

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/150 vom 17. März 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_150](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_150)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/150 du 17 mars 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/150 del 17 marzo 2020

## **Regeste**

Art. 28 und 29 IVG. Würdigung eines orthopädischen Gutachtens, welches nach erfolgter Heilungs- und Rehabilitationsphase nach einer Rückenoperation eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nachweist. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gilt ab der Exploration. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2020, IV 2018/150).

## **Volltext**

Entscheid vom 17. März 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/150 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29, 8887 Mels, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Befristung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich im September 2014 wegen einer seit Geburt bestehenden Skoliose bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Sie war seit 1975 als Serviertochter tätig (IV-act. 4 und 6), im Zeitpunkt der IV-Anmeldung vollzeitlich im Restaurant B.\_\_\_\_ (IV-act. 13). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Versicherten (IV-act. 1-6), erklärte der IV-Stelle am 22. September 2014, die Versicherte leide seit fünf Jahren an rezidivierenden Lumbalgien, welche seit Februar 2014 zugenommen hätten. In ihrer aktuellen Tätigkeit als Serviceangestellte wären vier Stunden täglich mit Pause machbar (IV-act. 7). Eine Krankschreibung erfolgte indes noch nicht, erst ab dem 25. November 2014 attestierte Dr. C.\_\_\_\_ der Versicherten eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 30-12 und 127). Am 27. Februar 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten in Anbetracht deren bevorstehender Rücken-Operation (vgl. hierzu ELAR-Notizen vom 15. Dezember 2014 [IV-act. 21] und vom 27. Februar 2015 [IV-act. 23]) mit, dass derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 25). Am 2. Juni 2015 musste die Versicherte sich einer brusterhaltenden Tumorektomie Mamma links und einer Sentinellymphonodektomie Axilla links in der Frauenklinik am Spital D.\_\_\_\_ unterziehen, da bei einer Routinekontrolle ein invasiv ductales Mammakarzinom NST links festgestellt worden war (Operationsbericht in IV-act. 34; Spital-Austrittsbericht in IV-act. 40-6 ff.). Die Rückenoperation (dorsale Instrumentation BWK12 auf S1 mit Pedikelsubstraktionsosteotomie LWK3 und Repositionsspondylodese; vgl. IV-act. 54-1) fand am 13. Oktober 2015 bei PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, im Spital F.\_\_\_\_ statt; dies bei der Diagnose sagittale Dysbalance der Wirbelsäule bei Status nach Harrington-Skoliose-Stabilisierung hochthorakal bis LWK4 1975 (zu den

Operationsdetails vgl. Operationsbericht in IV-act. 53). Am 17. Oktober 2015 musste wegen medialer Fehlplatzierung bei L2 und L4 je ein Schraubenwechsel vorgenommen werden (Operationsbericht in IV-act. 54). Während des Spitalaufenthalts zeigte sich dem berichtenden Arzt zufolge von Seiten der vorbestehenden motorischen Schwäche im linken Bein eine leichte Verbesserung; die Versicherte war jedoch bis zum Austritt am 28. Oktober 2015 nur am Eulenburg (Gehwagen) mobilisierbar. Im direkten Anschluss an den Spitalaufenthalt (IV-act. 59-2) befand sich die Versicherte bis zum 27. November 2015 in stationärer Behandlung in den Kliniken Valens, Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, G.\_\_\_\_. Beim Austritt berichtete die zuständige Ärztin, dass die Versicherte im Rehabilitationsverlauf auf Zimmerebene mit dem Rollator selbständig mobil geworden sei und die Transfers vom Bett auf den Rollstuhl selbständig durchführen könne. Das Gehen mit zwei Unterarmgehilfen sei weiterhin unsicher (IV-act. 67-10). Im Januar 2016 reichte die Versicherte der IV erneut ein Anmeldeformular für Leistungen ein (IV-act. 47). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Spital D.\_\_\_\_, berichtete am 15. Januar 2016 über die Kontrolle vom 17. Dezember 2015 (vgl. IV-act. 50) nach der am 2. Juni 2015 erfolgten Operation. Die Versicherte sei bezüglich der Brust beschwerdefrei. Seit Juni 2015 finde eine adjuvante endokrine Therapie mit Aromasin statt und vom 21. Juli bis 27. August 2015 habe eine adjuvante Radiotherapie der Mamma rechts stattgefunden (IV-act. 51). Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 15. Februar 2016 über die Verlaufssprechstunde vom 5. Februar 2016 nach den Rückenoperationen vom 13. und 17. Oktober 2015. Nach initial sehr schwierigem Verlauf sei es langsam aber stetig besser geworden. Im Moment bestünden hauptsächlich noch "eine gewisse Schwäche für den Psoas links sowie Restbeschwerden lumbal unter Belastung". Die Rekonvaleszenz und Rehabilitation würden sicherlich noch Zeit in Anspruch nehmen (IV-act. 68-2). Am 3. März 2016 erklärte Dr. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle, an eine Arbeitsfähigkeit sei zurzeit nicht zu denken (IV-act. 67-4). Am 20. Mai 2016 erachtete er dann gestützt auf eine gleichentags erfolgte Untersuchung der Versicherten eine Tätigkeit von zwei Stunden pro Tag mit Steigerungsmöglichkeit in zwei bis drei Monaten als zumutbar (IV-act. 75-2 und 75-4), wobei er gleichzeitig unter Hinweis auf die bevorstehende Untersuchung durch den Spezialisten Dr. E.\_\_\_\_ festhielt, es bestehe noch keine Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten (IV-act. 75-3). Dr. med. I.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) attestierte der Versicherten am 23. Mai 2016 eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (IV-act. 77-1). Ein durch die zuständige IV-Eingliederungsberaterin in die Wege geleitetes Gespräch mit der Versicherten, welches am 2. Juni 2016 stattfand, ergab, dass diese sich nicht arbeitsfähig fühlte (IV-act. 84-3). Am 11. Juli 2016 fand die zweite Verlaufs-Sprechstunde bei Dr. E.\_\_\_\_ statt. Der Operateur stellte mit Bericht vom 13. Juli 2016 fest, dass neun Monate nach der Operation die Belastbarkeit der Versicherten deutlich limitiert sei. Dies betreffe die lokal lumbale Situation und die Belastbarkeit des linken Beins. Es seien im Laufe der Monate gewisse Besserungstendenzen festzustellen, es bleibe aber anzuzweifeln, ob die Versicherte sich noch derart regenerieren könne, dass eine Tätigkeit im Service wieder denkbar werde (IV-act. 93-2). Zur Untersuchung sei die Versicherte nach wie vor mit einem leichten Hinken links gekommen, jedoch ohne Gehilfe (IV-act. 93-1). Vom 26. September bis 22. Oktober 2016 befand sich die Versicherte wegen zunehmender lumbaler Schmerzen und massiver Rumpfinstabilität zur erneuten Rehabilitation in den Kliniken Valens in Valens. Dem diesbezüglichen Austrittsbericht ist zu entnehmen, dass sich beim Eintritt eine schmerzgeplagte und deconditionierte Patientin gezeigt habe, wobei eine primäre

Mobilisation an zwei Unterarmgehstöcken für maximal 500 Meter in vorgeneigter Haltung möglich gewesen sei. Ausserdem habe sie eine Beinschwäche beidseits, linksbetont, sowie Sensibilitätsstörungen an der Wade und am Fussrücken links angegeben. Langes Stehen und Sitzen sei aufgrund der Schmerzen und der Rumpfinstabilität kaum möglich gewesen. Im Verlauf der Rehabilitation sei es zur allmählichen Steigerung der Belastbarkeit und allgemeiner Rekonditionierung gekommen. Die Mobilisation wurde bei Austritt als trotz anhaltender Schmerzen deutlich verbessert mit leicht weniger Hinken links beschrieben. Es sei eine vorgeneigte Körperstellung mit Behalten einer lumbalen Hyperlordose verblieben, die Kraft der Hüftextensoren sei gebessert, jene der Hüftflexoren bleibe reduziert. Der Hypertonus der Rücken-Muskulatur habe reduziert werden können und der Oberkörper könne bei Arbeiten über Schulterhöhe langsam besser stabilisiert werden. Das Fahrradfahren sei wieder gut möglich. Bei den Diagnosen lumbospondylogenes Syndrom und arterielle Hypertonie beurteilten die zuständigen Ärztinnen die Versicherte beim Austritt als Service-Angestellte als zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 106-2). Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei wegen der noch bestehenden muskulären Insuffizienz und Wirbelsäuleninstabilität nicht abschliessend zu beurteilen (IV-act. 106-3). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 104) wurde die Versicherte am 29. November 2016 durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin, orthopädisch abgeklärt (IV-act. 120-1 f.). Dem Gutachten vom 11. Januar 2017 sind die arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen einer Minderbelastbarkeit des Achsenorgans mit/bei linkskonvexer Lumbalskoliose mit rechtskonvexem thorakalem Gegenschwung sowie ausgeprägter muskulärer Dysbalance zu entnehmen (vgl. für weitere Details der Diagnosestellung IV-act. 120-60 und für die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit IV-act. 120-61). Die Gutachterin kam zum Schluss, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Servicekraft keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (IV-act. 120-62). In einer dem Leiden optimal angepassten sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%, wobei die 80%ige Leistung wegen eines erhöhten Pausenbedarfs bei 100%iger Präsenz umgesetzt werden könne (zur detaillierten Beschreibung der adaptierten Tätigkeit vgl. IV-act. 120-62 f.). Nach einer telefonischen Besprechung mit der Versicherten (vgl. IV-act. 124) teilte die IV-Stelle dieser am 2. Februar 2017 mit, dass wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 125). Sodann teilte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 14. Februar 2017 mit, dass vom 1. November 2015 bis 31. Juli 2016 Anspruch auf eine befristete ganze Rente bestehe (IV-act. 133). Mit Schreiben vom 6. März 2017 erklärte Dr. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle, das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ sei seines Erachtens nicht korrekt (IV-act. 138). Die Versicherte legte am 17. März 2017 "Widerspruch" gegen dieses Gutachten ein (IV-act. 140) und Dr. E.\_\_\_\_ äusserte sich am 29. März 2017 ebenfalls dazu. Er erklärte, die Patientin stehe nach wie vor zu ventralisiert und mit einem entsprechenden Hebelarm auf ihrer unteren Wirbelsäule; Kompensations-Mechanismen im Bereich der Wirbelsäule seien durch die langstreckige Fusion praktisch nicht mehr gegeben. Deshalb könne man auch nicht davon ausgehen, dass es sich um reine "Dekonditionierungs-Phänomene" handle. Es handle sich um klar darstellbare und definierbare statische Probleme, die in dieser Form gegeben und wohl auch nicht weiter korrigierbar seien. Natürlich würden diese statischen Probleme zahlreiche muskuläre Probleme verursachen. Ursächlich sei seiner Meinung nach die fixierte statische Fehllhaltung der Wirbelsäule auf der längeren Strecke, die wohl auch mit noch intensiverem muskulärem Training nicht komplett zu kompensieren sei. Auch für angepasste Tätigkeiten sei eine Arbeitsfähigkeit von 80% seiner Meinung nach nicht zu

erreichen (IV-act. 152-6 f.). Am 29. Mai 2017 ergänzte der Rechtsvertreter der Versicherten deren Einwand vom 17. März 2017 (IV-act. 152-1 ff.) und reichte unter anderem einen MRI-Bericht betreffend ihre beiden Knie der Radiologie K.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2017 zu den Akten (IV-act. 152-4 f.). In der Folge gelangte die IV-Stelle an die Gutachterin Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. Anfrage vom 30. Juni 2017; IV-act. 153), welche am 5. August 2017 eine Stellungnahme zum Einwand und zu den ihr Gutachten kritisierenden Arztberichten abgab. Zusammenfassend kam sie zum Schluss, dass am Gutachten vom 11. Januar 2017 festgehalten werden könne (IV-act. 156). Sie präziserte jedoch ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit dahingehend, dass diese mit Datum der gutachterlichen Exploration, spätestens jedoch mit Datierung des Gutachtens gültig sei (IV-act. 156-28). Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich am 24. Oktober 2017 ausführlich zum Gutachten und dessen Ergänzung (IV-act. 162) und der Rechtsvertreter der Versicherten machte am 30. Oktober 2017 Gebrauch von dem ihm gewährten rechtlichen Gehör (IV-act. 161; vgl. auch IV-act. 159). Daraufhin konsultierte die IV-Stelle den RAD (IV-act. 164) und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 13. März 2018 vom 1. November 2015 bis 31. Juli 2016 eine ganze Rente zu. Darüber hinaus verneinte sie einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 29 % (IV-act. 168 und 169 = act. G 1.2). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 30. April 2018 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Gewährung einer unbefristeten Rente; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Rechtsvertreter der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) geltend, das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ sei sehr ausführlich, aber überwiegend theoretisch gehalten. Auch die Rechtfertigung des Gutachtens beruhe über weite Strecken nicht auf eigenen Untersuchungen und Einschätzungen, sondern auf Meinungen in der Fachliteratur. Das Gutachten sei trotz seines Umfangs weder umfassend noch schlüssig, auch enthalte es Widersprüche. Nicht vollständig berücksichtigt würden die Knieschmerzen. Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin und die ihr mögliche Gehstrecke seien ebensowenig überprüft worden wie die Schmerzproblematik. Entgegen der Gutachterin seien die konservativen Massnahmen ausgereizt. Folglich sei der Beschwerdeführerin eine unbefristete Rente zuzusprechen, allenfalls nach weiteren Abklärungen. Immerhin ergänze die Gutachterin ihre Angaben in der Stellungnahme vom 5. August 2017 insoweit, als die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit medizinisch-theoretisch mit Datum der gutachterlichen Exploration, spätestens mit Datierung des Gutachtens gültig sei. Eine befristete Rente wäre auf jeden Fall bis dahin auszurichten (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2018 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und erklärt, die Kritik der Beschwerdeführerin an der Qualität des Gutachtens von Dr. J.\_\_\_\_ sei unbegründet (act. G 4). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtet am 6. August 2018 auf die Einreichung einer Replik (act. G 6). Erwägungen Vorliegend ist der Anspruch auf eine befristete ganze Rente der IV vom 1. November 2015 bis 31. Juli 2016 grundsätzlich unbestritten. Streitgegenstand bildet jedoch der Rentenanspruch als Ganzes, nicht dessen Teilaspekte wie etwa die zeitliche Festsetzung der Leistung (BGE 125 V 416 E. 2b). Dass vorliegend die Verfügung vom 13. März 2018 hinsichtlich der Zusprache der ganzen Rente von November 2015 bis Juli 2016 nicht angefochten wird, hat nicht zur Folge, dass diesbezüglich eine Teilrechtskraft eingetreten wäre; vielmehr bezieht sich die Überprüfungsbefugnis des Versicherungsgerichts auf alle Aspekte des strittigen Rentenanspruchs (vgl. BGE 125 V 417 f. E. 2d). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende

oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Invalidität ist grundsätzlich 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). Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Ein wesentlicher Unterbruch liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Es besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und auf eine Dreiviertelsrente, 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 Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit die Erwerbsunfähigkeit bzw. den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Zu prüfen ist vorab, ob die vorliegende medizinische Aktenlage für eine Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit ausreicht und die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die orthopädische Expertise von Dr. J. \_\_\_ abgestellt hat. Im Gutachten vom 11. Januar 2017 diagnostizierte Dr. J. \_\_\_ eine Minderbelastbarkeit des Achsenorgans mit/bei linkskonvexer Lumbalskoliose mit rechtskonvexem thorakalem Gegenschwung (mit/bei anamnestisch: Gipskorsettbehandlung im Kindesalter, Status nach Distraktionskorrektur mittels zweier Harrington-Stäbe auf der jeweils konkaven Kurvenseite im Jahr 1974, Status

nach Entfernung des rechtsseitigen Harrington-Stabs, dorsaler Instrumentation BWK12 auf SWK1 mit Pedikelsubstraktionsosteotomie LWK3 und Repositionsspondylodese vornehmlich LWK2 auf SWK1 am 13. Oktober 2015, Status nach Schraubenwechsel LWK2 und LWK4 links am 17. Oktober 2015, ohne Hinweise für Lockerung, Dislokation oder Infektion in der Röntgenkontrolle vom 11. Juli 2016 und Abflachung/Aufhebung der physiologischen BWS-Kyphose und LWS-Lordose) und mit/bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance (insbesondere mit/bei hochgradiger Verkürzung des M. iliopsoas beidseits und multiplen Insertionstendinopathien bzw. Tendinosen; IV-act. 120-60). Diesen Diagnosen mass es Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine ältere, diskret nach lateral achsfehlgestellte Weber-B-Fraktur links, ein mässig differenziertes invasives Mammakarzinom NST links mit teils intratumorös, teils unmittelbar peritumorös duktalem Karzinom in situ, eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, eine Adipositas Grad II sowie ein Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren (IV-act. 120-61). Dabei hat die Gutachterin die Vorakten mitberücksichtigt (IV-act. 120-5 bis 120-13). In der Beurteilung der Befunde hielt sie fest, aktuell klage die Beschwerdeführerin über rezidivierend auftretende, stechende und brennende Schmerzen lumbal mittig, dies insbesondere bei Haltungspersistenz und belastungsabhängig sowie vor allem nach dem morgendlichen Aufwachen. Nehme sie eine Rückenlage ein, sei dies zunächst während zehn Minuten nur mit flektierten Hüft- und Kniegelenken möglich. Rezidivierend komme es zu elektrisierenden Ausstrahlungen in das Gesäss beidseits; zudem bestehe eine Taubheit im Bereich des ventralen Unterschenkels links; bei fester Berührung komme es zu schmerzhaften Missempfindungen. Die Beschwerdeintensität variere zwischen NRS 0/10 und 5-6/10. Paresen und Symptome einer Kauda-Symptomatik würden verneint (IV-act. 120-47). In ihrer Schlussfolgerung attestierte Dr. J. \_\_\_ der Beschwerdeführerin ab der Exploration, spätestens ab Datierung des Gutachtens, in einer dem Leiden optimal angepassten sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Hantieren von Lasten körperfern, ohne das Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich des Achsenorgans, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen (insbesondere Oberkörper vorne), ohne Tätigkeiten mit erhöhter (Ab-)Sturzgefahr und ohne erzwungene Haltungen in vorbestimmten Positionen eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Die 80%ige Leistung könne angesichts eines erhöhten Pausenbedarfs bei 100%iger Präsenz umgesetzt werden (IV-act. 120-62 f. i.V.m. 156-26). Diese Einschätzung ist angesichts der sehr ausführlichen Befunderhebung inklusive Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenks, des Beckens und beider Hüftgelenke sowie des linken oberen Sprunggelenks (IV-act. 120-33 ff. Ziff. 4.1 bis 4.5) nachvollziehbar, widerspruchsfrei und schlüssig. Bezüglich der beanstandeten fehlenden Überprüfung der Gehfähigkeit der Beschwerdeführerin (act. G 1 S. 5 Ziff. 4) weist Dr. J. \_\_\_ darauf hin, dass das Tätigkeitsprofil einer sehr leichten Tätigkeit "vorwiegend sitzend" beinhalte (IV-act. 156-26). Darüber hinaus sagt der Umstand, dass die Beschwerdeführerin ihren Angaben zufolge jeweils mit ihrem Partner einkaufen geht (IV-act. 120-23 Ziff. 3.1.3), bereits etwas über die ihr mögliche Gehstrecke aus. Jedenfalls vermag die fehlende Überprüfung der von der Beschwerdeführerin zurücklegbaren Gehstrecke keinen Mangel am Gutachten zu begründen. Der vom Rechtsvertreter erwähnte Widerspruch zwischen den Ausführungen zur Behandlung der Iliopsoas-Muskulatur und der dennoch attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. act. G 1 S. 7 Ziff. 11) ist sodann nicht erkennbar. Die Gutachterin hat zwar gewisse Behandlungsempfehlungen abgegeben, diese aber explizit als rein therapeutisch bezeichnet und festgehalten, dass aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht

keine therapeutischen Möglichkeiten bestehen würden, um das aktuell ermittelte Belastungsprofil der Beschwerdeführerin namhaft zu verbessern (IV-act. 120-63 Ziff. 5.5). Die der Gutachterin von Dr. E.\_\_\_\_ unterstellte biomechanische Fehleinschätzung (vgl. IV-act. 152-6) kann nicht nachvollzogen werden. Denn in Übereinstimmung mit dem behandelnden Rückenspezialisten beobachtete Dr. J.\_\_\_\_, dass eine Rumpfvorneige bestehe und eine Rumpfaufrichtung aktiv nur mittels Beckeneingangskippung nach ventral kranial und gleichzeitiger Kniegelenksflexion von 20° beidseits möglich sei. Ferner stellte sie eine ausgeprägte myostatische Insuffizienz fest (IV-act. 120-37 Ende von Ziff. 4.2.1). Auch die übrige Kritik der behandelnden Ärzte am Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ kann nicht nachvollzogen werden, denn die Gutachterin hat die Beschwerdeführerin sehr ausführlich befragt und untersucht (Anamneseerhebung von 2.5 Stunden und körperliche Exploration von gut einer Stunde; IV-act. 120-33 Ziff. 4), die Darlegung der objektiven Befunde ist äusserst ausführlich (IV-act. 120-33 bis 120-40) und entgegen der diesbezüglichen Vorwürfe nicht theoretisch. Auch kann ihre Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin anhand ihrer Beobachtungen und anhand der wiedergegebenen Schilderungen der Beschwerdeführerin plausibilisiert werden. So gab diese der Gutachterin gegenüber an, bei der Anfahrt zur Begutachtung während über zwei Stunden mit lediglich einer fünfminütigen Pause im Auto gegessen zu haben (IV-act. 120-33 Ziff. 4.1). Während der anschliessenden, zweieinhalb Stunden dauernden Anamneseerhebung sass sie gemäss Gutachterin entspannt auf einem Stuhl, ohne dass eine Bewegungsunruhe objektivierbar geworden wäre (IV-act. 120-36). Sie vermag ihren Angaben zufolge den Haushalt nahezu vollumfänglich selbst zu erledigen, Unkraut zu jäten (IV-act. 120-22 Ziff. 3.1.2), das Treppenhaus und den Keller des Mehrfamilienhauses zu reinigen und mit ihrem Partner einkaufen zu gehen (IV-act. 120-22 f. Ziff. 3.1.3). Diese Schilderungen vermögen die vermisse Belastbarkeitsprüfung (vgl. Vorwurf in act. G 1 S. 5 Ziff. 4) ohne weiteres zu ersetzen, lassen doch die von der Beschwerdeführerin täglich ausgeführten Tätigkeiten gewisse Rückschlüsse auf ihre Belastbarkeit zu. Dieser Tätigkeitskatalog widerspricht im Übrigen der zwar nicht schriftlich festgehaltenen, jedoch wohl vorhandenen Einschätzung der behandelnden Ärzte, dass der Beschwerdeführerin beinahe keine Tätigkeiten mehr zumutbar sein sollen. Störend ist insbesondere, dass den Berichten der behandelnden Ärzte keinerlei nachvollziehbare Ausführungen bezüglich der der Beschwerdeführerin möglichen oder nicht möglichen Tätigkeiten zu entnehmen sind - womit ein Vergleich mit dem von der Gutachterin erstellten Leistungsprofil von vornherein entfällt. Es ist nach dem Gesagten in Übereinstimmung mit Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 120-64 f. Ziff. 5.8) davon auszugehen, dass sich die Einschätzungen der behandelnden Ärzte primär auf die geklagten Schmerzangaben der Beschwerdeführerin stützen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf Schmerzen mit den sich dabei naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein ( BGE 143 V 127 E. 2.2.2 mit Hinweis). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beanstandet unter anderem, deren Knieschmerzen würden von Dr. J.\_\_\_\_ nicht vollständig berücksichtigt (act. G 1 S. 5 Ziff. 3). Diese Aussage stützt er insbesondere auf den Radiologiebefund vom 16. Mai 2017 (IV-act. 152-4 f.) respektive Dr. C.\_\_\_\_s Stellungnahme vom 24. Oktober 2017, mit welcher dieser bemängelt,

Dr. J. \_\_\_ gehe nur von einer Bursitis aus, die fünf anderen Diagnosen lasse sie ausser Acht (IV-act. 162-3). Vorab ist festzustellen, dass kein behandelnder Arzt aktenkundig eine Diagnose bezüglich der Knie der Beschwerdeführerin erhoben hat. Einzig in seiner Kritik am Gutachten nennt Dr. C. \_\_\_ am 24. Oktober 2017 eine Meniskopathie und Gonarthrose (IV-act. 162-3). Eine Behandlung oder eine über das Röntgen hinausgehende Untersuchung bei einem Facharzt wurde aktenkundig nicht in die Wege geleitet. Dr. J. \_\_\_ würdigte die Radiologiebefunde dahingehend, dass eine beidseitige Gonarthrose mässigen Ausmasses vorliege, welche unter Berücksichtigung aller beschriebenen Befunde in ihrer Ausprägung nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehe. Magnetresonanztomographisch würden begleitende Degenerationen im Innen- und Aussenmeniskusbereich beschrieben, zudem eine kleine Baker-Zyste links und ein Ganglion dem hinteren Kreuzband rechts anliegend. Des Weiteren werde eine Chondropathie Grad II nach Outerbridge beidseits beurteilt (IV-act. 156-21 f.). Angesichts dieser Befunde kam Dr. J. \_\_\_ zum Schluss, dass die Kniegelenksbeschwerden möglicherweise ihr strukturelles Organkorrelat im Ödem der infrapatellaren subkutanen Weichteile rechts finde, welches der zuständige Facharzt für Radiologie als am ehesten bedingt durch eine Bursitis (Schleimbeutelentzündung) infrapatellaris subcutanea interpretiere. Leider fehle es an einer objektiven Dokumentation allfälliger Funktionseinschränkungen und es bleibe unklar, ob der bildmorphologische Befund mit den klinischen Beschwerden bzw. einem pathologischen körperlichen Untersuchungsbefund korreliere (IV-act. 156-21 oben). In der theoretischen Annahme, dass tatsächlich die Diagnose einer Schleimbeutelentzündung zu stellen wäre, hielt Dr. J. \_\_\_ fest, dass die Prognose einer über- und/oder fehlbelastungsbedingten Bursitis unter adäquater Therapie grundsätzlich gut sei. Aus einer solchen Diagnose resultiere mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bzw. keine dauerhafte Funktionseinschränkung (IV-act. 156-23 ff.). Auch diese Einschätzung von Dr. J. \_\_\_ ist nachvollziehbar und überzeugend und setzt sich mit allen Eventualitäten auseinander. Der Rechtsvertreter bemängelt sodann mit Dr. E. \_\_\_, dass die Gutachterin der Beschwerdeführerin ein plakatives, demonstratives und übertriebenes Verhalten unterstelle (act. G 1 S. 6 Ziff. 7, IV-act. 152-7). In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist festzuhalten, dass es Aufgabe eines Gutachters ist, die Verhaltensweise des Exploranden zu beschreiben und insbesondere auch auf eine allfällige Symptomausweitung hinzuweisen. Dr. J. \_\_\_ begründete die festgestellten Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden im Vergleich zu den demonstrierten Beschwerden und Funktionseinschränkungen. So hielt sie fest, in der Gesamtschau könnten die subjektiv geklagten Beschwerden nur teilweise mit einem objektivierbaren, pathomorphologischen Korrelat in Einklang gebracht werden; insgesamt bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den demonstrierten Beschwerden bzw. Funktionseinschränkungen. Zweifel am Ausmass der geklagten Beschwerden kämen zudem aufgrund des Fehlens angemessener Therapiemassnahmen und Eigenaktivitäten zur Schmerzlinderung trotz als ausgeprägt beschriebener Beschwerdeintensität, der Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen und der fehlenden sachlichen Diskussion bezüglich einer möglichen beruflichen Verweistätigkeit auf. Die Gutachterin weist in diesem Zusammenhang auf die von der Beschwerdeführerin ihr gegenüber geschilderten Haushalts- bzw. Freizeitaktivitäten hin (IV-act. 120-56) sowie auf die aktuelle Labordiagnostik, welche bezüglich zweier Medikamente erheblich daran zweifeln liess, dass die Beschwerdeführerin

diese tatsächlich in der ärztlich verordneten bzw. in der von ihr angegebenen Dossierung einnahm (IV-act. 120-57 f.). Insofern ist der Einwand nicht stichhaltig (vgl. dazu auch die Stellungnahme Dr. J.\_\_\_\_s vom 5. August 2016, IV-act. 156-16 f.). Nachdem das orthopädische Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ sämtliche medizinischen Einschätzungen in seiner Beurteilung berücksichtigt und in sich schlüssig und nachvollziehbar ist, ist seine Beweiskraft gegeben. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Gutachterin bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung in unkorrekter Weise vorgegangen wäre. Im Gegenteil wurden die Befunde sowie die Funktionseinschränkungen umfassend ermittelt und dargetan und die Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar begründet. Folglich ist auf das Gutachten vom 11. Januar 2017 inklusive Ergänzung vom 5. August 2017 abzustellen. Dies gilt auch hinsichtlich des Beginns der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD hatte zwar bereits am 23. Mai 2016 das Vorhandensein einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gesehen, nachdem Dr. E.\_\_\_\_ klare Verbesserungen erwähnt und Dr. C.\_\_\_\_ eine verbesserte Mobilität beschrieben hatte (IV-act. 77-1). Am 19. Januar 2017 hielt Dr. I.\_\_\_\_ sodann fest, nach den Wirbelsäulenoperationen vom 13. und 17. Oktober 2015 könne von einer Heilungsphase von fünf bis sechs Monaten ausgegangen werden (IV-act. 122-4). Für eine nicht bereits im April 2016 - wie sie die Beschwerdegegnerin wohl gestützt auf diese Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ angenommen hat (vgl. act. G 1.2) -, sondern erst im November 2016 eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten spricht jedoch der Umstand, dass Dr. E.\_\_\_\_ am 13. Juli 2016 nach einer Sprechstunde vom 11. Juli 2016 noch eine deutlich limitierte Belastbarkeit beschrieb und an eine Intensivtherapie dachte (IV-act. 93-2). Währendem die Versicherte den Angaben des Arztes zufolge zu dieser Sprechstunde ohne Gehhilfe erschienen war (IV-act. 93-1), war beim Eintritt in die Kliniken Valens eine primäre Mobilisation an zwei Unterarmgehstöcken beschrieben worden (IV-act. 106-3). Der dortige stationäre Rehabilitationsaufenthalt vom 26. September bis 22. Oktober 2016 war sodann wegen zunehmender lumbaler Schmerzen erfolgt. Auch konnte während des Verlaufs eine allmähliche Steigerung der Belastbarkeit und eine allgemeine Rekonditionierung beobachtet werden (IV-act. 106-3). Nach dem Gesagten ist auch in diesem Punkt auf die Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ abzustellen und folglich erst ab der Exploration vom 29. November 2016 von der beschriebenen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt angesichts der "Schmerzproblematik" eine psychiatrische Abklärung (act. G 1 S. 5 f. Ziff. 5). Dr. J.\_\_\_\_ kam nach eingehender Unterhaltung mit und Untersuchung der Beschwerdeführerin zum Schluss, dass eine Symptomausweitung vorliege, und hielt diesbezüglich fest, dass es sich dabei nicht um eine fachpsychiatrische Diagnose, sondern um ein psychologisches Konstrukt handle (IV-act. 120-56 f.). Die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung kann auch aus den übrigen Akten nicht nachvollzogen werden, haben doch weder die Beschwerdeführerin noch deren behandelnde Ärzte je den Besuch eines psychiatrischen Facharztes als notwendig erachtet. Darüber hinaus stellte Dr. J.\_\_\_\_ gestützt auf die Labordiagnostik fest, dass die Beschwerdeführerin zwei von ihr gegen die Schmerzen einzunehmende Medikamente (Pregabalin und Saroten) wohl nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung und auch nicht so wie von ihr angegeben einnehme (IV-act. 120-28 sowie 120-57 f.). Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht aktenkundig bestritten und dürfte gegen einen starken Leidensdruck bezüglich Schmerzabnahme sprechen. Auch hätte es der Beschwerdeführerin freigestanden, innert der ihr am 4. Oktober 2016 von der IV-Stelle hierfür angesetzten Frist eine bidisziplinäre Abklärung anstelle der

in Aussicht gestellten monodisziplinären Abklärung zu verlangen (IV-act. 103). Das von der Beschwerdeführerin anlässlich der orthopädischen Begutachtung geschilderte wechselhafte psychische Befinden im Sinne einer rezidivierenden Traurigkeit sowie die verminderte Libido (IV-act. 120-27 oben) reichen nicht aus, um die Notwendigkeit einer fachpsychiatrischen Begutachtung zu begründen. Die fehlende Veranlassung einer solchen Begutachtung ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Ausgehend von einer fehlenden Arbeitsfähigkeit vom 25. November 2014 bis 28. November 2016 und von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ab dem 29. November 2016 bleiben die erwerblichen Auswirkungen der jeweiligen Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad unbestrittenermassen anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln (vgl. Erwägung 1.3). Der frühestmögliche Rentenbeginn liegt im November 2015 (Anmeldung vom September 2014 in IV-act. 1; Wartejahr ab erstmaliger, ohne wesentlichen Unterbruch attestierter Arbeitsunfähigkeit am 25. November 2014 [IV-act. 30-12 und 127] bis 24. November 2015; vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG sowie Art. 29 ter IVV). Dass der Hausarzt bereits am 22. September 2014 nur vier Stunden tägliche Arbeit im Service als möglich bezeichnete (IV-act. 7-1), ist kein hinreichender Beleg für den Beginn des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Denn der Arbeitgeber hielt im Fragebogen vom 22. Oktober 2014 noch fest, die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage 0% (IV-act. 13-3) und gegenüber der Krankentaggeldversicherung wurde auch erst der 25. November 2014 als Beginn der Arbeitsunfähigkeit erwähnt (IV-act. 30-5). Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, weil davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto betrug das Einkommen der Beschwerdeführerin in ihrer letzten im Restaurant B.\_\_\_\_ ausgeübten Tätigkeit Fr. 50'700.-- für das Jahr 2012 (IV-act. 6 sowie 13). Dementsprechend ist das Valideneinkommen unter Vornahme der Nominallohnbereinigung auf Fr. 51'780.-- per 2015 festzusetzen (Index Frauen 2012: 2630; Index Frauen 2015: 2686; Basis 1939 = 100; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 bis 2015). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3). Nach der Beendigung ihrer Tätigkeit für das Restaurant B.\_\_\_\_ (wobei dieses Arbeitsverhältnis bis mindestens 29. November 2016 rein rechtlich noch bestand; vgl. IV-act. 120-24 Ziff. 3.1.4) war die Beschwerdeführerin aktenkundig nicht mehr arbeitstätig. Da sie nicht mehr im angestammten Bereich tätig sein kann und über keine weitere Berufsausbildung verfügt, ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die vorstehend erwähnten Tabellen zurückzugreifen. Gemäss den LSE von 2014, Tabelle TA 1, haben Frauen im Kompetenzniveau 1 bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 53'793.-- erzielt. In Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ergibt dies für das Jahr 2015 ein Invalideneinkommen von Fr. 54'055.-- (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der

Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Die IV-Stelle gewährte der Beschwerdeführerin einen sog. leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 15%. Mit dem Tabellenlohnabzug wird berücksichtigt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Vorliegend hat sich die Beschwerdeführerin im vorgerückten Alter nach einer leidensangepassten Tätigkeit umzusehen, nachdem sie seit Beendigung der Schulzeit als Serviceangestellte tätig war. Da ihr nur noch sehr leichte bis leichte Arbeiten zumutbar sind, welche wechselbelastend sein müssen und weiteren Einschränkungen unterliegen (vgl. vorstehend Erwägung 2.2), ist sie gegenüber gesunden Konkurrentinnen auf dem Arbeitsmarkt erheblich beeinträchtigt. Unter diesen Umständen erscheint der gewährte Leidensabzug von 15% angemessen (vgl. bezüglich Angemessenheit vgl. BGE 123 V 150 E. 2 mit Hinweisen) und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet, weshalb von einem Invalideneinkommen von Fr. 45'947.-- (Fr. 54'055.-- x 0.85) auszugehen ist. Bei der rückwirkenden Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C\_93/2013, E. 2; BGE 121 V 275 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Bei Eintritt der Invalidität am 25. November 2015 (vgl. vorstehend Erwägung 3.1) lag bei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit vor, weshalb sie ab dem 1. November 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Nachdem ab der Exploration durch Dr. J.\_\_\_\_ am 29. November 2016 von einer leidensadaptierten Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen ist, resultiert bei einem Invalideneinkommen von Fr. 36'757.-- (Fr. 45'947.-- x 0.8) und einer Erwerbseinbusse von Fr. 15'023.-- (Fr. 51'780.-- - Fr. 36'757.--) ein Invaliditätsgrad von abgerundet 29% ((Fr. 15'023.-- / Fr. 51'780.--) x 100). Die rentenbegründende Schwelle von 40% würde auch bei Vornahme eines sog. Prozentvergleichs nicht erreicht. In Anwendung der gemäss Art. 88a IVV zu beachtenden Anpassungszeit von drei Monaten hat die Beschwerdeführerin gestützt auf diesen Invaliditätsgrad ab dem 1. März 2017 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 13. März 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom 1. November 2015 bis 28. Februar 2017 eine befristete ganze Rente auszurichten. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin statt der beantragten unbefristeten Rente lediglich für weitere sieben Monate eine befristete Rente zugesprochen wird, ist ermessensweise von einem

Obsiegen zu einem Drittel auszugehen. Entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 400.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstatten. 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 (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint bei nur einfachem Schriftenwechsel eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) bei vollem Obsiegen als angemessen. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Einem Obsiegen zu einem Drittel entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 13. März 2018 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung vom 1. November 2015 bis 28. Februar 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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