____ werde nicht geltend gemacht. Es handle sich um eine von jener von Dr. H.____ abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Deshalb sei weiterhin auf das Verlaufsgutachten (vom 6. Mai 2017) abzustellen und weitere Abklärungen seien nicht indiziert (IV-act. 223).

5.5. Der Bericht von Dr. N.____ enthält keine Angaben über die Art und Intensität der Behandlung. Die Depression wird weiterhin als mittelgradig eingestuft. Die festgestellten mittelgradigen Einschränkungen gemäss ICF in 12 von 13 Punkten konkretisiert Dr. N.____ nicht näher. Dazu ist indes festzuhalten, dass auch Dr. H.____ grossmehrheitlich "mässige" Einschränkungen erhob (E. 4.4.2). Somit ist insgesamt mit Dr. H.____ nach wie vor von einer mittelgradigen Schwere der psychisch bedingten



funktionellen Einschränkungen auszugehen. Gegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit spricht insbesondere auch, dass die Traumatherapie nicht stationär erfolgt(e). Eine bleibende Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist mit dem Bericht von Dr. N. ___ nicht plausibel objektiviert dargetan und deshalb auch im Verfügungszeitpunkt von der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Hinzu kommt, dass die spezifische Traumatherapie schon mehrfach empfohlen worden war und zwar im Sinn einer langjährigen Begleittherapie, ohne dass mit dieser eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (IV-act. 213-2).

5.6. Zusammenfassend bestand somit vom 1. Februar 2013 bis 17. April 2015 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit, vom 17. April 2015 bis 4. Oktober 2015 eine solche von 50 %, vom 5. Oktober 2015 bis 7. April 2017 wiederum eine solche von 100 % und schliesslich ab 7. April 2017 bis zum Verfügungserlass eine solche von 50 %.

6.

6.1. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin in einem Seniorenheim erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 53'193.--, im Jahr 2009 von Fr. 54'688.-- und im Jahr 2010 von Fr. 52'424.-- (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 54). Im Jahr 2011 reduzierte sie das Arbeitspensum von 100 % auf 90 % (Angaben Arbeitgeberin vom 3. Mai 2012, IV-act. 57). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum massgeblichen Jahr 2013 (BGE 129 V 222; Indices Frauen gemäss T39, Lohnentwicklung, Bundesamt für Statistik [BFS]: 2008: 2499; 2009: 2552; 2010: 2579; 2013: 2648) beträgt das Jahreseinkommen der Beschwerdeführerin in den Jahren 2008 bis 2010 durchschnittlich Fr. 55'645.-- ($(\text{Fr. } 56'365.-- + \text{Fr. } 56'745.-- + 53'827.--) : 3$). Dieses entspricht dem Valideneinkommen, da anzunehmen ist, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin an der bisherigen Stelle verblieben wäre, zumal die Arbeitgeberin zwar angibt, der Beschwerdeführerin aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt zu haben, offenbar sie aber durch neue Mitarbeiterinnen ersetzte (IV-act. 148-36).

6.2. Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist auf den Tabellenlohn gemäss LSE/Lohnentwicklung 2013, Kompetenzniveau 1, Frauen, des BFS abzustellen. Er beträgt Fr. 51'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2019, Bern 2019, Anhang 2). Da die Beschwerdeführerin sowohl körperlich als auch psychisch eingeschränkt ist, hat sie auf dem Arbeitsmarkt mit einer Lohneinbusse zu rechnen. Die Einschränkungen wurden medizin-theoretisch nicht kumuliert, so dass die doppelte Beeinträchtigung in der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht enthalten ist. Somit rechtfertigt sich ein



Tabellenlohnabzug von 10 %. Damit beträgt das Invalideneinkommen Fr. 23'307.-- (Fr. 51'793.-- x 50 % x 90 %). Der resultierende Invaliditätsgrad beträgt 58 % ([Fr. 55'645.- - Fr. 23'307.--]: Fr. 55'645.--).

6.3. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 und 2 IVV sowie der vorstehend festgestellten Arbeitsfähigkeiten (vgl. E. 5.5) hat die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2013 bis 31. Juli 2015 Anspruch auf eine ganze Rente, vom 1. August 2015 bis 31. Januar 2016 auf eine halbe Rente, vom 1. Februar 2016 bis 31. Juli 2017 wiederum auf eine ganze Rente und ab 1. August 2017 auf eine halbe Rente.

7.

7.1. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2013 bis 31. Juli 2015 eine ganze, vom 1. August 2015 bis 31. Januar 2016 eine halbe, vom 1. Februar 2016 bis 31. Juli 2017 wiederum eine ganze und ab 1. August 2017 erneut eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkenden befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, ist von einem hälftigen Obsiegen auszugehen. Entsprechend bezahlen die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin die Gerichtsgebühr je im Umfang von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 300.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 300.-- zurückzuerstatten.

7.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Aufgrund des teilweisen Obsiegens hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit einer



Pauschale von Fr. 1'750.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und der Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2013 bis 31. Juli 2015 eine ganze, vom 1. August 2015 bis 31. Januar 2016 eine halbe, vom 1. Februar 2016 bis 31. Juli 2017 eine ganze und ab 1. August 2017 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin je im Umfang von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.