

SO_GERICHTE VSBES.2018.231 vom 27. Juli 2018

SO Obergericht, 2018-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.231

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.231 du 27 juillet 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.231 del 27 luglio 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1967, wohnhaft in [...], meldete sich am 16. Mai 2013 bei der Invalidenversicherungsstelle (IV-Stelle) des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). In der Folge traf die Beschwerdegegnerin medizinische und erwerbliche Abklärungen (IV-Nr. 14 ff.). Weiter führte sie Frühinterventionsmassnahmen durch (IV-Nr. 16 ff.). Es folgten Integrationsmassnahmen in Form eines Aufbautrainings/Arbeitsversuchs, worüber die berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin jeweils Bericht erstattete (IV-Nr. 20 ff.).

1.2 Zudem gab die Beschwerdegegnerin am 9. Februar 2015 bei der Begutachtungsstelle B.____, [...], ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-Nr. 76), das am 1. Juni 2015 erstattet wurde (IV-Nr. 97); dazu nahmen Dr. med. C.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, am 8. September 2015 und der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin am 14. Oktober 2015 Stellung (IV-Nr. 111, S. 2 ff.; 119).

1.3 Am 25. Januar 2016 erstellte die Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin, D.____, den Abschlussbericht mit der Feststellung «Abschluss in der beruflichen Eingliederung als eingegliedert» (IV-Nr. 130).

1.4 Die gegen die IV-Taggeld-Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Dezember 2015 gerichtete Beschwerde vom 3. Februar 2016 (IV-Nr. 133) hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 23. Juni 2016 teilweise gut (IV-Nr. 153).

1.5 Am 29. März 2016 verfasste die Teamleiterin/Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin, E.____, ihren Bericht über die Abklärung im Haushalt der Beschwerdeführerin vom 17. März 2016 mit dem Antrag, das Rentengesuch sei wegen Nichterreichen des IV-Grads von 40 % abzulehnen (IV-Nr. 141).

1.6 Im Vorbescheid vom 8. April 2016 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sowohl das Durchführen weiterer beruflicher Massnahmen als auch den Anspruch auf eine Invalidenrente abzulehnen (IV-Nr. 144); dagegen liess die Beschwerdeführerin am 13. Mai 2016 Einwand erheben (IV-Nr. 148), den ihr Vertreter am 1. Juli 2016 ergänzte (IV-Nr. 158).

E. 2

2.1 Dr. med. C.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, erachtete in ihrer Stellungnahme vom 5. September 2016 weitere (medizinische) Abklärungen als erforderlich (IV-Nr. 161, S. 2 f.).

2.2 Die Ärzte der F.____, [...], reichten am 23. Dezember 2016 den durch die Beschwerdeführerin angeforderten Arztbericht ein (IV-Nr. 175).

2.3 Am 13. Februar 2017 nahm die RAD-Ärztin zum medizinischen Sachverhalt erneut Stellung und empfahl, eine Begutachtung in den Fachgebieten Rheumatologie und Psychiatrie zu initiieren (IV-Nr. 178).

2.4 Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], erstattete am 1. März 2017 den durch die Beschwerdeführerin angeforderten Arztbericht (IV-Nr. 180).

2.5 Am 8. August 2017 teilte die Beschwerdeführerin dem Vertreter der Beschwerdeführerin mit, dass eine polydisziplinäre Untersuchung (in den Disziplinen allgemeine innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie) durch die Begutachtungsstelle H.____, [...], durchgeführt werde (IV-Nr. 201).

2.6 Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 6. November 2017 traf am 7. November 2017 bei der Beschwerdeführerin ein (IV-Nr. 206.2); dazu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ am 26. Januar 2018 Stellung (IV-Nr. 213).

E. 3

3.1 Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2018, der jenen vom 8. April 2016 ersetze, stellte die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin einerseits in Aussicht, dass keine weiteren beruflichen Massnahmen durchgeführt würden und ab bis 31. Dezember 2016 kein Anspruch auf eine Rente bestehe. Andererseits habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente, und zwar wie folgt: ab 1. Januar 2017 eine Dreiviertelsrente, ab 1. Mai 2017 eine halbe Rente und ab 1. Dezember 2017 eine Viertelsrente (IV-Nr. 214).

3.2 Nachdem die Beschwerdeführerin gegen diesen Vorbescheid nicht opponierte, bestätigte die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Juli 2018 ihre Ankündigung (vgl. IV-Nr. 223, S. 4) und setzte die der Beschwerdeführerin ab 1. August 2018 zustehende IV-Rente auf CHF 503.00 pro Monat fest; dazu komme die Kinderrente für ihren Sohn in Höhe von CHF 202.00, womit ein monatlicher Betrag von insgesamt CHF 705.00 resultiere. Die Festsetzung des Rentenanspruchs für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 31. Juli 2018 erfolge später (IV-Nr. 223). Mit Verfügungen vom 5. September 2018 setzte dann die Beschwerdeführerin die Rentenbetreffnisse für die Zeit vom 1. Januar bis 30. April und 1. Mai bis 30. November 2017 sowie jene für den Zeitraum vom 1. Dezember 2017 bis 31. Juli 2018 fest (IV-Nr. 222).

4. Gegen diese Verfügungen lässt die Beschwerdeführerin am 14. September 2018 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Ihr Vertreter stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (Aktenseite [A.S.] 21 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 27. Juli 2018 und die drei Verfügungen vom 5. September 2018 seien aufzuheben.

2.a) Es sei der Beschwerdeführerin spätestens mit Wirkung ab 1. Februar 2014 eine Invalidenrente nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % auszurichten, zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens.

b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen.

3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung einzuberufen und durchzuführen.

4. Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

5. Die Beschwerdeführerin sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu befreien.

6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

5. Am 15. November 2018 teilt die Beschwerdegegnerin mit, mit Blick auf die Ausführungen in den angefochtenen Verfügungen sowie der IV-Akten auf Bemerkungen zur Beschwerde zu verzichten. Es werde beantragt, die Beschwerde abzuweisen (A.S. 58).

6. Mit richterlicher Verfügung vom 29. November 2018 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 60).

7. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 10. Dezember 2018 seine Kostennote ein (A.S. 63 ff.).

8. Am 28. Oktober 2019 werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung vom 22. Januar 2020 vorgeladen (A.S. 69). Diese Verhandlung wird am 18. November 2019 ■ auf Antrag des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 14. November 2019 (A.S. 72 f.) ■ auf 9. Dezember 2019 vorverschoben (A.S. 75).

9. Mit Verfügung vom 25. November 2019 wird den Parteien mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin an der auf 9. Dezember 2019 angesetzten Verhandlung als Partei befragt werde (A.S. 78).

10. Am 9. Dezember 2019 findet ■ wie durch die Beschwerdeführerin beantragt % ■ die öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht statt. Die rechtsgenüßlich vorgeladene Beschwerdegegnerin bleibt, nachdem ihr das Erscheinen freigestellt worden ist (A.S. 75), der Verhandlung fern. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht Urkunde

E. 3.2

S. 338, 130 V 393 E. 3.3 S. 396, 125 V 146 E. 2c S. 150; je mit Hinweisen). Ein starkes Indiz ist dabei die Tätigkeit, die bei Eintritt der invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich ■ und unter Umständen seit längerer Zeit ■ ausgeübt wurde, vor allem bei sonst im Wesentlichen unveränderten Verhältnissen bis zur Entstehung des Rentenanspruchs (Urteil des Bundesgerichts 9C_565/2015 E. 3.2 vom 29. Januar 2016 m.H.a. SVR 2010 IV Nr. 35 S. 111, 9C_559/2009 E. 4; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 7 zu Art. 28a IVG).

5.3.3 Es ist somit aufgrund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil [des Bundesgerichts] 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131). Es ist stets allein die hypothetische Verhaltensweise der am Recht stehenden versicherten Person ausschlaggebend, nicht die unter allen Titeln zweckmässigste; letztere gelangt nur für den

Fall zur Anwendung, dass sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch die im konkreten Fall von der versicherten Person gewählte Lebensform darstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 E. 3.2.1 vom 30. März 2012). Für die Statusfrage grundsätzlich nicht von Bedeutung sind gesundheitlich bedingte Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse. Zu denken ist hier namentlich an die Reduktion des Arbeitspensums oder sogar die Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 15. Mai 2013 E. 4.2.1).

5.4

5.4.1 Wie sich dem von der Beschwerdeführerin verfassten Lebenslauf (IV-Nr. 29, S. 1 f.) entnehmen lässt, absolvierte sie von 1983 bis 1986 eine Ausbildung als Pflegefachfrau AKP. In der Folge arbeitete sie zunächst auf diesem Beruf und anschliessend von 1988 bis 1992 in mehreren Anstellungen als Büroangestellte oder Sachbearbeiterin. Von 1993 bis 1997 folgten Tätigkeiten als Fahrerin bzw. Chauffeuse; daneben absolvierte die Beschwerdeführerin 1995/96 eine Ausbildung in einer Bürofachschule. Im Jahr 1997 kam der Sohn I.____ zur Welt und die Beschwerdeführerin war in der Folge als Familienfrau sowie Tagesmutter von zwei Kindern tätig. Wegen privater Veränderungen (Ehescheidung) begann sie im Jahr 2005 wieder in ihrem erlernten Beruf als Pflegefachfrau zu arbeiten. Laut dem Lebenslauf und den eingereichten Arbeitszeugnissen arbeitete sie von August 2005 bis Februar 2010 mit einem Pensum von 80 % im Alters- und Pflegeheim J.____ in [...], von März 2010 bis Januar 2011 mit einem Pensum von ebenfalls 80 % im Alters- und Pflegeheim K.____ in [...] und ab Februar 2011 im Alters- und Pflegeheim L.____ in [...].

5.4.2 Dem Lebenslauf lässt sich weiter entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre im Februar 2011 angetretene Anstellung im Alters- und Pflegeheim L.____ auf Ende Oktober 2011 aufgab und anschliessend vorübergehend im Umfang eines Pensums von 30 ■ 50 % für eine private Spitex arbeitete. Am 1. März 2012 nahm sie schliesslich die Anstellung im M.____ an, wobei sie zunächst im Umfang von 40 % im Nachtdienst (gemäss Arbeitszeugnis zirka sechs Nächte pro Monat) und ab 1. Juli 2012 zusätzlich mit einem Arbeitspensum von 20 % im Tagesdienst angestellt war (vgl. IV-Nr. 29, S. 3). Das Gesamtpensum wird in der von der Arbeitgeberin vorgenommenen Anmeldung zur Früherfassung vom 1. Mai 2013 auf 63 % beziffert (vgl. IV-Nr. 1). Auch im Protokoll zum Intake-Gespräch vom 16. Mai 2013 ist von einem Pensum von 63 % die Rede (IV-Nr. 9 S. 1). Im Arbeitgeberbericht vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 14) wird erklärt, das Pensum als Nachtwache habe zirka 40 %, dasjenige als Betreuerin Tagdienst zirka 20 % betragen; eine Nachtschicht dauere 9,5 Stunden, ein Tagdienst je nach Dienst 6 bis 8,5 Stunden. Ab 25. Februar 2013 war die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig.

5.4.3 Laut dem Protokoll des Früherfassungs-/Intake-Gesprächs vom 16. Mai 2013 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie ohne Gesundheitsschaden ein 80%-Arbeitspensum auszuüben würde. Sie habe geplant, ihr Pensum (von derzeit 63 %) zu erhöhen, weil ihr Sohn in der Zwischenzeit 15-jährig geworden sei. Sie habe ihr Pensum seit der Scheidung stetig gesteigert, weil ihr Sohn älter geworden sei. Zur Rubrik «Finanzielle Situation» lässt sich dem Protokoll Folgendes entnehmen: «Krankentaggeld, Lohnfortzahlung 80 %; Fr. 800.- Alimente für den Sohn; Sie hat Existenzängste, hat immer funktioniert, ist angewiesen auf ihr Einkommen».

5.4.4 Im Haushalt-Abklärungsbericht vom 17. März 2016 führt die Abklärungsfachfrau zur Frage, ob heute ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt würde, Folgendes aus:

Bis im Oktober 2011 habe die Versicherte zwischen 80 und 90 % gearbeitet. Danach habe sie ihr Pensum auf 30 bis 50 % reduziert und schlussendlich aus persönlichen Gründen 63 % gearbeitet, was sie mit der hohen Betreuung des Sohns begründet habe; dies sei jedoch invaliditätsfremd. Zum Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens im Februar 2013 habe sie mit einem Pensum von 63 % gearbeitet; gemäss dem Lohnkonto ergebe dies hochgerechnet auf 12 Monate einen Lohn von CHF 64'009.00. Die Versicherte habe klar darüber Auskunft gegeben, dass sie heute, nachdem ihr Sohn nun eine Lehrstelle habe und im August zu arbeiten beginne, zu 100 % arbeiten würde. Sie sei finanziell darauf angewiesen. Ihr Sohn sei im September 2015 18 Jahre alt geworden. Für sie sei immer klar gewesen, dass sie, wenn er volljährig werde, wieder zu 100 % arbeiten würde. Da sie früher zwischen 80 und 90 % gearbeitet habe, sei dies nachvollziehbar. Über das RAV plus habe der Sohn eine Lehrstelle als Konstrukteur gefunden. Im August 2016 werde er eine vierjährige Lehre beginnen. Während der Abklärung sei er ebenfalls dabei gewesen und habe darüber Auskunft gegeben. Heute sei das Problem mit der Lehrstelle durch die Hilfe des RAV plus gelöst. Die Versicherte könnte ohne gesundheitliche Einschränkungen zu 100 % arbeiten. Es sei für sie, die Abklärungsperson, nachvollziehbar, dass die Versicherte seit September 2015 (Erreichen der Volljährigkeit des Sohnes) zu 100 % arbeiten würde, da die Betreuung des Sohns nicht mehr im Ausmass wie früher nötig sei. Für die Zeit bis August 2015 sei dagegen vom zuletzt ausgeübten Pensum von 63 % auszugehen. Beim Valideneinkommen im 100%-Pensum könne nicht auf das Einkommen im M. ___ abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort laut Auskunft der Personalverantwortlichen nicht mit einem 100%-Pensum hätte arbeiten können. Auch hätte sie nicht weiterhin in der Tages- und in der Nachtschicht arbeiten können, da dies eine Ausnahme gewesen sei. In der Tageschicht, wo sie mit einem höheren Pensum hätte arbeiten können, hätte sie weniger verdient, da die Nachtzulagen weggefallen wären. Ein 100%-Pensum hätte sie im M. ___ nicht verwirklichen können. Es rechtfertige sich somit, dass das Valideneinkommen bei einem 100%-Pensum im Gesundheits- und Sozialwesen, laut Statistik des Bundesamts, Ziffer 86 ■ 88, geringer ausfalle, als wenn man das Einkommen auf ein 100%-Pensum aufrechnen würde, das sie im M. ___ erzielt habe. Weil der Invaliditätsgrad von 40 % nicht erreicht werde, sei das Rentengesuch abzulehnen (IV-Nr. 141, S. 3, 9).

5.4.5 Die Abklärungsfachfrau nahm ■ wie erwähnt ■ auf eine Auskunft der Personalverantwortlichen der Arbeitgeberin M. ___ Bezug. Diese Aussage ist in einem Protokolleintrag vom 23. März 2016 festgehalten. Danach erklärte die Personalverantwortliche, normalerweise gebe es eine Kombination von Nachteinsätzen mit zusätzlichem Tagdienst nicht; es habe sich um eine Ausnahme gehandelt. Weiter gab sie an, ein 100%-Pensum in der Betreuung sei bei dieser Arbeitgeberin nicht möglich, und wies darauf hin, dass die Nachtschicht-Arbeit besser bezahlt werde als die Tagschicht-Arbeit.

5.4.6 Die Anstellung der Beschwerdeführerin im M. ___ begann ■ wie erwähnt ■ Anfang März 2012 mit einem (Nacht-)Pensum von zirka 40 % und wurde ab Anfang Juli um ein zusätzliches (Tages-)Pensum von zirka 20 % erhöht. Ab Februar 2013 war die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben; ihr letzter Arbeitstag war am 24. Februar 2013 (vgl. Arbeitgeberbericht, IV-Nr. 14). Das Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin gekündigt. Laut dem Arbeitszeugnis vom 31. August 2013 erfolgte die Kündigung «aus betriebsbedingten Gründen» (IV-Nr. 29, S. 4).

5.4.7 Anlässlich der heutigen Parteibefragung hat die Beschwerdeführerin u.a. Folgendes zu Protokoll gegeben (vgl. A.S. 81 ff.): Nach der Scheidung habe sie wieder angefangen,

auf dem Beruf zu arbeiten. Sie habe in [...] (J.____) mit 20 % angefangen, weil I.____ noch klein bzw. zirka sieben Jahre alt gewesen sei. Sie habe (das Arbeitspensum) aufgestockt, je nachdem wie es mit I.____ gegangen sei. Sie habe als Alleinerziehende auch Geld verdienen müssen. Die Alimente seien da gewesen, aber allein davon habe sie nicht leben können. Je nach gesundheitlichem oder psychischem Zustand ihres Sohns habe sie das Arbeitspensum wieder erhöht. Dazwischen habe sie wegen ihm reduzieren müssen, z.B., als er das Untergymnasium habe wiederholen müssen. In der «L.____» habe sie gekündigt. Sie sei damals Stationsschwester gewesen; da könne man nicht nur 50 oder 60 % arbeiten. Dort müsse man als Stationsschwester zwischen 80 ■ 100 % arbeiten. Nachher sei sie in die Spitex N.____ arbeiten gegangen, zirka 30 ■ 50 %. Dann habe sie mehr Zeit für I.____ gehabt; dies sei aber eine relativ kurze Zeit gewesen, weil sie ja trotzdem Geld gebraucht habe. Nur mit der Spitex sei es zu wenig gewesen. Dann habe sie im M.____, vermutlich im 2011/12, eine Anstellung als Dauernachtwache erhalten. Diese Stelle habe sie interessiert, weil sie nachts habe arbeiten können; dies seien rund zehn Stunden gewesen. Während des Tages sei sie dann zuhause und bei Bedarf für I.____ da gewesen; dies habe sich geändert, als sie im M.____ intern jemanden für den Tagdienst gesucht hätten. Sie habe dann angefragt, ob sie im Tagdienst arbeiten könne, weil sich die Situation mit ihrem Sohn wieder normalisiert habe. Sie habe die Möglichkeit gesehen, das Pensum wieder zu erhöhen. Sie sei dann zu Frau O.____, Personalwesen, gegangen mit der Frage, ob sie mit 20 % beginnen könne, d.h. einen Tag, und ob sie dieses Pensum aufstocken könne. Frau O.____ habe ihr dann zugesagt. Sie habe begonnen, während des Tages zu arbeiten. Frau O.____ habe ihr gesagt, sie könne aufstocken, je nachdem wie es ihr bezüglich dem Sohn diene. Leider habe sie dann im Februar 2013 Rückenprobleme bekommen. Ihr Ziel sei es gewesen, auf 100 % zu erhöhen, was sie Frau O.____ gesagt habe. Sie habe ein 100%-Pensum erreichen wollen, weil I.____ älter geworden sei. Im M.____ habe es Frauen gegeben, die mit Pensum zwischen 20 und 40 % gearbeitet hätten. Gut ein Drittel der Belegschaft habe zwischen 80 und 100 % gearbeitet. Was ihre Aussage anlässlich des Intake-Gesprächs vom 16. Mai 2013 bezüglich «Pensum ohne Gesundheitsschaden» (IV-Nr. 9, S. 1) anbelangt, sei sie sicher, «80 ■ 100 %» gesagt zu haben. Warum solle sie nur 60 ■ 80 % arbeiten, wenn sie keinen Partner habe und ihr Sohn erwachsen sei. So könnte sie sich ein anständiges Leben leisten. Ihr Ziel sei es immer gewesen, ein Minimum von 80 %, am liebsten aber 100 % zu erreichen. Spätestens wenn ihr Sohn 18 Jahre alt geworden sei, wäre sie wieder zu 100 % arbeiten gegangen. So habe sie es mit Frau O.____ abgemacht, als I.____ 15/16-jährig gewesen sei. Wegen den Rückenproblemen sei es leider nicht so weit gekommen. Es sei im 2013/14, vor Eintreten der Rückenprobleme, gewesen, als sie zu Frau O.____ gegangen sei, um dies abzusprechen. Es wäre vorgesehen gewesen, im 2013 aufzustocken. Was mit den im Arbeitszeugnis erwähnten «betriebsbedingten Gründen», die zur Kündigung geführt hätten, gemeint sein, könne sie nicht sagen. Es habe mehrere seltsame Kündigungen gegeben (A.S. 81 ff.).

5.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin aus privaten Gründen (Ehescheidung) im Jahr 2005 wieder in ihren gelernten Beruf als Pflegefachfrau einstieg. Gestützt auf die Arbeitszeugnisse ist ■ trotz der teilweise abweichenden Aussagen im Rahmen der Parteibefragung ■ davon auszugehen, dass das Pensum im J.____ (August 2005 bis Februar 2010) und im Alters- und Pflegeheim K.____ (März 2010 bis Januar 2011) je zirka 80 % betrug, dasjenige im Alters- und Pflegeheim L.____ in [...] (Februar 2011 bis Oktober 2011) zirka 90 %. Anschliessend kam es zu einer deutlichen Reduktion des Pensums. Der Grund für diese Reduktion waren Schwierigkeiten mit dem 1997 geborenen

Sohn I.____. Die Beschwerdeführerin war deshalb ab November 2011 nur mit einem geringen Pensum tätig. Im März 2012 nahm sie die Tätigkeit im Alters- und Pflegeheim L.____ zunächst im Rahmen von sechs Nachtschichten pro Monat auf, was einem Pensum von rund 40 % entspricht, und übernahm ab Juli 2012 zusätzlich ein Pensum von rund 20 % im Tagdienst. Unbestritten ist, dass sie ab September 2015, als der Sohn 18-jährig wurde, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Was die mutmassliche Entwicklung im Gesundheitsfall zwischen Februar 2013 und September 2015 anbelangt, hat die Beschwerdeführerin in der Parteibefragung geltend gemacht, sie habe mit der Personalverantwortlichen abgesprochen gehabt, dass sie ihr Pensum weiter erhöhen könne, wenn es die Situation mit dem Sohn zulasse. Weiter hat sie bestätigt, dass eine Pensenerhöhung nur im Tagdienst möglich gewesen wäre, was zum Wegfall der mit der Nachtarbeit verbundenen Zuschläge geführt hätte. Die Aussage, man habe ihr eine Pensenerhöhung auf bis zu 100 % zugesagt, vermag allerdings nicht zu überzeugen, hat doch die Personalverantwortliche gegenüber der Beschwerdegegnerin erklärt, in der Betreuung bestehe keine Möglichkeit, mit einem Pensum von 100 % zu arbeiten. Es kann als gerichtsnotorisch gelten, dass in vielen derartigen Heimen ein Vollzeitpensum im Pflegebereich ausgeschlossen ist, was die Aussage der Personalverantwortlichen als plausibel erscheinen lässt. Mit Blick auf das hohe Pensum, das die Beschwerdeführerin in den Jahren ab 2005 als alleinerziehende Mutter mit einem noch relativ kleinen Kind (der Sohn ist 1997 geboren) ausübte, und auch angesichts des geradezu dynamischen Eindrucks, den die Beschwerdeführerin an der Parteibefragung trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung hinterlassen hat, kann jedoch als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass sie eine Erhöhung auf 100 % angestrebt hätte, sobald sich dies mit der privaten Situation vereinbaren liesse. Wie sich diese im kritischen Zeitraum entwickelte, hat auch an der Parteibefragung nicht restlos geklärt werden können. Die Beschwerdeführerin hat aber glaubhaft ausgesagt, die Verfassung des Sohnes habe sich nach nicht allzu langer Zeit wieder stabilisiert. Auch wenn eine gewisse Unsicherheit bestehen bleibt, zumal der Sohn die Lehre erst im Jahr 2016 antreten konnte, kann davon ausgegangen werden, dass spätestens Ende 2013, nach mehr als zwei Jahren und nach Vollendung des 16. Altersjahres des Sohnes, eine Stabilisierung eingetreten war, die der Beschwerdeführer die Aufnahme einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit ermöglichen hätte. Sie wäre demnach im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns Anfang Februar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vollzeitlich als Pflegefachfrau im Tagdienst erwerbstätig gewesen. Angesichts der klaren Aussagen der Personalverantwortlichen (vgl. E. II. 5.4.5 hiervor) erscheint es ebenfalls als überwiegend wahrscheinlich, dass sie diese Tätigkeit nicht im M.____ ausgeübt hätte. Hierfür spricht auch die bereits erwähnte, im Arbeitszeugnis enthaltene Bezugnahme auf «betriebsbedingte Gründe».

5.6 Nach dem Gesagten erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ungefähr Ende 2013 die Stelle gewechselt hätte und im Februar 2014 bei einer anderen Arbeitgeberin mit einem Pensum von 100 % als Pflegefachfrau im Tagdienst tätig gewesen wäre.

6. Zu prüfen ist weiter, wie es sich mit der Forderung der Beschwerdeführerin verhält, bei der Invaliditätsbemessung sei ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit von Februar 2013 eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von mindestens 20 bis 30 % zugrunde zu legen. So könne das B.____-Gutachten nicht als beweiswertig eingestuft werden, nachdem sich durch die Expertise der Gutachterstelle H.____ herausgestellt habe, dass wesentliche

Gesichtspunkte des Gesundheitsschadens bei der Gutachterstelle B. ___ unberücksichtigt geblieben seien. Die Gutachter der H. ___ hätten insbesondere eine somatisch bedingte, erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % bereits zu Beginn der Krankschreibung postuliert. Auch die RAD-Ärztin habe darauf hingewiesen, dass die Befundsituation einen erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auch in einer angepassten Tätigkeit mit sich bringe, was mit 20 % quantifiziert werden könne. Die Beschwerdegegnerin habe diese Divergenz nie einer Klärung zugeführt (A.S. 32). Dazu hat sich die Beschwerdegegnerin nicht vernehmen lassen (A.S. 58).

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

6.1 Am 19. April 2013 berichtete Dr. med. P. ___, Stv. Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum am Q. ___, Dr. med. R. ___ über die Beschwerdeführerin, die er am 9. April 2013 im Rahmen der Wirbelsäulensprechstunde ambulant behandelt habe. Aus rheumatologischer Sicht sei sie für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem vollen zeitlichen Pensum arbeitsfähig. Hingegen seien ihr die schweren Hebe- und Tragebelastungen im Pflegeberuf aktuell nicht zuzumuten, Arbeitsunfähigkeit 100 % () (IV-Nr. 58, S. 7 ff.). Im Bericht 29. Juli 2013 attestierte Dr. med. P. ___ der Beschwerdeführerin unverändert bis Ende August 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Pflegeberuf. Bis Ende Juli 2013 habe eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem reduzierten Teilzeitpensum von 50 % noch nicht erreicht werden können, was allerdings Ziel der Rehabilitationsbemühungen bleibe (IV-Nr. 23, S. 3). Am 10. September 2013 bescheinigte Dr. med. S. ___, Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum am Q. ___, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Oktober 2013 und bezeichnete ein anschliessendes reduziertes Teilzeitpensum von 50 % als realistisch (IV-Nr. 26, S. 2). Dr. med. P. ___ erachtete die Beschwerdeführerin am 3. März 2014 aus rein rheumatologischer Sicht für leichte, allenfalls mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem Teilzeitpensum von 50 % arbeitsfähig (IV-Nr. 43, S. 3; s.a. Bericht vom 18. März 2014, IV-Nr. 54.3, S. 3). Die gleiche Beurteilung traf er in seinem Bericht vom 18. August 2014 an die Beschwerdegegnerin sowie in jenen vom 20. November 2014 und 23. Februar 2015 an Dr. med. R. ___ (IV-Nr. 58, S. 6; 68, S. 3; 79, S. 3).

6.2 Für die RAD-Ärztin war es am 15. Oktober 2014 medizinisch nicht nachvollziehbar, dass bei der beschriebenen Schmerzsymptomatik, die von den Therapeuten im Wesentlichen durch das Vorliegen einer muskulären Insuffizienz und Hypermobilität begründet werde, auch nach monatelanger intensiver muskulärer Aufbau-therapie weiterhin nur eine 50%-Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit bestehen solle. Aus medizinisch-theoretischer Sicht müsste in dieser Situation eine 80 ■ 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselnden Tätigkeit erwartet werden können. Ungeklärt sei mit den vorliegenden Befunden auch die Rolle der möglichen reaktiven depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit der Stagnation bei der beruflichen Wiedereingliederung. Medizinisch nachvollziehbar sei die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit in der Pflege, die als schwer einzustufen sei und der Versicherten wegen der ergonomisch ungünstigen Belastungssituation nicht mehr zugemutet werden könne. Jedoch sei zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich. Die Begutachtung sollte in den Fachgebieten Rheumatologie (chronisches Schmerzsyndrom), Neurologie (Schmerzsyndrom), Psychiatrie (psychische Komorbidität, Überwindbarkeit der Schmerzen

aus psychischer Sicht) und Chirurgie (St.n. Magenoperationen) erfolgen. Vorgängig sollte noch ein Operationsbericht und ggf. postoperative Sprechstundenberichte des Chirurgen eingeholt werden (IV-Nr. 64, S. 3 f.).

6.3 Die Ärzte der Begutachtungsstelle B.____ gelangten am 1. Juni 2015 in dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 97, S. 24):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5)
2. chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
3. Hypermobilitätssyndrom (ICD-10 M35.7)
4. Verdacht auf Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit (ICD-10 M11.09)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
2. Status nach bariatrischen Eingriffen wegen morbider Obesitas (ICD-10 E66.02)
3. chronischer Nikotinabusus, ca. 50 py (ICD-10 F17.1)
4. Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-70 G56.0)

Ferner führten die Ärzte in ihrem Gutachten zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in andern Tätigkeiten sowie zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus, dass die Explorandin ursprünglich eine Ausbildung als Pflegefachfrau absolviert habe und zuletzt bis 2013 auf dem erlernten Beruf arbeitstätig gewesen sei. Die körperlich intermittierend, mindestens mittelschwere Tätigkeit als Pflegefachfrau könne als angestammte Tätigkeit angesehen werden. Aus rheumatologischer Sicht beeinflussten das chronische lumbospondylogene und zervikospondylogene Schmerzsyndrom, das Hypermobilitätssyndrom und (die) anzunehmende Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. Körperlich mittelschwere oder schwere Tätigkeiten wie auch die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau seien der Explorandin nicht mehr zuzumuten. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, bestehe hingegen aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer, viszeralchirurgischer und allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Der Explorandin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachgehen zu können. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen sie, die B.____-Ärzte, davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau mindestens seit März 2013 angenommen werden könne. Es sei nur schwierig möglich,

aufgrund der vorliegenden Unterlagen die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zu einem früheren Zeitpunkt retrospektiv gesehen mit Sicherheit beurteilen zu können. Somit gelte die vorstehende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch die B.____-Gutachter im März 2015. Aus gutachterlicher Sicht ergäben sich allerdings keine Hinweise für eine länger andauernde, wesentliche Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten in der Vergangenheit (IV-Nr. 97, S. 25 f.).

Zu medizinischen und beruflichen Massnahmen führten die B.____I-Gutachter Folgendes aus: Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Aus rheumatologischer Sicht empfehlenswert sei die Fortführung des regelmässigen Trainingsprogramms zur Kräftigung der rumpf- und gelenkstabilisierenden Muskulatur sowie zur Dehnung und Detonisierung der verkürzten Muskelgruppen. Bei einem akuten Anfall im Rahmen der Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit sei die Gabe von NSAR oder Steroiden sinnvoll. Aus neurologischer Sicht sei die Targin-Medikation eher ungünstig. Ein Wechsel auf ein schmerzdistanzierendes resp. modulierendes Präparat sei zu bevorzugen. Bezüglich des Karpaltunnelsyndroms seien aktuell keine Massnahmen notwendig. Bei vermehrten Beschwerden seien redressierende Handgelenksschienen zu tragen. Aus allgemeininternistischer Sicht sollte zur Verbesserung des Gesundheitszustands in erster Linie ein konsequenter Nikotinstopp angestrebt werden. Aus psychiatrischer Sicht könnte eventuell die regelmässige Einnahme eines Antidepressivums, das auch eine Indikation bei Schmerzen besitze, hilfreich sein. Andere psychiatrische Massnahmen seien nicht angezeigt. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden. Zusammenfassend stellten die B.____-Ärzte fest, dass bei der Explorandin aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden könne. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden (IV-Nr. 97, S. 26).

6.4 In ihrer Stellungnahme vom 8. September 2015 zum Bericht der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ ■ nach Abhandlung der Indikatoren im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ■ fest, dass für die Einschätzung der medizinischen Situation auf das Gutachten abgestellt werden könne. So wäre von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (Präsenzzeit) mit einer letztlich mindestens 80%igen Leistungsfähigkeit (Leistungsabzug wegen des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs). Nach dem Verfassen des Gutachtens sei es erneut zu einer vom 24. bis 30. April 2015 dauernden Hospitalisation wegen Schmerzexazerbation gekommen. Im Bericht vom 11. Juni 2015 (vgl. IV-Nr. 99) werde ein unveränderter klinischer Befund beschrieben (die Schmerzverstärkung sei nicht mit klinischen Befunden erklärbar ■ weiterhin die bekannte muskuläre Insuffizienz, kein sensomotorisches Ausfallssyndrom). Im weiteren Verlauf im MRI der Lendenwirbelsäule vom 25. April 2015 unverändert Nachweis der bekannten degenerativen Veränderungen ohne Neurokompression. Dem Sprechstundenbericht vom 28. Juli 2015 (Dr. med. T.____) seien wiederum keine neuen

medizinisch diagnostischen Erkenntnisse zu entnehmen. Es liege keine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, ausser die von der Versicherten subjektiv angegebenen möglichen 30 %. Der Indikator «Eingliederungserfolg/Resistenz» werde im Gutachten nicht abgehandelt, d.h., die Diskrepanzen zwischen den nicht objektivierbaren Schmerzen und der subjektiven Überzeugung der Arbeitsunfähigkeit sowie der maximal möglichen Steigerung des Pensums auf 50 % würden nicht diskutiert. So könne aus medizinischer Sicht grundsätzlich auf das Gutachten abgestellt werden. Für die Prüfung der weiteren Indikatoren sei jedoch die Vorlage beim Rechtsdienst erforderlich. Schliesslich attestierte die RAD-Ärztin der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau. In einer angepassten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 111, S. 2 ff.).

6.5 Am 14. Oktober 2015 äusserte sich der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin zum Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 1. Juni 2015 wie folgt (IV-Nr. 119): Es gelte zunächst festzuhalten, dass die Gutachterstelle B.____ im Gutachten vom 1. Juni 2015 zum Schluss gekommen sei, es könne eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen, körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es bestehe in Übereinstimmung mit dem RAD die Auffassung, dass auf das B.____-Gutachten abgestellt werden könne. Die Ansicht aber, dass in einer angepassten Tätigkeit ■ wie in der RAD-Stellungnahme vom 8. September 2015 festgehalten ■ eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Leistungsabzug wegen des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs) bestehen solle, werde nicht geteilt, da kein Grund ersichtlich sei, weshalb von der gutachterlichen Einschätzung abgewichen werden solle. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten sei somit als uneingeschränkt zu betrachten. Was den Indikator «Eingliederungserfolg oder-resistenz» angehe, sei darauf hinzuweisen, dass nicht von einer trotz optimaler Kooperation misslungenen Eingliederung die Rede sein könne. So werde im Bericht der [...] GmbH vom 22. Juli 2015 klar festgehalten, dass die körperliche Tätigkeit im Betrieb als mittelschwer (Privatkundenbereich) bis sehr schwer (Geschäftskundenbereich) zu qualifizieren und die versicherte Person im Rahmen des Arbeitsversuchs in beiden Bereichen eingesetzt worden sei; dass sich dabei herauskristallisiert habe, dass in diesem Betrieb ein Pensum von mehr als 30 % nicht realistisch sei, spreche damit nicht gegen die medizinische Einschätzung der Gutachterpersonen, die körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtet hätten, sondern bestätige diese vielmehr. Im Übrigen sei den Gutachterpersonen der Schlussbericht über die beruflichen Massnahmen der [...] GmbH vom 29. Januar 2015 nachweislich bekannt gewesen. Die anlässlich der Begutachtung durch die versicherte Person angegebene Arbeitsplatzbeschreibung entspreche aber offensichtlich nicht dem zumutbaren Leistungsprofil. Wäre den Gutachterpersonen der Bericht der [...] vom 22. Juli 2015 bekannt gewesen, sei davon auszugehen, dass sie zur gleichen Einschätzung gelangt wären wie der Unterzeichnende. Der Beweiswert des Gutachtens werde dadurch nicht geschmälert. Bezüglich des Indikators «Behandlungserfolg oder -resistenz» sei zu bemerken, dass die therapeutischen Möglichkeiten gemäss Aktenlage nicht ausgeschöpft seien. Die versicherte Person erhalte ein Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI verordnet, welches aber keine Indikation bei Schmerzen besitze. Insofern könne nicht gesagt werden, dass diese Störung schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sei, was ebenfalls dafür spreche, dass die gutachterliche Einschätzung

korrekt sei. Abschliessend sei festzuhalten, dass der Einschätzung der B.____-Gutachterpersonen zu folgen sei, d.h., das B.____-Gutachten sei auch im Lichte von BGE 141 V 281 (9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) als voll beweiskräftig zu betrachten. Es bestehe somit eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen, körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 119).

6.6 Am 11. Juli 2017 stimmte die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ einer polydisziplinären Abklärung der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie zu (IV-Nr. 194).

6.7 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ stellten die Ärzte am 6. November 2017 folgende polydisziplinäre Diagnosen (IV-Nr. 206.2, S. 55):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

Im Rahmen ihrer polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter im Wesentlichen Folgendes aus (IV-Nr. 206.2, S. 57 ff.): Beim aktuellen polydisziplinären medizinischen Gutachten handle es sich um ein Verlaufsgutachten. Gemäss Akten und eigenen Angaben seien im Februar 2013, ohne vorgängiges Trauma, akute lumbale Schmerzen aufgetreten. Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. R.____, Allgemeine Medizin FMH, [...], habe ein invalidisierendes linksbetontes Lumbovertebralsyndrom mit Ausstrahlungen in beide Oberschenkel diagnostiziert und ein MRI der LWS veranlasst. In der am 7. März 2013 durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS seien eine Wirbelsäulenfehlstatik (lumbale Streckhaltung, Skoliose), eine breitbasige mediane, nach caudal subluxierte Diskushernie L4/5 mit Tangierung der Nervenwurzeln L5 beidseits ohne Kompression sowie eine Chondrose L3/4 mit leichter Diskusprotrusion und begleitender Spondylarthrose ohne Neurokompression dokumentiert worden. Eine am 12. März 2013 durchgeführte CT-gesteuerte, epidurale Steroidinfiltration L4/5 habe gemäss Akten zu einer passageren Schmerzlinderung während fünf Tagen geführt. Im April 2013 sei die Versicherte in der Wirbelsäulensprechstunde des Rheumazentrums, Q.____, konsiliarisch beurteilt worden. Es sei ein chronisches lumbospondylogenes, rechtsbetontes Schmerzsyndrom bei muskulärer Insuffizienz, Chondrose L3/4 mit Diskusprotrusion, Osteochondrose L4/5 mit medianer Diskushernie, Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 beidseits sowie ausgeprägter Atrophie der interspinotransversalen lumbalen Muskulatur (MRI LWS 7.3.2013) diagnostiziert worden. Bei fehlenden Hinweisen auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankung und fehlenden radikulären Symptomen sei auf Zeichen einer zentralen Schmerzsensibilisierung hingewiesen worden. Bei Therapieresistenz auf die medikamentöse Analgesie und ambulante Physiotherapie habe die Versicherte vom 21. Mai bis 28. Juni 2013 an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm im Q.____ teilgenommen. Im April 2014 habe Dr. med. P.____, Oberarzt Rheumazentrum, Q.____, eine druckdolente Schwellung im Bereich des ulnaren Handgelenks links und des Os triquetrum links konstatiert und den Verdacht auf eine Verletzung des TFCC links geäussert. Bei radiologischem Nachweis einer kalkdichten Struktur palmar des Ulnocarpalgelenks links sei später die Verdachtsdiagnose einer Kristallarthropathie gestellt worden (Hydroxylapatit-Arthropathie). Am 25. Juli 2014 seien Steroide/Lokalanästhetika intraartikulär ins linke Handgelenk instilliert worden. Im Februar

2015 sei das linke Handgelenk wegen einer Rezidiv Arthritis/Periarthritis erneut sonographisch mit Steroiden/Lokalanästhetika infiltriert worden. Die Weichteilsonographie habe hyperechogene Verdichtungen im Discus triangularis und in den Extensorensehnen, vereinbar mit einer Kristallarthropathie, gezeigt. Wegen morbidier Adipositas sei 2005 ein Gastric Banding durchgeführt worden. 2011 sei das Magenband wegen eines Lecks ersetzt, am 14. August 2014 entfernt worden. Im gleichen Eingriff sei eine Magenbypass-Operation durchgeführt worden. Im polydisziplinären medizinischen Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 seien folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten worden: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, rechtskonvexer Lumbalskoliose, fehlender radikulärer Symptomatik und Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression (MRI 3/2013); chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei muskulären Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, fehlenden cervikoradikulären Symptomen und radiologisch Chondrose C5/6; Hypermobilitätssyndrom mit wechselnden Arthralgien, klinisch, labortechnisch und radiologisch ohne Hinweise für ein entzündliches rheumatisches Geschehen; Verdacht auf Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit mit Status nach akuter Arthritis/Periarthritis des linken Handgelenks (3/2014, 2/2015), aktuell klinisch und labortechnisch ohne Entzündungsaktivität und mit radiologisch echodichten Ablagerungen palmarseits des Ulnocarpalgelenks, am ehesten Hydroxylapatit-Kristallen entsprechend. Aus polydisziplinärer Sicht sei eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau sowie in körperlich mittelschweren oder schweren beruflichen Tätigkeiten attestiert worden. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten sei aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten bestätigt worden. Im August 2015 habe Dr. med. T.____, Oberarzt Rheumazentrum, Q.____, den Verdacht auf eine CCPD-Arthropathie geäußert. In den Verlaufsberichten vom 15. September 2016 und 6. Juni 2017 habe Dr. med. T.____ folgende Diagnosen gestellt: Fibromyalgie; rezidivierende depressive Episoden; chronisches Panvertebralsyndrom mit cervikocephaler Komponente, begünstigt durch die Fibromyalgie, bei muskulärer Insuffizienz und Hypermotilität (Beighton Score 9/9), Osteochondrose Modic Typ 1 L3/4, weniger ausgeprägt auch L4/5, wenig ausgeprägten multisegmentalen Facettengelenksarthrosen ohne Neurokompression und tendenzieller Streckhaltung der LWS (MRI 25.4.2015) mit aktuell lumbospondylogem Syndrom beidseits; Chondrokaezinose mit akuter Arthritis/Periarthritis des linken Handgelenks 7/2014 und akuter Rezidiv-Arthritis des linken Handgelenks 2/2015; Adipositas; Vitamin D3-Mangel mit peroraler Substitution ab 6/2013; rezidivierende Epicondylitis humeri medialis und lateralis. Es sei erneut auf eine ausgeprägte zentrale Sensibilisierung mit 4/5 positiven Waddell-Zeichen hingewiesen worden. Auf organischer Ebene habe bislang kein Befund objektiviert werden können, der eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die neurologischen Auffälligkeiten seien organisch nur schwerlich erklärbar, jedoch fachärztlich neurologisch zu beurteilen. Am 13. Oktober 2015 sei die Versicherte durch den behandelnden Hausarzt an die F.____ überwiesen worden. Anlässlich dieser Konsultation in der Notfall-/Krisenambulanz seien der Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie ein sexueller Missbrauch im Kindesalter und körperliche Misshandlungen in der Kindheit diagnostiziert und eine Psychopharmakotherapie mit Cymbalta eingeleitet worden. Vom 3. bis 28. Oktober 2016 sei die Versicherte in der F.____ stationär behandelt worden. Es seien eine rezidivierende depressive Störung, bei Eintritt

mittelgradige depressive Episode, und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert worden. Als weitere psychiatrische Diagnosen seien ein sexueller Missbrauch im Kindesalter und körperliche Misshandlungen in der Kindheit erwähnt worden. Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], der die Versicherte ab November 2016 behandelt habe, habe im Arztbericht vom 1. März 2017 eine rezidivierende depressive Störung und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe sie einen sexuellen Missbrauch sowie körperliche Misshandlungen in der Kindheit erwähnt. Ab 10. Februar 2017 sei die Versicherte 12 Stunden wöchentlich arbeitsfähig. Ihr Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht als besserungsfähig eingeschätzt worden. Es werde bei psychiatrisch fehlenden Einschränkungen ein volles Arbeitspensum angestrebt, in vorteilswise abwechslungsreichen Tätigkeiten ohne monotone Körperhaltungen in eng umschriebenen Arbeitsbereichen. Am 15. März 2017 habe die IV-Stelle Solothurn eine bidisziplinäre medizinische Verlaufsbeurteilung der Versicherten (Rheumatologie, Psychiatrie) veranlasst. Auf Antrag des Rechtsvertreters der Versicherten habe die IV-Stelle Solothurn einer polydisziplinären Verlaufsbeurteilung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie) zur Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkung auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit der Versicherten zugestimmt (IV-Nr. 206.2, S. 57 ff.).

Bei der aktuellen polydisziplinären medizinischen Verlaufsbeurteilung ■ so führten die H.____-Gutachter weiter aus ■ habe die Versicherte ihre Rückenbeschwerden als vordergründig bezeichnet. Seit 2013 bestünden chronisch persistierende, diffuse lumbale Dauerschmerzen. Bei subjektiver Kraftminderung im rechten Bein sei die Versicherte seit 2016 infolge eines plötzlichen Kraftverlusts im rechten Bein und bei Kribbelparästhesien, zunächst im rechten Bein und später in beiden Beinen, wiederholt gestürzt. Zudem träten rezidivierende Dysästhesien in beiden Armen auf. Ausserdem leide die Versicherte unter Handgelenkschmerzen linksbetont mit erschwertem Faustschluss und Steifigkeitsgefühl sowie intermittierenden Schwellungen. Die Schmerzmedikation umfasse Paracetamol/Opioide nach Bedarf sowie bei akuten Gelenkschmerzen Kortikoid-Stosstherapien (2016 ca. 4 x, 2017 bisher 2 x). Die weitere Medikation umfasse eine antidepressive Medikation (Duloxetin, Vortioxetin, Pregabalin) sowie Pantoprazol und Vitaminpräparate. Einmal wöchentlich führe die Versicherte eine Wassergymnastik durch. Ihren Hausarzt habe die Versicherte letztmals vor zwei bis drei Jahren konsultiert. Rheumatologische Verlaufskontrollen fänden zwei- bis dreimal jährlich statt. Psychiatrische Verlaufskontrollen würden in zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen durchgeführt. Aus allgemein-internistischer Sicht habe sich keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden. Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Zustand nach Magenband- und Magenbypass-Operationen (aktueller BMI 25,7 kg/m²) und ein Nikotinabusus (kumulativ 40 pack years) aufzuführen. Aus allgemein-internistischer Sicht seien ein Nikotinstopp sowie eine Modifikation des Lifestyles mit vermehrter sportlicher Aktivität und Kohlenhydrat-Kalorien-Reduktionskost empfohlen worden. Aus neurologischer Sicht seien rezidivierende, syndromal neurologisch nicht abschliessend einzuordnende Schwächeanfälle der Beine rechtsbetont ohne wegweisendes klinisch neurologisches oder bildgebendes Korrelat sowie ein Carpaltunnelsyndrom beidseits diagnostiziert worden. Klinisch neurologisch hätten weder die von der Versicherten geschilderten Sensibilitätsstörungen noch die rezidivierenden plötzlichen Kraftverluste in den Beinen

erklärt werden können. Die Symptomatik und der klinische Befund seien auch nicht mit anatomischen Strukturen, zum Beispiel einer Vorderhornsymptomatik oder einer Querschnittssymptomatik, vereinbar. Im ergänzend durchgeführten MRI der HWS und BWS ([...] 26.9.2017; vgl. IV-Nr. 206.3, S. 5) hätten sich keine Hinweise für eine Myelopathie, eine spinale Raumforderung oder eine Spinalkanalstenose gefunden. Ein leichtgradiges Carpaltunnelsyndrom sei gemäss polydisziplinärem Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 elektroneurographisch verifiziert worden. Aktuell fänden sich keine Sensibilitätsminderungen im Bereich der Hände sowie eine eutrophe Muskulatur der oberen Extremitäten und insbesondere der Hände beidseits. Zusammenfassend fänden sich aus neurologischer Sicht keine objektivierbaren Einschränkungen oder Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 206.2, S. 59 f.).

Bei der rheumatologischen Begutachtung ■ so die Gutachter weiter ■ hätten sich ein panvertebrales und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Tendenz zu einem diffusen, generalisierten Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlstatik (Skoliose, abgeflachte Lendenlordose), muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie degenerativen Veränderungen gezeigt. Auch bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung hätten sich inkonsistente klinische Befunde ergeben, die auf ein nicht organisches Krankheitsverhalten hinweisen würden. Die klinisch objektivierbaren pathologischen Befunde seien mit den Ergebnissen der vorgängig und aktuell durchgeführten bildgebenden Abklärungen nur kleinteils zu erklären. Die von der Versicherten geschilderten diffusen Druckdolenz axial sowie am ganzen Stamm und in allen Extremitäten hätten keinen artikulären oder myotendinotischen Strukturen zugeordnet werden können. Im peripheren Gelenkstatus habe die Versicherte linksbetonte Handgelenkschmerzen geschildert, bei leichter residueller Weichteilschwellung der Hand/des Handgelenks links ohne sicher abgrenzbare Synovitis, Tenosynovitiden oder Enthesitiden. Im Gegensatz zu dem in den Akten beschriebenen Hypermobilitätssyndrom (Beighton Score 9/9) habe sich aktuell ein Beighton Score von lediglich 2/9 gefunden. Laborchemisch habe sich keine Erhöhung der humoralen Entzündungsparameter (BSR 12 mm/h, CRP 3.3 mg/l) gezeigt. Die ergänzend bestimmten, immunologischen Parameter (Rheumafaktor, CCP-Antikörper) seien negativ gewesen. Die vorgängig beschriebene Verkalkung in Projektion auf den Discus triangularis links (Sonographie 2/2015) sei im konventionellen Röntgenbild der Hände beidseits vom

E. 4

Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das

gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Umstritten ist zunächst, nach welcher Methode der Invaliditätsgrad zu bestimmen ist. Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Mitarbeiterin (in der Pflege) mit einem Pensum von 63 % nachginge. Die verbleibenden 37 % entfielen in den Haushaltsbereich. In Anwendung der gemischten Methode ergebe sich folglich für die Zeit von Februar 2014 bis August 2015 ein Invaliditätsgrad von 33,7 %. Ab 1. September 2015 werde die Versicherte jedoch als Vollerwerbstätige bemessen, nachdem dies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 23. Juni 2016 entschieden habe (IV-Nr. 223, S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, sie sei (bereits) ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, mithin im Februar 2014, im hypothetischen Gesundheitsfall als Vollzeitbeschäftigte zu

qualifizieren (A.S. 30). 5.1 Zur Begründung ihres Einwands macht die Beschwerdeführerin geltend, nur eine ganz kurze Zeit ein Teilpensum von zirka 63 %, zuvor jedoch ein Arbeitspensum von 90 % ausgeübt zu haben, obwohl ihr Sohn damals weniger alt gewesen sei. Als «Aussagen der ersten Stunde» gelte es ausserdem zu beachten, dass sie bereits anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 16. Mai 2013 ausgesagt habe, sie würde wieder 80 – 100 % arbeiten; dies deshalb, weil viele Stellen im Pflegebereich häufig mit einem Pensum von 80 % ausgeschrieben seien. Der Vermerk im Protokoll, sie habe gesagt, sie würde ohne Gesundheitsschaden 80 % arbeiten, gebe ihre Aussage nicht richtig wieder. Es sei daher von einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit auszugehen und auf die Anwendung der gemischten Methode von Beginn an zu verzichten. Im Übrigen sei die Versicherte infolge der widersprechenden Aussagen zum Sachverhalt – nach der Praxis des Versicherungsgerichts – gerichtlich-protokollarisch zu befragen (A.S. 30 ff.). 5.2 In ihrer Eingabe vom 15. November 2018, worin die Beschwerdegegnerin auf eine Beschwerdeantwort verzichtet, verweist sie auf die Ausführungen u.a. in der angefochtenen Verfügung (A.S. 58); darin hat sie die in Erwägung 5 hiervoor angeführten Feststellungen gemacht (vgl. IV-Nr. 223, S. 4 f.).

E. 5

Die Beschwerdeführerin sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu befreien.

E. 5.2

S. 301). 8.5.2 Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen – wie hier – leichte, wechselbelastende Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (Schweiz. Lohnstrukturerhebung [LSE] 2016, neu Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen). 8.6 Im vorliegenden Fall haben die H.____-Ärzte im Gutachten vom 6. November 2017 festgehalten, dass – wie vorstehend erwähnt – einzig aufgrund der progredienten bzw. neu festgestellten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts aus rheumatologischer Sicht eine quantitative Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit auch in adaptierten Berufstätigkeiten bestehe. Diese Einschränkungen – soweit objektiviert bzw. plausibilisiert (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) – sind bereits im gutachtlich formulierten Arbeitsprofil und der zugestandenem Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis höchstens 30 % berücksichtigt (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.9 S. 191), weshalb kein Raum für einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der vorstehenden, höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht. Dasselbe gilt für die vorangehenden Perioden mit einer psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit. Rechtsprechungsgemäss rechtfertigen nämlich weder die mangelnde Flexibilität noch die erhöhte Pflicht zur Rücksichtnahme durch den Arbeitgeber einen «Leidensabzug» (Urteile 8C_144/2010 vom 4. August 2010 E. 5.3; 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2, in: SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87 [bzgl. der mangelnden Flexibilität und erhöhten Rücksichtnahmepflicht]). Dazu kommt, dass die der Beschwerdeführerin zuzumutenden, leichten, wechselbelastenden Arbeiten ein weites Einsatzspektrum zulassen. Im Übrigen ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch bei teilzeitlich tätigen Frauen unter dem Titel Beschäftigungsgrad kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen (Urteil 8C_503/2012 vom

3. August 2012 E. 7). Sodann ist statistisch nicht belegt, dass Erwerbstätige mit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkter Arbeitsfähigkeit überdurchschnittlich viele zusätzliche krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz aufweisen, und es deshalb zu Lohneinbussen käme, weshalb auch dies keinen Grund darstellt, ohne weiteres einen Abzug zu gewähren (vgl. zitiertes Urteil 8C_144/2010 E. 5.3). Nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich nicht abzugsrelevant ist – wie im vorliegende Fall – ein Alter von 51 Jahren (vgl. z.B. Urteile 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.3; 9C_699/2015 vom 22. September 2015 E. 4.2.3 mit Hinweisen), zumal dieses keine über die Leistungsminderung hinausgehende Verdiensteinbusse erwarten lässt; dass im konkreten Fall Umstände vorlägen, die einen durch das Alter oder ein erhöhtes Ausfallrisiko bedingten Abzug rechtfertigen könnten, wird nicht dargetan (vgl. z.G.: Urteil des Bundesgerichts 9C_629/2017 E. 2). Im Weiteren fallen die in einer neuen Tätigkeit fehlenden Dienstjahre ebenfalls nicht ins Gewicht: Im privaten Sektor nimmt auch die Bedeutung der Dienstjahre ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011, E. 6.6, mit Hinweisen, BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 79). Schliesslich bleibt festzustellen, dass die Beschwerdeführerin an der heutigen Verhandlung trotz Rückenbeschwerden einen überaus gewandten und agilen Eindruck vermittelt hat, was ihr eine günstige Ausgangslage verschafft und gegen die Annahme spricht, sie habe eine über die leistungsmässige Beeinträchtigung hinausgehende Lohneinbusse zu erwarten. Zum Einwand der Beschwerdeführerin bezüglich unbrauchbarer statistischer Lohnangaben ist im Übrigen festzuhalten, dass sich dieser bei der Begründung auf einen Hinweis in der Literatur (A.S. 33) erschöpft, dem die Rechtsprechung nicht gefolgt ist, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. Demnach hat es mit der Nichtvornahme eines Abzugs vom Tabellenlohn sein Bewenden. 8.7 Folglich hat die Beschwerdeführerin – gestützt auf die vorstehenden Berechnungen (vgl. E. II 8.1 f. hiervor) und in Beachtung von Art. 88a IVV – in der Zeit vom 1. Februar 2014 bis 31. August 2015 keinen Rentenanspruch, hingegen ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab 1. Mai 2017 auf eine halbe und ab 1. Dezember 2017 auf eine Viertelsrente der IV. 9. Zusammenfassend erweisen sich die angefochtenen Verfügungen als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 10. 10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 10.2 Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 29. November 2018 (A.S. 60) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). 10.3 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in seinen Kostennoten vom 10. Dezember 2018 (A.S. 64 f.) und 9. Dezember 2019 (A.S. 79 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 20,01 Stunden geltend gemacht; dazu kommen Auslagen von insgesamt CHF 204.10 (jeweils zzgl. MwSt). Allerdings enthält der angeführte Aufwand auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus, was auch für die beiden Fristerstreckungsgesuche gilt. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 2,76 Stunden. Folglich verbleibt ein Aufwand von 17,25 Stunden, der zum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen ist. Die geltend

gemachten Auslagen von insgesamt CHF 204.10 sind in Beachtung von § 179 Abs. 5 i.V.m. § 175 Abs. 3 GT – für Fotokopien werden unverändert 50 Rappen pro Stück vergütet, die Entschädigung pro km beträgt nach wie vor 70 Rappen – zu kürzen bzw. auf CHF 142.00 festzusetzen. Somit ist die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, auf CHF 3'497.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zum Stundenansatz von CHF 230.00) im Betrag von CHF 929.00 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

E. 5.3

5.3.1 Welche Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades (Art. 28a IVG) Anwendung findet, beantwortet sich aufgrund und nach Massgabe der Entscheidung über die Statusfrage in Art. 4 und 5 IVG. Dabei kommt grundsätzlich eine hypothetische Betrachtungsweise zum Zuge: Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2017 E. 4.1 vom 3. November 2017 m.H.a. BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 194 f., je mit Hinweisen). 5.3.2 Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E.

E. 5.4

5.4.1 Wie sich dem von der Beschwerdeführerin verfassten Lebenslauf (IV-Nr. 29, S. 1 f.) entnehmen lässt, absolvierte sie von 1983 bis 1986 eine Ausbildung als Pflegefachfrau AKP. In der Folge arbeitete sie zunächst auf diesem Beruf und anschliessend von 1988 bis 1992 in mehreren Anstellungen als Büroangestellte oder Sachbearbeiterin. Von 1993 bis 1997 folgten Tätigkeiten als Fahrerin bzw. Chauffeuse; daneben absolvierte die Beschwerdeführerin 1995/96 eine Ausbildung in einer Bürofachschule. Im Jahr 1997 kam der Sohn I.____ zur Welt und die Beschwerdeführerin war in der Folge als Familienfrau

sowie Tagesmutter von zwei Kindern tätig. Wegen privater Veränderungen (Ehescheidung) begann sie im Jahr 2005 wieder in ihrem erlernten Beruf als Pflegefachfrau zu arbeiten. Laut dem Lebenslauf und den eingereichten Arbeitszeugnissen arbeitete sie von August 2005 bis Februar 2010 mit einem Pensum von 80 % im Alters- und Pflegeheim J. ___ in [...], von März 2010 bis Januar 2011 mit einem Pensum von ebenfalls 80 % im Alters- und Pflegeheim K. ___ in [...] und ab Februar 2011 im Alters- und Pflegeheim L. ___ in [...].

5.4.2 Dem Lebenslauf lässt sich weiter entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre im Februar 2011 angetretene Anstellung im Alters- und Pflegeheim L. ___ auf Ende Oktober 2011 aufgab und anschliessend vorübergehend im Umfang eines Pensums von 30 – 50 % für eine private Spitex arbeitete. Am 1. März 2012 nahm sie schliesslich die Anstellung im M. ___ an, wobei sie zunächst im Umfang von 40 % im Nachtdienst (gemäss Arbeitszeugnis zirka sechs Nächte pro Monat) und ab 1. Juli 2012 zusätzlich mit einem Arbeitspensum von 20 % im Tagesdienst angestellt war (vgl. IV-Nr. 29, S. 3). Das Gesamtpensum wird in der von der Arbeitgeberin vorgenommenen Anmeldung zur Früherfassung vom 1. Mai 2013 auf 63 % beziffert (vgl. IV-Nr. 1). Auch im Protokoll zum Intake-Gespräch vom 16. Mai 2013 ist von einem Pensum von 63 % die Rede (IV-Nr. 9 S. 1). Im Arbeitgeberbericht vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 14) wird erklärt, das Pensum als Nachtwache habe zirka 40 %, dasjenige als Betreuerin Tagdienst zirka 20 % betragen; eine Nachtschicht dauere 9,5 Stunden, ein Tagdienst je nach Dienst 6 bis 8,5 Stunden. Ab 25. Februar 2013 war die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig.

5.4.3 Laut dem Protokoll des Früherfassungs-/Intake-Gesprächs vom 16. Mai 2013 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie ohne Gesundheitsschaden ein 80%-Arbeitspensum auszuüben würde. Sie habe geplant, ihr Pensum (von derzeit 63 %) zu erhöhen, weil ihr Sohn in der Zwischenzeit 15-jährig geworden sei. Sie habe ihr Pensum seit der Scheidung stetig gesteigert, weil ihr Sohn älter geworden sei. Zur Rubrik «Finanzielle Situation» lässt sich dem Protokoll Folgendes entnehmen: «Krankentaggeld, Lohnfortzahlung 80 %; Fr. 800.- Alimente für den Sohn; Sie hat Existenzängste, hat immer funktioniert, ist angewiesen auf ihr Einkommen». 5.4.4 Im Haushalt-Abklärungsbericht vom 17. März 2016 führt die Abklärungsfachfrau zur Frage, ob heute ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt würde, Folgendes aus: Bis im Oktober 2011 habe die Versicherte zwischen 80 und 90 % gearbeitet. Danach habe sie ihr Pensum auf 30 bis 50 % reduziert und schlussendlich aus persönlichen Gründen 63 % gearbeitet, was sie mit der hohen Betreuung des Sohns begründet habe; dies sei jedoch invaliditätsfremd. Zum Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens im Februar 2013 habe sie mit einem Pensum von 63 % gearbeitet; gemäss dem Lohnkonto ergebe dies hochgerechnet auf 12 Monate einen Lohn von CHF 64'009.00. Die Versicherte habe klar darüber Auskunft gegeben, dass sie heute, nachdem ihr Sohn nun eine Lehrstelle habe und im August zu arbeiten beginne, zu 100 % arbeiten würde. Sie sei finanziell darauf angewiesen. Ihr Sohn sei im September 2015 18 Jahre alt geworden. Für sie sei immer klar gewesen, dass sie, wenn er volljährig werde, wieder zu 100 % arbeiten würde. Da sie früher zwischen 80 und 90 % gearbeitet habe, sei dies nachvollziehbar. Über das RAV plus habe der Sohn eine Lehrstelle als Konstrukteur gefunden. Im August 2016 werde er eine vierjährige Lehre beginnen. Während der Abklärung sei er ebenfalls dabei gewesen und habe darüber Auskunft gegeben. Heute sei das Problem mit der Lehrstelle durch die Hilfe des RAV plus gelöst. Die Versicherte könnte ohne gesundheitliche Einschränkungen zu 100 % arbeiten. Es sei für sie, die Abklärungsperson, nachvollziehbar, dass die Versicherte seit September 2015 (Erreichen der Volljährigkeit des Sohnes) zu 100 % arbeiten würde, da die Betreuung des Sohns nicht mehr im Ausmass wie früher nötig sei. Für die Zeit bis

August 2015 sei dagegen vom zuletzt ausgeübten Pensum von 63 % auszugehen. Beim Valideneinkommen im 100%-Pensum könne nicht auf das Einkommen im M.____ abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort laut Auskunft der Personalverantwortlichen nicht mit einem 100%-Pensum hätte arbeiten können. Auch hätte sie nicht weiterhin in der Tages- und in der Nachtschicht arbeiten können, da dies eine Ausnahme gewesen sei. In der Tageschicht, wo sie mit einem höheren Pensum hätte arbeiten können, hätte sie weniger verdient, da die Nachtzulagen weggefallen wären. Ein 100%-Pensum hätte sie im M.____ nicht verwirklichen können. Es rechtfertige sich somit, dass das Valideneinkommen bei einem 100%-Pensum im Gesundheits- und Sozialwesen, laut Statistik des Bundesamts, Ziffer 86 – 88, geringer ausfalle, als wenn man das Einkommen auf ein 100%-Pensum aufrechnen würde, das sie im M.____ erzielt habe. Weil der Invaliditätsgrad von 40 % nicht erreicht werde, sei das Rentengesuch abzulehnen (IV-Nr. 141, S. 3, 9).

5.4.5 Die Abklärungsfachfrau nahm – wie erwähnt – auf eine Auskunft der Personalverantwortlichen der Arbeitgeberin M.____ Bezug. Diese Aussage ist in einem Protokolleintrag vom 23. März 2016 festgehalten. Danach erklärte die Personalverantwortliche, normalerweise gebe es eine Kombination von Nachteinsätzen mit zusätzlichem Tagdienst nicht; es habe sich um eine Ausnahme gehandelt. Weiter gab sie an, ein 100%-Pensum in der Betreuung sei bei dieser Arbeitgeberin nicht möglich, und wies darauf hin, dass die Nachtschicht-Arbeit besser bezahlt werde als die Tagschicht-Arbeit.

5.4.6 Die Anstellung der Beschwerdeführerin im M.____ begann – wie erwähnt – Anfang März 2012 mit einem (Nacht-)Pensum von zirka 40 % und wurde ab Anfang Juli um ein zusätzliches (Tages-)Pensum von zirka 20 % erhöht. Ab Februar 2013 war die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben; ihr letzter Arbeitstag war am 24. Februar 2013 (vgl. Arbeitgeberbericht, IV-Nr. 14). Das Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin gekündigt. Laut dem Arbeitszeugnis vom 31. August 2013 erfolgte die Kündigung «aus betriebsbedingten Gründen» (IV-Nr. 29, S. 4).

5.4.7 Anlässlich der heutigen Parteibefragung hat die Beschwerdeführerin u.a. Folgendes zu Protokoll gegeben (vgl. A.S. 81 ff.): Nach der Scheidung habe sie wieder angefangen, auf dem Beruf zu arbeiten. Sie habe in [...] (J.____) mit 20 % angefangen, weil I.____ noch klein bzw. zirka sieben Jahre alt gewesen sei. Sie habe (das Arbeitspensum) aufgestockt, je nachdem wie es mit I.____ gegangen sei. Sie habe als Alleinerziehende auch Geld verdienen müssen. Die Alimente seien da gewesen, aber allein davon habe sie nicht leben können. Je nach gesundheitlichem oder psychischem Zustand ihres Sohns habe sie das Arbeitspensum wieder erhöht. Dazwischen habe sie wegen ihm reduzieren müssen, z.B., als er das Untergymnasium habe wiederholen müssen. In der «L.____» habe sie gekündigt. Sie sei damals Stationschwester gewesen; da könne man nicht nur 50 oder 60 % arbeiten. Dort müsse man als Stationschwester zwischen 80 – 100 % arbeiten. Nachher sei sie in die Spitex N.____ arbeiten gegangen, zirka 30 – 50 %. Dann habe sie mehr Zeit für I.____ gehabt; dies sei aber eine relativ kurze Zeit gewesen, weil sie ja trotzdem Geld gebraucht habe. Nur mit der Spitex sei es zu wenig gewesen. Dann habe sie im M.____, vermutlich im 2011/12, eine Anstellung als Dauernachtwache erhalten. Diese Stelle habe sie interessiert, weil sie nachts habe arbeiten können; dies seien rund zehn Stunden gewesen. Während des Tages sei sie dann zuhause und bei Bedarf für I.____ da gewesen; dies habe sich geändert, als sie im M.____ intern jemanden für den Tagdienst gesucht hätten. Sie habe dann angefragt, ob sie im Tagdienst arbeiten könne, weil sich die Situation mit ihrem Sohn wieder normalisiert habe. Sie habe die Möglichkeit gesehen, das Pensum wieder zu erhöhen. Sie sei dann zu Frau O.____, Personalwesen, gegangen mit der Frage, ob sie mit 20 % beginnen könne, d.h. einen Tag, und ob sie dieses Pensum aufstocken könne.

Frau O.____ habe ihr dann zugesagt. Sie habe begonnen, während des Tages zu arbeiten. Frau O.____ habe ihr gesagt, sie könne aufstocken, je nachdem wie es ihr bezüglich dem Sohn diene. Leider habe sie dann im Februar 2013 Rückenprobleme bekommen. Ihr Ziel sei es gewesen, auf 100 % zu erhöhen, was sie Frau O.____ gesagt habe. Sie habe ein 100%-Pensum erreichen wollen, weil I.____ älter geworden sei. Im M.____ habe es Frauen gegeben, die mit Pensen zwischen 20 und 40 % gearbeitet hätten. Gut ein Drittel der Belegschaft habe zwischen 80 und 100 % gearbeitet. Was ihre Aussage anlässlich des Intake-Gesprächs vom 16. Mai 2013 bezüglich «Pensum ohne Gesundheitsschaden» (IV-Nr. 9, S. 1) anbelangt, sei sie sicher, «80 – 100 %» gesagt zu haben. Warum solle sie nur 60 – 80 % arbeiten, wenn sie keinen Partner habe und ihr Sohn erwachsen sei. So könnte sie sich ein anständiges Leben leisten. Ihr Ziel sei es immer gewesen, ein Minimum von 80 %, am liebsten aber 100 % zu erreichen. Spätestens wenn ihr Sohn 18 Jahre alt geworden sei, wäre sie wieder zu 100 % arbeiten gegangen. So habe sie es mit Frau O.____ abgemacht, als I.____ 15/16-jährig gewesen sei. Wegen den Rückenproblemen sei es leider nicht so weit gekommen. Es sei im 2013/14, vor Eintreten der Rückenprobleme, gewesen, als sie zu Frau O.____ gegangen sei, um dies abzusprechen. Es wäre vorgesehen gewesen, im 2013 aufzustocken. Was mit den im Arbeitszeugnis erwähnten «betriebsbedingten Gründen», die zur Kündigung geführt hätten, gemeint sein, könne sie nicht sagen. Es habe mehrere seltsame Kündigungen gegeben (A.S. 81 ff.).

5.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin aus privaten Gründen (Ehescheidung) im Jahr 2005 wieder in ihren gelernten Beruf als Pflegefachfrau einstieg. Gestützt auf die Arbeitszeugnisse ist – trotz der teilweise abweichenden Aussagen im Rahmen der Parteibefragung – davon auszugehen, dass das Pensum im J.____ (August 2005 bis Februar 2010) und im Alters- und Pflegeheim K.____ (März 2010 bis Januar 2011) je zirka 80 % betrug, dasjenige im Alters- und Pflegeheim L.____ in [...] (Februar 2011 bis Oktober 2011) zirka 90 %. Anschliessend kam es zu einer deutlichen Reduktion des Pensums. Der Grund für diese Reduktion waren Schwierigkeiten mit dem 1997 geborenen Sohn I.____. Die Beschwerdeführerin war deshalb ab November 2011 nur mit einem geringen Pensum tätig. Im März 2012 nahm sie die Tätigkeit im Alters- und Pflegeheim L.____ zunächst im Rahmen von sechs Nachtschichten pro Monat auf, was einem Pensum von rund 40 % entspricht, und übernahm ab Juli 2012 zusätzlich ein Pensum von rund 20 % im Tagdienst. Unbestritten ist, dass sie ab September 2015, als der Sohn 18-jährig wurde, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Was die mutmassliche Entwicklung im Gesundheitsfall zwischen Februar 2013 und September 2015 anbelangt, hat die Beschwerdeführerin in der Parteibefragung geltend gemacht, sie habe mit der Personalverantwortlichen abgesprochen gehabt, dass sie ihr Pensum weiter erhöhen könne, wenn es die Situation mit dem Sohn zulasse. Weiter hat sie bestätigt, dass eine Pensenerhöhung nur im Tagdienst möglich gewesen wäre, was zum Wegfall der mit der Nachtarbeit verbundenen Zuschläge geführt hätte. Die Aussage, man habe ihr eine Pensenerhöhung auf bis zu 100 % zugesagt, vermag allerdings nicht zu überzeugen, hat doch die Personalverantwortliche gegenüber der Beschwerdegegnerin erklärt, in der Betreuung bestehe keine Möglichkeit, mit einem Pensum von 100 % zu arbeiten. Es kann als gerichtsnotorisch gelten, dass in vielen derartigen Heimen ein Vollzeitpensum im Pflegebereich ausgeschlossen ist, was die Aussage der Personalverantwortlichen als plausibel erscheinen lässt. Mit Blick auf das hohe Pensum, das die Beschwerdeführerin in den Jahren ab 2005 als alleinerziehende Mutter mit einem noch relativ kleinen Kind (der Sohn ist 1997 geboren) ausübte, und auch angesichts des geradezu dynamischen Eindrucks, den die Beschwerdeführerin an der Parteibefragung trotz ihrer

gesundheitlichen Beeinträchtigung hinterlassen hat, kann jedoch als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass sie eine Erhöhung auf 100 % angestrebt hätte, sobald sich dies mit der privaten Situation vereinbaren liesse. Wie sich diese im kritischen Zeitraum entwickelte, hat auch an der Parteibefragung nicht restlos geklärt werden können. Die Beschwerdeführerin hat aber glaubhaft ausgesagt, die Verfassung des Sohnes habe sich nach nicht allzu langer Zeit wieder stabilisiert. Auch wenn eine gewisse Unsicherheit bestehen bleibt, zumal der Sohn die Lehre erst im Jahr 2016 antreten konnte, kann davon ausgegangen werden, dass spätestens Ende 2013, nach mehr als zwei Jahren und nach Vollendung des 16. Altersjahres des Sohnes, eine Stabilisierung eingetreten war, die der Beschwerdeführer die Aufnahme einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit ermöglicht hätte. Sie wäre demnach im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns Anfang Februar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vollzeitlich als Pflegefachfrau im Tagdienst erwerbstätig gewesen. Angesichts der klaren Aussagen der Personalverantwortlichen (vgl. E. II. 5.4.5 hiervor) erscheint es ebenfalls als überwiegend wahrscheinlich, dass sie diese Tätigkeit nicht im M.____ ausgeübt hätte. Hierfür spricht auch die bereits erwähnte, im Arbeitszeugnis enthaltene Bezugnahme auf «betriebsbedingte Gründe». 5.6 Nach dem Gesagten erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ungefähr Ende 2013 die Stelle gewechselt hätte und im Februar 2014 bei einer anderen Arbeitgeberin mit einem Pensum von 100 % als Pflegefachfrau im Tagdienst tätig gewesen wäre. 6. Zu prüfen ist weiter, wie es sich mit der Forderung der Beschwerdeführerin verhält, bei der Invaliditätsbemessung sei ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit von Februar 2013 eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von mindestens 20 bis 30 % zugrunde zu legen. So könne das B.____-Gutachten nicht als beweiswertig eingestuft werden, nachdem sich durch die Expertise der Gutachterstelle H.____ herausgestellt habe, dass wesentliche Gesichtspunkte des Gesundheitsschadens bei der Gutachterstelle B.____ unberücksichtigt geblieben seien. Die Gutachter der H.____ hätten insbesondere eine somatisch bedingte, erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % bereits zu Beginn der Krankschreibung postuliert. Auch die RAD-Ärztin habe darauf hingewiesen, dass die Befundsituation einen erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auch in einer angepassten Tätigkeit mit sich bringe, was mit 20 % quantifiziert werden könne. Die Beschwerdegegnerin habe diese Divergenz nie einer Klärung zugeführt (A.S. 32). Dazu hat sich die Beschwerdegegnerin nicht vernehmen lassen (A.S. 58). Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 6.1 Am 19. April 2013 berichtete Dr. med. P.____, Stv. Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum am Q.____, Dr. med. R.____ über die Beschwerdeführerin, die er am 9. April 2013 im Rahmen der Wirbelsäulensprechstunde ambulant behandelt habe. Aus rheumatologischer Sicht sei sie für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem vollen zeitlichen Pensum arbeitsfähig. Hingegen seien ihr die schweren Hebe- und Tragebelastungen im Pflegeberuf aktuell nicht zuzumuten, Arbeitsunfähigkeit 100 % (...) (IV-Nr. 58, S. 7 ff.). Im Bericht 29. Juli 2013 attestierte Dr. med. P.____ der Beschwerdeführerin unverändert bis Ende August 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Pflegeberuf. Bis Ende Juli 2013 habe eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem reduzierten Teilzeitpensum von 50 % noch nicht erreicht werden können, was allerdings Ziel der Rehabilitationsbemühungen bleibe (IV-Nr. 23, S. 3). Am 10. September 2013 bescheinigte Dr. med. S.____, Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum am Q.____, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Oktober 2013 und bezeichnete ein anschliessendes reduziertes

Teilzeitpensum von 50 % als realistisch (IV-Nr. 26, S. 2). Dr. med. P.____ erachtete die Beschwerdeführerin am 3. März 2014 aus rein rheumatologischer Sicht für leichte, allenfalls mittelschwere, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem Teilzeitpensum von 50 % arbeitsfähig (IV-Nr. 43, S. 3; s.a. Bericht vom 18. März 2014, IV-Nr. 54.3, S. 3). Die gleiche Beurteilung traf er in seinem Bericht vom 18. August 2014 an die Beschwerdegegnerin sowie in jenen vom 20. November 2014 und 23. Februar 2015 an Dr. med. R.____ (IV-Nr. 58, S. 6; 68, S. 3; 79, S. 3).

6.2 Für die RAD-Ärztin war es am 15. Oktober 2014 medizinisch nicht nachvollziehbar, dass bei der beschriebenen Schmerzsymptomatik, die von den Therapeuten im Wesentlichen durch das Vorliegen einer muskulären Insuffizienz und Hypermobilität begründet werde, auch nach monatelanger intensiver muskulärer Aufbau-therapie weiterhin nur eine 50%-Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit bestehen solle. Aus medizinisch-theoretischer Sicht müsste in dieser Situation eine 80 – 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselnden Tätigkeit erwartet werden können. Ungeklärt sei mit den vorliegenden Befunden auch die Rolle der möglichen reaktiven depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit der Stagnation bei der beruflichen Wiedereingliederung. Medizinisch nachvollziehbar sei die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit in der Pflege, die als schwer einzustufen sei und der Versicherten wegen der ergonomisch ungünstigen Belastungssituation nicht mehr zugemutet werden könne. Jedoch sei zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich. Die Begutachtung sollte in den Fachgebieten Rheumatologie (chronisches Schmerzsyndrom), Neurologie (Schmerzsyndrom), Psychiatrie (psychische Komorbidität, Überwindbarkeit der Schmerzen aus psychischer Sicht) und Chirurgie (St.n. Magenoperationen) erfolgen. Vorgängig sollte noch ein Operationsbericht und ggf. postoperative Sprechstundenberichte des Chirurgen eingeholt werden (IV-Nr. 64, S. 3 f.).

6.3 Die Ärzte der Begutachtungsstelle B.____ gelangten am 1. Juni 2015 in dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 97, S. 24):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskulo-ligamentären Überlastungsreaktionen - rechtskonvexe Lumbalskoliose mit Scheitel bei L3/4 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression (MRI 3/2013)
2. chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch Chondrose C5/6
3. Hypermobilitätssyndrom (ICD-10 M35.7) - wechselnde Polyarthralgien - klinisch, labortechnisch und radiologisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen
4. Verdacht auf Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit (ICD-10 M11.09) - Status nach akuter Arthritis und Periarthritis linkes Handgelenk 3/2014 und 2/2015 - aktuell klinisch und labortechnisch keine Entzündungsaktivität - radiologisch echodichte Ablagerung palmarseits des Ulnokarpalgelenks, am ehesten Hydroxylapatit-Kristallen entsprechend

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
2. Status nach bariatrischen Eingriffen wegen morbidem Übergewicht (ICD-10 E66.02) - 2005 Magenband - 2011 Revision wegen Lecks, Ersatz des Magenbands - 14.8.2014 Revisionsoperation wegen Beschwerden und sekundärer Gewichtszunahme (Magenbandentfernung, Magenbypass) mit bis anhin stabilem Verlust des Exzessgewichts - aktuell normalgewicht mit BMI von 22 kg/m²
3. chronischer Nikotinabusus, ca. 50 py

(ICD-10 F17.1) 4. Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-70 G56.0) Ferner führten die Ärzte in ihrem Gutachten zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in andern Tätigkeiten sowie zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus, dass die Explorandin ursprünglich eine Ausbildung als Pflegefachfrau absolviert habe und zuletzt bis 2013 auf dem erlernten Beruf arbeitstätig gewesen sei. Die körperlich intermittierend, mindestens mittelschwere Tätigkeit als Pflegefachfrau könne als angestammte Tätigkeit angesehen werden. Aus rheumatologischer Sicht beeinflussten das chronische lumbospondylogene und zervikospondylogene Schmerzsyndrom, das Hypermobilitätssyndrom und (die) anzunehmende Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. Körperlich mittelschwere oder schwere Tätigkeiten wie auch die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau seien der Explorandin nicht mehr zuzumuten. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, bestehe hingegen aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer, viszeralchirurgischer und allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Der Explorandin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachgehen zu können. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen sie, die B.____-Ärzte, davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau mindestens seit März 2013 angenommen werden könne. Es sei nur schwierig möglich, aufgrund der vorliegenden Unterlagen die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zu einem früheren Zeitpunkt retrospektiv gesehen mit Sicherheit beurteilen zu können. Somit gelte die vorstehende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch die B.____-Gutachter im März 2015. Aus gutachterlicher Sicht ergäben sich allerdings keine Hinweise für eine länger andauernde, wesentliche Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten in der Vergangenheit (IV-Nr. 97, S. 25 f.). Zu medizinischen und beruflichen Massnahmen führten die B.____I-Gutachter Folgendes aus: Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Aus rheumatologischer Sicht empfehlenswert sei die Fortführung des regelmässigen Trainingsprogramms zur Kräftigung der rumpf- und gelenkstabilisierenden Muskulatur sowie zur Dehnung und Detonisierung der verkürzten Muskelgruppen. Bei einem akuten Anfall im Rahmen der Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit sei die Gabe von NSAR oder Steroiden sinnvoll. Aus neurologischer Sicht sei die Targin-Medikation eher ungünstig. Ein Wechsel auf ein schmerzdistanzierendes resp. modulierendes Präparat sei zu bevorzugen. Bezüglich des Karpaltunnelsyndroms seien aktuell keine Massnahmen notwendig. Bei vermehrten Beschwerden seien redressierende Handgelenksschienen zu tragen. Aus allgemeininternistischer Sicht sollte zur Verbesserung des Gesundheitszustands in erster Linie ein konsequenter Nikotinstopp angestrebt werden. Aus psychiatrischer Sicht könnte

eventuell die regelmässige Einnahme eines Antidepressivums, das auch eine Indikation bei Schmerzen besitze, hilfreich sein. Andere psychiatrische Massnahmen seien nicht angezeigt. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden. Zusammenfassend stellten die B.____-Ärzte fest, dass bei der Explorandin aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden könne. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden (IV-Nr. 97, S. 26).

6.4 In ihrer Stellungnahme vom 8. September 2015 zum Bericht der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ – nach Abhandlung der Indikatoren im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens – fest, dass für die Einschätzung der medizinischen Situation auf das Gutachten abgestellt werden könne. So wäre von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (Präsenzzeit) mit einer letztlich mindestens 80%igen Leistungsfähigkeit (Leistungsabzug wegen des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs). Nach dem Verfassen des Gutachtens sei es erneut zu einer vom 24. bis 30. April 2015 dauernden Hospitalisation wegen Schmerzexazerbation gekommen. Im Bericht vom 11. Juni 2015 (vgl. IV-Nr. 99) werde ein unveränderter klinischer Befund beschrieben (die Schmerzverstärkung sei nicht mit klinischen Befunden erklärbar – weiterhin die bekannte muskuläre Insuffizienz, kein sensomotorisches Ausfallssyndrom). Im weiteren Verlauf im MRI der Lendenwirbelsäule vom 25. April 2015 unverändert Nachweis der bekannten degenerativen Veränderungen ohne Neurokompression. Dem Sprechstundenbericht vom 28. Juli 2015 (Dr. med. T.____) seien wiederum keine neuen medizinisch diagnostischen Erkenntnisse zu entnehmen. Es liege keine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, ausser die von der Versicherten subjektiv angegebenen möglichen 30 %. Der Indikator «Eingliederungserfolg/Resistenz» werde im Gutachten nicht abgehandelt, d.h., die Diskrepanzen zwischen den nicht objektivierbaren Schmerzen und der subjektiven Überzeugung der Arbeitsunfähigkeit sowie der maximal möglichen Steigerung des Pensums auf 50 % würden nicht diskutiert. So könne aus medizinischer Sicht grundsätzlich auf das Gutachten abgestellt werden. Für die Prüfung der weiteren Indikatoren sei jedoch die Vorlage beim Rechtsdienst erforderlich. Schliesslich attestierte die RAD-Ärztin der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau. In einer angepassten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 111, S. 2 ff.).

6.5 Am 14. Oktober 2015 äusserte sich der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin zum Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 1. Juni 2015 wie folgt (IV-Nr. 119): Es gelte zunächst festzuhalten, dass die Gutachterstelle B.____ im Gutachten vom 1. Juni 2015 zum Schluss gekommen sei, es könne eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen, körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es bestehe in Übereinstimmung mit dem RAD die Auffassung, dass auf das B.____-Gutachten abgestellt werden könne. Die Ansicht aber, dass in einer angepassten Tätigkeit – wie in der RAD-Stellungnahme vom 8. September 2015 festgehalten – eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Leistungsabzug wegen des erhöhten

Pausen- und Erholungsbedarfs) bestehen solle, werde nicht geteilt, da kein Grund ersichtlich sei, weshalb von der gutachterlichen Einschätzung abgewichen werden solle. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten sei somit als uneingeschränkt zu betrachten. Was den Indikator «Eingliederungserfolg oder-resistenz» angehe, sei darauf hinzuweisen, dass nicht von einer trotz optimaler Kooperation misslungenen Eingliederung die Rede sein könne. So werde im Bericht der [...] GmbH vom 22. Juli 2015 klar festgehalten, dass die körperliche Tätigkeit im Betrieb als mittelschwer (Privatkundenbereich) bis sehr schwer (Geschäftskundenbereich) zu qualifizieren und die versicherte Person im Rahmen des Arbeitsversuchs in beiden Bereichen eingesetzt worden sei; dass sich dabei herauskristallisiert habe, dass in diesem Betrieb ein Pensum von mehr als 30 % nicht realistisch sei, spreche damit nicht gegen die medizinische Einschätzung der Gutachterpersonen, die körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtet hätten, sondern bestätige diese vielmehr. Im Übrigen sei den Gutachterpersonen der Schlussbericht über die beruflichen Massnahmen der [...] GmbH vom 29. Januar 2015 nachweislich bekannt gewesen. Die anlässlich der Begutachtung durch die versicherte Person angegebene Arbeitsplatzbeschreibung entspreche aber offensichtlich nicht dem zumutbaren Leistungsprofil. Wäre den Gutachterpersonen der Bericht der [...] vom 22. Juli 2015 bekannt gewesen, sei davon auszugehen, dass sie zur gleichen Einschätzung gelangt wären wie der Unterzeichnende. Der Beweiswert des Gutachtens werde dadurch nicht geschmälert. Bezüglich des Indikators «Behandlungserfolg oder -resistenz» sei zu bemerken, dass die therapeutischen Möglichkeiten gemäss Aktenlage nicht ausgeschöpft seien. Die versicherte Person erhalte ein Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI verordnet, welches aber keine Indikation bei Schmerzen besitze. Insofern könne nicht gesagt werden, dass diese Störung schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sei, was ebenfalls dafür spreche, dass die gutachterliche Einschätzung korrekt sei. Abschliessend sei festzuhalten, dass der Einschätzung der B.____-Gutachterpersonen zu folgen sei, d.h., das B.____-Gutachten sei auch im Lichte von BGE 141 V 281 (9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) als voll beweiskräftig zu betrachten. Es bestehe somit eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau und in jeder anderen, körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 119). 6.6 Am 11. Juli 2017 stimmte die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ einer polydisziplinären Abklärung der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie zu (IV-Nr. 194). 6.7 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ stellten die Ärzte am 6. November 2017 folgende polydisziplinäre Diagnosen (IV-Nr. 206.2, S. 55): Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - chronifiziertes panvertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ES 2013) mit Tendenz zu diffusem, generalisiertem Schmerzsyndrom - CT-gesteuerte epidurale Steroidinfiltration L4/5 3/2013 - Chondrosen C2 bis C6, leichtes Diskusbulging C4/5 und C5/6 mit initialer Unkovertebralspondylose und beginnender posterolateraler Spondylose, mehrsegmentale cervicothorakale Spondylarthrose (MRI HWS/BWS 26.9.2017) - Osteochondrose Modic Typ I L3/4, Chondrose L4/5, wenig ausgeprägte multisegmentale Spondylarthrosen, keine Neurokompression (MRI LWS 25.4.2015) - mehrsegmentale lumbale Osteochondrose (P.m. L3/4) mit begleitenden moderaten Spondylarthrosen (Rx 11.9.2017) - degenerative Veränderungen der Sacroiliacalgelenke bds. - Skoliose, abgeflachte Lendenlordose - muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung -

Kristallarthropathie DD. CPPD-Arthropathie, Hydroxylapatit-Arthropathie - RF und CCP-AK negativ - akute Arthritis/Periarthritis Handgelenk links bei kalkdichter Ablagerung im palmaren Ulnokarpalgelenk 7/2014 - Infiltration mit Steroiden/LA 25.7.2014 - intermittierende systemische Corticosteroidtherapie (Prednison max. 40mg/d) mit gutem Ansprechen - akute Rezidivarthritis Handgelenk links 2/2015 - hyperechogene Verdichtungen im Discus articularis, leichte Synovitis des ulnaren Handgelenks links sowie Tendovaginitis der benachbarten Extensorensehnen, vereinbar mit Kristall-Arthropathie (Sonografie 27.2.2015) - sonographisch gesteuerte Infiltration von Steroiden/LA 2/2017 - aktuell Arthralgien und residuelle leichte Weichteilschwellung Hand/Handgelenk links - keine humorale Entzündungsaktivität (BSR 12mm/h, CRP 3,3mg/l) Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - Hallux valgus (25 Grad links/20 Grad rechts), Os tibiale externum beidseits, kleines Os peroneum links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - sexueller Missbrauch im Kindesalter (ICD-10 Z61.4) - körperliche Misshandlung in der Kindheit (ICD-10 Z61.9) - rezidivierende, syndromal neurologisch nicht abschliessend einzuordnende Schwächeanfälle der Beine rechtsbetont, ohne hierfür wegweisendes klinisch-neurologisches oder bildgebendes Korrelat - kein Hinweis für Radikulopathie - bildgebend kein Korrelat (MRI LWS vom 7.3.2013 sowie MRI HWS/BWS vom 26.9.2017) - Karpaltunnelsyndrom beidseits - anamnestisch diesbezüglich aktuell beschwerdefrei, elektroneurographisch gemäss B.____ 1.6.2015 beidseits äusserst leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom - Status nach Magenband- und Magenbypass-Operationen (Magenbanding 2005, Bandwechsel 2011, Entfernung des Magenbandes und Magenbypass-Operation 14.8.2014), aktueller BMI 25.7 kg/m² - Nikotinüberkonsum (kumulativ 40 pack years) - Vitamin D3-Mangel - peroral substituiert seit 6/2013 (2/2012: 25-OH-Vit. D 39 nmol/l) - St. n. Inguinalherniotomie rechts und Appendektomie (vor Jahren) - St. n. Sectio caesarea (1997) Im Rahmen ihrer polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter im Wesentlichen Folgendes aus (IV-Nr. 206.2, S. 57 ff.): Beim aktuellen polydisziplinären medizinischen Gutachten handle es sich um ein Verlaufsgutachten. Gemäss Akten und eigenen Angaben seien im Februar 2013, ohne vorgängiges Trauma, akute lumbale Schmerzen aufgetreten. Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. R.____, Allgemeine Medizin FMH, [...], habe ein invalidisierendes linksbetontes Lumbovertebralsyndrom mit Ausstrahlungen in beide Oberschenkel diagnostiziert und ein MRI der LWS veranlasst. In der am 7. März 2013 durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS seien eine Wirbelsäulenfehlstatik (lumbale Streckhaltung, Skoliose), eine breitbasige mediane, nach caudal subluxierte Diskushernie L4/5 mit Tangierung der Nervenwurzeln L5 beidseits ohne Kompression sowie eine Chondrose L3/4 mit leichter Diskusprotrusion und begleitender Spondylarthrose ohne Neurokompression dokumentiert worden. Eine am 12. März 2013 durchgeführte CT-gesteuerte, epidurale Steroidinfiltration L4/5 habe gemäss Akten zu einer passageren Schmerzlinderung während fünf Tagen geführt. Im April 2013 sei die Versicherte in der Wirbelsäulensprechstunde des Rheumazentrums, Q.____, konsiliarisch beurteilt worden. Es sei ein chronisches lumbospondylogenes, rechtsbetontes Schmerzsyndrom bei muskulärer Insuffizienz, Chondrose L3/4 mit Diskusprotrusion, Osteochondrose L4/5 mit medianer Diskushernie, Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 beidseits sowie ausgeprägter Atrophie der interspinotransversalen lumbalen Muskulatur (MRI LWS 7.3.2013) diagnostiziert worden. Bei fehlenden Hinweisen auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankung und fehlenden radikulären

Symptomen sei auf Zeichen einer zentralen Schmerzsensibilisierung hingewiesen worden. Bei Therapieresistenz auf die medikamentöse Analgesie und ambulante Physiotherapie habe die Versicherte vom 21. Mai bis 28. Juni 2013 an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm im Q.____ teilgenommen. Im April 2014 habe Dr. med. P.____, Oberarzt Rheumazentrum, Q.____, eine druckdolente Schwellung im Bereich des ulnaren Handgelenks links und des Os triquetrum links konstatiert und den Verdacht auf eine Verletzung des TFCC links geäußert. Bei radiologischem Nachweis einer kalkdichten Struktur palmar des Ulnocarpalgelenks links sei später die Verdachtsdiagnose einer Kristallarthropathie gestellt worden (Hydroxylapatit-Arthropathie). Am 25. Juli 2014 seien Steroide/Lokalanästhetika intraartikulär ins linke Handgelenk instilliert worden. Im Februar 2015 sei das linke Handgelenk wegen einer Rezidiv Arthritis/Periarthritis erneut sonographisch mit Steroiden/Lokalanästhetika infiltriert worden. Die Weichteilsonographie habe hyperechogene Verdichtungen im Discus triangularis und in den Extensorensehnen, vereinbar mit einer Kristallarthropathie, gezeigt. Wegen morbiditer Adipositas sei 2005 ein Gastric Banding durchgeführt worden. 2011 sei das Magenband wegen eines Lecks ersetzt, am 14. August 2014 entfernt worden. Im gleichen Eingriff sei eine Magenbypass-Operation durchgeführt worden. Im polydisziplinären medizinischen Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 seien folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten worden: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, rechtskonvexer Lumbalskoliose, fehlender radikulärer Symptomatik und Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression (MRI 3/2013); chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei muskulären Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, fehlenden cervikoradikulären Symptomen und radiologisch Chondrose C5/6; Hypermobilitätssyndrom mit wechselnden Arthralgien, klinisch, labor technisch und radiologisch ohne Hinweise für ein entzündliches rheumatisches Geschehen; Verdacht auf Hydroxylapatit-Ablagerungskrankheit mit Status nach akuter Arthritis/Periarthritis des linken Handgelenks (3/2014, 2/2015), aktuell klinisch und labor technisch ohne Entzündungsaktivität und mit radiologisch echodichten Ablagerungen palmarseits des Ulnocarpalgelenks, am ehesten Hydroxylapatit-Kristallen entsprechend. Aus polydisziplinärer Sicht sei eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau sowie in körperlich mittelschweren oder schweren beruflichen Tätigkeiten attestiert worden. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten sei aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten bestätigt worden. Im August 2015 habe Dr. med. T.____, Oberarzt Rheumazentrum, Q.____, den Verdacht auf eine CCPD-Arthropathie geäußert. In den Verlaufsberichten vom 15. September 2016 und 6. Juni 2017 habe Dr. med. T.____ folgende Diagnosen gestellt: Fibromyalgie; rezidivierende depressive Episoden; chronisches Panvertebralsyndrom mit cervikocephaler Komponente, begünstigt durch die Fibromyalgie, bei muskulärer Insuffizienz und Hypermotilität (Beighton Score 9/9), Osteochondrose Modic Typ 1 L3/4, weniger ausgeprägt auch L4/5, wenig ausgeprägten multisegmentalen Facettengelenksarthrosen ohne Neurokompression und tendenzieller Streckhaltung der LWS (MRI 25.4.2015) mit aktuell lumbospondylogem Syndrom beidseits; Chondrokaezinose mit akuter Arthritis/Periarthritis des linken Handgelenks 7/2014 und akuter Rezidiv-Arthritis des linken Handgelenks 2/2015; Adipositas; Vitamin D3-Mangel mit peroraler Substitution ab 6/2013; rezidivierende Epicondylitis humeri medialis und lateralis. Es sei erneut auf eine ausgeprägte zentrale Sensibilisierung mit 4/5 positiven

Waddell-Zeichen hingewiesen worden. Auf organischer Ebene habe bislang kein Befund objektiviert werden können, der eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die neurologischen Auffälligkeiten seien organisch nur schwerlich erklärbar, jedoch fachärztlich neurologisch zu beurteilen. Am 13. Oktober 2015 sei die Versicherte durch den behandelnden Hausarzt an die F.____ überwiesen worden. Anlässlich dieser Konsultation in der Notfall-/Krisenambulanz seien der Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie ein sexueller Missbrauch im Kindesalter und körperliche Misshandlungen in der Kindheit diagnostiziert und eine Psychopharmakotherapie mit Cymbalta eingeleitet worden. Vom 3. bis 28. Oktober 2016 sei die Versicherte in der F.____ stationär behandelt worden. Es seien eine rezidivierende depressive Störung, bei Eintritt mittelgradige depressive Episode, und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert worden. Als weitere psychiatrische Diagnosen seien ein sexueller Missbrauch im Kindesalter und körperliche Misshandlungen in der Kindheit erwähnt worden. Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], der die Versicherte ab November 2016 behandelt habe, habe im Arztbericht vom 1. März 2017 eine rezidivierende depressive Störung und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe sie einen sexuellen Missbrauch sowie körperliche Misshandlungen in der Kindheit erwähnt. Ab 10. Februar 2017 sei die Versicherte 12 Stunden wöchentlich arbeitsfähig. Ihr Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht als besserungsfähig eingeschätzt worden. Es werde bei psychiatrisch fehlenden Einschränkungen ein volles Arbeitspensum angestrebt, in vorteilsweise abwechslungsreichen Tätigkeiten ohne monotone Körperhaltungen in eng umschriebenen Arbeitsbereichen. Am 15. März 2017 habe die IV-Stelle Solothurn eine bidisziplinäre medizinische Verlaufsbeurteilung der Versicherten (Rheumatologie, Psychiatrie) veranlasst. Auf Antrag des Rechtsvertreters der Versicherten habe die IV-Stelle Solothurn einer polydisziplinären Verlaufsbeurteilung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie) zur Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkung auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit der Versicherten zugestimmt (IV-Nr. 206.2, S. 57 ff.). Bei der aktuellen polydisziplinären medizinischen Verlaufsbeurteilung – so führten die H.____-Gutachter weiter aus – habe die Versicherte ihre Rückenbeschwerden als vordergründig bezeichnet. Seit 2013 bestünden chronisch persistierende, diffuse lumbale Dauerschmerzen. Bei subjektiver Kraftminderung im rechten Bein sei die Versicherte seit 2016 infolge eines plötzlichen Kraftverlusts im rechten Bein und bei Kribbelparästhesien, zunächst im rechten Bein und später in beiden Beinen, wiederholt gestürzt. Zudem träten rezidivierende Dysästhesien in beiden Armen auf. Ausserdem leide die Versicherte unter Handgelenkschmerzen linksbetont mit erschwertem Faustschluss und Steifigkeitsgefühl sowie intermittierenden Schwellungen. Die Schmerzmedikation umfasse Paracetamol/Opioide nach Bedarf sowie bei akuten Gelenkschmerzen Kortikoid-Stosstherapien (2016 ca. 4 x, 2017 bisher 2 x). Die weitere Medikation umfasse eine antidepressive Medikation (Duloxetin, Vortioxetin, Pregabalin) sowie Pantoprazol und Vitaminpräparate. Einmal wöchentlich führe die Versicherte eine Wassergymnastik durch. Ihren Hausarzt habe die Versicherte letztmals vor zwei bis drei Jahren konsultiert. Rheumatologische Verlaufskontrollen fänden zwei- bis dreimal jährlich statt. Psychiatrische Verlaufskontrollen würden in zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen durchgeführt. Aus allgemein-internistischer Sicht habe sich keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden. Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Zustand nach Magenband- und

Magenbypass-Operationen (aktueller BMI 25,7 kg/m²) und ein Nikotinabusus (kumulativ 40 pack years) aufzuführen. Aus allgemein-internistischer Sicht seien ein Nikotinstopp sowie eine Modifikation des Lifestyles mit vermehrter sportlicher Aktivität und Kohlenhydrat-Kalorien-Reduktionskost empfohlen worden. Aus neurologischer Sicht seien rezidivierende, syndromal neurologisch nicht abschliessend einzuordnende Schwächeanfälle der Beine rechtsbetont ohne wegweisendes klinisch neurologisches oder bildgebendes Korrelat sowie ein Carpaltunnelsyndrom beidseits diagnostiziert worden. Klinisch neurologisch hätten weder die von der Versicherten geschilderten Sensibilitätsstörungen noch die rezidivierenden plötzlichen Kraftverluste in den Beinen erklärt werden können. Die Symptomatik und der klinische Befund seien auch nicht mit anatomischen Strukturen, zum Beispiel einer Vorderhornsymptomatik oder einer Querschnittssymptomatik, vereinbar. Im ergänzend durchgeführten MRI der HWS und BWS ([...] 26.9.2017; vgl. IV-Nr. 206.3, S. 5) hätten sich keine Hinweise für eine Myelopathie, eine spinale Raumforderung oder eine Spinalkanalstenose gefunden. Ein leichtgradiges Carpaltunnelsyndrom sei gemäss polydisziplinärem Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 elektroneurographisch verifiziert worden. Aktuell fänden sich keine Sensibilitätsminderungen im Bereich der Hände sowie eine eutrophe Muskulatur der oberen Extremitäten und insbesondere der Hände beidseits. Zusammenfassend fänden sich aus neurologischer Sicht keine objektivierbaren Einschränkungen oder Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 206.2, S. 59 f.). Bei der rheumatologischen Begutachtung – so die Gutachter weiter – hätten sich ein panvertebrales und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Tendenz zu einem diffusen, generalisierten Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlstatik (Skoliose, abgeflachte Lendenlordose), muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie degenerativen Veränderungen gezeigt. Auch bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung hätten sich inkonsistente klinische Befunde ergeben, die auf ein nicht organisches Krankheitsverhalten hinweisen würden. Die klinisch objektivierbaren pathologischen Befunde seien mit den Ergebnissen der vorgängig und aktuell durchgeführten bildgebenden Abklärungen nur kleinteils zu erklären. Die von der Versicherten geschilderten diffusen Druckdolenzen axial sowie am ganzen Stamm und in allen Extremitäten hätten keinen artikulären oder myotendinotischen Strukturen zugeordnet werden können. Im peripheren Gelenkstatus habe die Versicherte linksbetonte Handgelenkschmerzen geschildert, bei leichter residueller Weichteilschwellung der Hand/des Handgelenks links ohne sicher abgrenzbare Synovitis, Tenosynovitiden oder Enthesitiden. Im Gegensatz zu dem in den Akten beschriebenen Hypermobilitätssyndrom (Beighton Score 9/9) habe sich aktuell ein Beighton Score von lediglich 2/9 gefunden. Laborchemisch habe sich keine Erhöhung der humoralen Entzündungsparameter (BSR 12 mm/h, CRP 3.3 mg/l) gezeigt. Die ergänzend bestimmten, immunologischen Parameter (Rheumafaktor, CCP-Antikörper) seien negativ gewesen. Die vorgängig beschriebene Verkalkung in Projektion auf den Discus triangularis links (Sonographie 2/2015) sei im konventionellen Röntgenbild der Hände beidseits vom

E. 6

(Pensen-Zusammenstellung) sowie seine Kostennote vom 9. Dezember 2019 ein (A.S. 79 f.). Bezüglich der Parteibefragung sowie der wesentlichen Ausführungen des Vertreters der Beschwerdeführerin im Rahmen seines Plädoyers wird auf das Verhandlungsprotokoll vom 9. Dezember 2019 verwiesen (A.S. 81 ff.).

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen eingetretenen Sachverhalt ■ hier 27. Juli bzw. 5. September 2018 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung die während des zu beurteilenden Zeitraums vom 1. Februar 2014 bis zum Verfügungserlass gültig gewesenen materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.3 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin bereits ab Februar 2014 als Vollerwerbstätige zu beachten ist, und ob ihr bereits ab diesem Zeitpunkt eine Invalidenrente zusteht (vgl. A.S. 30). Zudem ist zu prüfen, ob bei der Bemessung des Invalideneinkommens ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist (vgl. A.S. 33), was sich auf die Höhe des Rentenanspruchs auswirkte. Unbestritten geblieben sind hingegen die Erkenntnisse der H.____-Gutachter über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 206.2, S. 62) sowie der Haushalt-Abklärungsbericht vom 29. März 2016 (IV-Nr. 141). Die Ergebnisse des B.____-Gutachtens vom 1. Juni 2015 bilden dagegen ein Thema, wobei diese Frage laut den Ausführungen im Parteivortrag nicht (mehr) im Vordergrund steht.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %,

derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Artikel 29bis ist sinngemäss anwendbar (Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; SR 831.201).

3.

3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Artikel 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG).

3.3 Die Einschränkungen im Aufgabenbereich, namentlich im Haushalt (vgl. E. II. 3.2 hiervor) sind in der Regel durch eine Haushaltabklärung (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV) zu ermitteln. Deren Inhalt ergibt sich aus Randziffer 3079 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH). Was den Beweiswert eines Haushalts-Abklärungsberichts betrifft, so ist wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_150/2012 vom 30.

August 2012 E. 5.3.2 mit Hinweisen). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 128 V 93). Rechtsprechungsgemäss bedarf es des Bezugs einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (in BGE 134 V 9 nicht publizierte E. 5.2.1 des Urteils des Bundesgerichts I 246/05 vom 30. Oktober 2007 mit Hinweisen). Bei einer Haushaltsabklärung steht nicht die medizinische Beurteilung im Vordergrund, weshalb es genügt, wenn die Abklärungsperson Kenntnis der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat (vorerwähntes Urteil I 246/05 E. 5.2.2).

Auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung kann dann verzichtet werden, wenn die medizinische Aktenlage in dem Sinne eindeutig ist, dass eine anspruchserhebende Behinderung im Haushalt auszuschliessen ist (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage 2014, Art. 28a N 174, m.H.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_103/2010 vom 2. September 2010).

4.

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie

stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Umstritten ist zunächst, nach welcher Methode der Invaliditätsgrad zu bestimmen ist. Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Mitarbeiterin (in der Pflege) mit einem Pensum von 63 % nachginge. Die verbleibenden 37 % entfielen in den Haushaltsbereich. In

Anwendung der gemischten Methode ergebe sich folglich für die Zeit von Februar 2014 bis August 2015 ein Invaliditätsgrad von 33,7 %. Ab 1. September 2015 werde die Versicherte jedoch als Vollerwerbstätige bemessen, nachdem dies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 23. Juni 2016 entschieden habe (IV-Nr. 223, S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, sie sei (bereits) ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, mithin im Februar 2014, im hypothetischen Gesundheitsfall als Vollzeitbeschäftigte zu qualifizieren (A.S. 30).

5.1 Zur Begründung ihres Einwands macht die Beschwerdeführerin geltend, nur eine ganz kurze Zeit ein Teilpensum von zirka 63 %, zuvor jedoch ein Arbeitspensum von 90 % ausgeübt zu haben, obwohl ihr Sohn damals weniger alt gewesen sei. Als «Aussagen der ersten Stunde» gelte es ausserdem zu beachten, dass sie bereits anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 16. Mai 2013 ausgesagt habe, sie würde wieder 80 ■ 100 % arbeiten; dies deshalb, weil viele Stellen im Pflegebereich häufig mit einem Pensum von 80 % ausgeschrieben seien. Der Vermerk im Protokoll, sie habe gesagt, sie würde ohne Gesundheitsschaden 80 % arbeiten, gebe ihre Aussage nicht richtig wieder. Es sei daher von einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit auszugehen und auf die Anwendung der gemischten Methode von Beginn an zu verzichten. Im Übrigen sei die Versicherte infolge der widersprechenden Aussagen zum Sachverhalt ■ nach der Praxis des Versicherungsgerichts ■ gerichtlich-protokollarisch zu befragen (A.S. 30 ff.).

5.2 In ihrer Eingabe vom 15. November 2018, worin die Beschwerdegegnerin auf eine Beschwerdeantwort verzichtet, verweist sie auf die Ausführungen u.a. in der angefochtenen Verfügung (A.S. 58); darin hat sie die in Erwägung 5 hiervoor angeführten Feststellungen gemacht (vgl. IV-Nr. 223, S. 4 f.).

5.3

5.3.1 Welche Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades (Art. 28a IVG) Anwendung findet, beantwortet sich aufgrund und nach Massgabe der Entscheidung über die Statusfrage in Art. 4 und 5 IVG. Dabei kommt grundsätzlich eine hypothetische Betrachtungsweise zum Zuge: Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist ■ was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt ■, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2017 E. 4.1 vom 3. November 2017 m.H.a. BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 194 f., je mit Hinweisen).

5.3.2 Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E.).

September 2017 vom Radiologen nicht beschrieben worden. Aktenanamnestisch sei vorgängig zudem eine Verkalkung palmarseits des Ulnocarpalgelenks links festgestellt worden, welche sich in der a/p-Projektion nicht dargestellt habe. Die weiteren aktuellen bildgebenden Abklärungen (LWS a/p und seitlich 11.9.2017, MRI HWS und BWS 26.9.2017) hätten im Vergleich zu den Voraufnahmen eine Progredienz der degenerativen Veränderungen lumbal im Sinne mehrsegmentaler Osteochondrosen der LWS mit Punctum maximum L3/4 sowie mehrsegmentaler Spondylarthrosen der HWS und BWS und beginnenden Segmentdegenerationen C4/5 und C5/6 gezeigt. Zusammenfassend habe sich aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahr 2015 bei zwischenzeitlicher Schmerzausweitung im Sinne eines diffusen, generalisierten Schmerzsyndroms bildgebend eine Progredienz der objektivierbaren degenerativen Veränderungen gegenüber den vorgängig durchgeführten bildgebenden Abklärungen ergeben, welche aber weder das geschilderte Schmerzausmass noch die Ganzkörperschmerzen zu erklären vermöchten. Wie bereits im April 2013 beschrieben, hätten sich auch aktuell Hinweise für eine Schmerzverarbeitungsstörung gezeigt. Aufgrund der axialen Beschwerden sei bereits im polydisziplinären Vorgutachten der Gutachterstelle B. ___ vom 1. Juni 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit der Versicherten sowohl in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau als auch in anderen mittelschweren und schweren beruflichen Tätigkeiten attestiert worden. In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne Rückenbelastungen (keine lang dauernden Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine repetitiven Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen, kein Heben/Tragen schwerer Lasten [Gewichtslimite 5 bis 7,5 kg]) könne aus rheumatologischer Sicht aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis höchstens 30 % begründet werden, bei bildgebend objektivierter Progredienz der degenerativen Veränderungen lumbal und kernspintomografisch degenerativen Veränderungen cervikothorakal. Die von der Versicherten geschilderten und aktenanamnestisch objektivierten rezidivierenden Arthritiden des linken Handgelenks könnten zu kurzfristigen Arbeitsausfällen führen. Obwohl eine Kristallarthritis bis dato mittels Gelenkspunktat nicht gesichert worden sei, sei aufgrund der beschriebenen hyperechogenen Zonen im Discus triangularis sowie einer Verkalkung palmarseits des linken Ulnocarpalgelenks von einer Kristallarthropathie auszugehen. Die Verkalkungen im Discus triangularis sprächen für eine CPPD-Arthropathie, während die Verkalkung im Bereich des Ulnocarpalgelenks eher mit einer Hydroxylapatit-Arthropathie vereinbar wäre. Nicht bestätigt werden könne aktuell eine generalisierte Iigamentäre Hyperlaxität (aktueller Beighton Score 2/9) (IV-Nr. 206.2, S. 60).

Aus psychiatrischer Sicht sei ■ so lässt sich den Ausführungen der Gutachter weiter entnehmen ■ bei zwischenzeitlicher remittierter rezidivierender depressiver Störung keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Als weitere psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge, ein sexueller Missbrauch im Kindesalter sowie eine körperliche Misshandlung in der Kindheit erwähnt worden. Spätestens ab dem Zeitpunkt des aktuellen psychiatrischen Gutachtens sei eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu verneinen. Gemäss Akten sei eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer Sicht im Oktober 2016 zu bestätigen. Vom 20. Dezember 2016 bis 8. Januar 2017 werde aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige und vom 9. bis 29. Januar 2017 bzw. bis zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Hinsichtlich Diagnosen

bestehe aus aktueller polydisziplinärer Sicht eine weitest gehende Übereinstimmung mit den diagnostischen Einschätzungen der Vorgutachter und behandelnden Ärzte. Aus somatischer Sicht lasse sich aktuell einzig die frühere Diagnose eines Hypermotilitätssyndroms nicht bestätigen. Der psychiatrische Gutachter halte fest, dass die früher gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zwar naheliege, bei entsprechendem organischem Korrelat aber nicht vorliege. Die Versicherte stelle aber die Beschwerden dramatisch und verdeutlichte dar, wodurch die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung auf sie gelenkt werde; dies führe der psychiatrische Gutachter auf akzentuierte histrionische Charakterzüge zurück. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe unverändert zum Vorgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 eine volle und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in der erlernten und zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Pflegefachfrau. In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne rückenbelastende Arbeiten (keine lang dauernden Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine repetitiven Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen, kein Heben/Tragen grösserer Lasten, Gewichtslimite 5 bis 7,5 kg) könne aus aktueller polydisziplinärer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 20 bis höchstens 30 % begründet werden. () Therapeutisch werde aus psychiatrischer Sicht dringend empfohlen, die aktuellen therapeutischen Settings beizubehalten, um eine Dekompensation des psychopathologischen Zustands zu vermeiden. Aus somatischer Sicht seien ein kontinuierliches körperliches Aktivitätstraining und nach Möglichkeit ein muskuläres Aufbautraining (z.B. Aquafit-Gymnastik), eine Kohlenhydrat-Reduktions-Diät und ein Nikotinstopp ratsam (IV-Nr. 206.2, S. 60 f.).

Die gutachterlichen Fragen beantworteten die Ärzte der Gutachterstelle H.____ wie folgt: In Übereinstimmung mit dem polydisziplinären medizinischen Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 bestehe auch aus aktueller polydisziplinärer Sicht eine anhaltende und dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit in der erlernten und zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit als Pflegefachfrau. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei gegenüber dem polydisziplinären medizinischen Vorgutachten unverändert. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine volle und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in jeglichen körperlich schweren und mittelschweren beruflichen Tätigkeiten. In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne rückenbelastende Arbeiten (keine lang dauernden Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, keine repetitiven Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen, kein Heben/Tragen von Lasten >5 bis 7,5 kg) bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis höchstens 30 %. Einer beruflichen Reintegration in körperlich adaptierte berufliche Tätigkeiten ■ wie vorstehend beschrieben ■ mit einem Arbeitspensum von 70 bis 80 % stünde aus polydisziplinärer Sicht nichts im Weg. Die Prognose sei aus polydisziplinärer Sicht als offen zu bezeichnen und hänge von der weiteren Entwicklung der degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts ab. Aufgrund der postulierten Kristall-Arthropathie mit akutenanamnestisch rezidivierender Arthritis/Periarthritis des linken Handgelenks seien kurzfristige Arbeitsausfälle möglich (IV-Nr. 206.2, S. 62 f.).

6.8 In ihrer Stellungnahme vom 26. Januar 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ am Schluss fest, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegefachfrau (bisherige Tätigkeit) weiterhin ausgewiesen sei. In einer angepassten Tätigkeit sehe die Arbeitsfähig-/unfähigkeit der Versicherten wie folgt aus (IV-Nr. 213):

7.

7.1 In ihrem Gutachten vom 1. Juni 2015 attestierten die B.____-Ärzte der Beschwerdeführerin ■ wie bereits erwähnt ■ für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 97, S. 25). Nun kam die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ bei der Verifikation der Beurteilung der B.____-Gutachter am 8. September 2015 zum Schluss, für eine Verweistätigkeit bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit, was sie jedoch nicht näher begründete. Stattdessen empfahl sie, den Fall dem Rechtsdienst zur abschliessenden Beurteilung vorzulegen (IV-Nr. 111, S. 4), was am 6. Oktober 2015 erfolgte (IV-Nr. 119). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin legte am 14. Oktober 2015 Folgendes dar: Was den Indikator «Eingliederungserfolg oder-resistenz» angehe, sei darauf hinzuweisen, dass nicht von einer trotz optimaler Kooperation misslungenen Eingliederung die Rede sein könne. So sei im Bericht der [...] GmbH vom 22. Juli 2015 klar festgehalten, dass die körperliche Tätigkeit im Betrieb als mittelschwer (Privatkundenbereich) bis sehr schwer (Geschäftskundenbereich) qualifiziert werde. Die versicherte Person sei im Rahmen des Arbeitsversuchs in beiden Bereichen eingesetzt worden. Dass sich im Rahmen dieses Arbeitsversuches herauskristallisiert habe, in diesem Betrieb sei ein Pensum von mehr als 30 % nicht realistisch, spreche damit nicht gegen die medizinische Einschätzung der Gutachterpersonen, die die körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeiten als nicht zumutbar erachteten, sondern bestätige diese vielmehr. Im Übrigen sei den Gutachtern des B.____ der Schlussbericht über berufliche Massnahmen der [...] GmbH vom 29. Januar 2015 nachweislich bekannt gewesen. Die anlässlich der Begutachtung von der versicherten Person angegebene Arbeitsplatzbeschreibung entspreche aber offensichtlich nicht dem zumutbaren Leistungsprofil. Wäre den Gutachterpersonen der Bericht der [...] GmbH vom 22. Juli 2015 bekannt gewesen, sei davon auszugehen, dass sie zur gleichen Einschätzung gelangt wären. Der Beweiswert des Gutachtens werde somit dadurch nicht geschmälert. Bezüglich des Indikators «Behandlungserfolg oder -resistenz» gelte es ■ so die Beschwerdegegnerin im Weiteren ■ zu bemerken, dass die therapeutischen Möglichkeiten gemäss Aktenlage nicht ausgeschöpft seien. Die versicherte Person erhalte ein Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI verordnet, welches aber keine Indikation bei Schmerzen besitze. Insofern könne nicht gesagt werden, dass diese Störung schwer und therapeutisch nicht mehr angehbar sei, was ebenfalls dafür spreche, dass die gutachterliche Einschätzung korrekt sei. Folglich sei das B.____-Gutachten auch im Lichte von BGE 141 V 281 (9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) als voll beweiskräftig zu betrachten (vgl. IV-Nr. 119). Gestützt auf diese nachvollziehbare Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 14. Oktober 2015 besteht mit der Beschwerdegegnerin kein Grund, von der vorstehenden gutachterlichen Einschätzung abzuweichen. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die Beweiskraft des B.____-Gutachtens (A.S. 32) ins Leere stossen. Auf die schlüssige Beurteilung der B.____-Ärzte vom 1. Juni 2015 kann abgestellt werden. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten ist folglich als uneingeschränkt zu betrachten. Was den Beginn und Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelangt, stellten die B.____-Gutachter am 1. Juni 2015 fest, dass ihre Einschätzung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zwar mit Sicherheit ab der Untersuchung (der Beschwerdeführerin) im März 2015 gelte (vgl. IV-Nr. 97, S. 25 f.). Hinweise in der Vergangenheit für eine länger andauernde, wesentliche Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten hätten sie, die Gutachter, allerdings keine gefunden. (vgl. IV-Nr. 97, S. 25 f.); dies lässt den Schluss zu, dass die

Beschwerdeführerin ■ entgegen ihrer Darstellung in der Beschwerde (A.S. 32) ■ auch im Zeitraum ab Februar 2013 in Verweistätigkeiten medizinisch-theoretisch ganztägig arbeitsfähig war. Die Beschwerdeführerin hat im Parteivortrag auch ihrerseits erklären lassen, dieser Aspekt ■ den sie bestritten hatte ■ stehe für sie nicht mehr im Vordergrund.

7.2 Die Ärzte der Gutachterstelle H.____ haben in ihrem Gutachten vom 6. November 2017 die Beurteilung der Vorgutachter (B.____), was den Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anbelangt, bestätigt (IV-Nr. 206.2, S. 62). Zu dem durch die B.____-Gutachter bereits vor März 2015 angesprochenen Beginn der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten haben die H.____-Gutachter nicht Stellung genommen, haben sie doch ein Verlaufsgutachten (vgl. IV-Nr. 206.2, S. 57, 8.2.2, 2. Abs.) angefertigt, das den Zeitraum ab Juni 2015 beschlägt; immerhin ist darin die diesbezügliche Einschätzung der B.____-Gutachter nicht in Frage gestellt worden. Aufgrund der Ausführungen der H.____-Ärzte in ihrem Gutachten ist davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht bezüglich Verweistätigkeiten ab September 2017 keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht (IV-Nr. 206.2, S. 61, 2. Abs.). So haben die Gutachter dazu folgende Ausführungen gemacht: Aus psychiatrischer Sicht werde die bis zum Zeitpunkt der polydisziplinären Verlaufsbeurteilung attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten spätestens ab September 2017 nicht mehr bestätigt. Die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht korrelierten weitgehend mit dem Vorgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 1. Juni 2015 wie auch den Einschätzungen des aktuell behandelnden Rheumatologen. Aufgrund der progredienten bzw. neu festgestellten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts bestehe aus rheumatologischer Sicht gegenüber dem Vorgutachten des B.____ vom 1. Juni 2015 aber eine quantitative Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit auch in adaptierten Berufstätigkeiten von aktuell 20 bis höchstens 30 %. Daraus lässt sich ableiten, dass die Ergebnisse des B.____-Gutachtens als plausibel angesehen werden, und die abweichende Beurteilung einer seither erfolgten Entwicklung zugeschrieben wird. Aus allgemein internistischer und neurologischer Sicht bestehe nach wie vor keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 206.2, S. 61). Zusammenfassend ist ■ aufgrund der zutreffenden Ausführungen der RAD-Ärztin am 26. Januar 2018 bzw. der Angaben im H.____-Gutachten ■ von folgender Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen: 100 % im Oktober / November 2016, 50 % vom 20. Dezember 2016 bis 8. Januar 2017, 40 % vom 9. Januar bis 31. August 2017 und 20 ■ 30 % (Mittelwert 25 %) ab 1. September 2017 (vgl. IV-Nr. 206.2, S. 42; IV-Nr. 213, S. 2); dies ist denn auch unbestritten geblieben.

7.3 Weitere medizinische Abklärungen ■ wie durch die Beschwerdeführerin beantragt (A.S. 22) ■ erübrigen sich.

8. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen (vgl. E. II. 5.6 hiervor) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall schon bei Ablauf des Wartejahres im Februar 2014 im Rahmen eines Pensums von 100 % gearbeitet hätte. Es hätte sich um eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Pflegefachfrau im Tagdienst mit einem Pensum von 100 % gehandelt; diese wäre nicht bei der letzten Arbeitgeberin M.____, sondern bei einer anderen Arbeitgeberin ausgeübt worden. Der Invaliditätsgrad ist daher bereits für die Zeit ab Februar 2014 durch einen reinen Einkommensvergleich zu ermitteln.

8.1 Zu bestimmen ist zunächst der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, also bei Ablauf des Wartejahres im Februar 2014.

8.1.1 Die Beschwerdeführerin wäre bei einem anderen Arbeitgeber mit einem vollen Pensum ausschliesslich im Tagdienst tätig. Es kann daher nicht vom zuletzt erzielten Einkommen ausgegangen werden. Stattdessen sind statistische Werte, konkret diejenigen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), heranzuziehen. Als den Verhältnissen am besten angepasst erscheint ■ analog zum Vorgehen, das die Beschwerdegegnerin für die Zeit ab September 2015 gewählt hat ■ der Wert für Frauen, die im Gesundheits- und Sozialwesen komplexe praktische Tätigkeiten verrichten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen (LSE, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 86 ■ 88, Kompetenzniveau 3). Dieser Wert belief sich in der LSE 2014 auf CHF 6'348.00 pro Monat. Wird diese Summe, die auf 40 Wochenstunden basiert, an die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit in den Wirtschaftszweigen 86 ■ 88 angepasst, die sich im Jahr 2014 auf 41,5 Stunden belief (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen), resultiert ein Valideneinkommen von CHF 6'586.00 pro Monat respektive CHF 79'032.00 pro Jahr.

8.1.2 Das Invalideneinkommen entspricht dem Verdienst, den die Beschwerdeführerin durch Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit erzielen könnte; in einer solchen bestand nach dem Gesagten (E. II. 7.1 und 7.2 hiervor) im Februar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Massgebend ist der Tabellenlohn gemäss LSE 2014 für im Kompetenzniveau 1 beschäftigte Frauen (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total) von CHF 4'300.00. Hochgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit (Totalwert), die sich im Jahr 2014 auf 41,7 Stunden belief, ergibt sich ■ ohne Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn ■ ein Invalideneinkommen von CHF 4'483.00 pro Monat oder CHF 53'793.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 79'032.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von 32 %. Ein Rentenanspruch ist demnach zu verneinen, sofern kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist, was noch zu prüfen sein wird (vgl. E. II. 8.4 ff. hiernach). Diese Berechnung gilt bis zur nächsten Veränderung. Es erübrigt sich daher eine neue Invaliditätsbemessung für September 2015.

8.2 Wie dargelegt (E. II. 7.2 hiervor), hat sich die Arbeitsfähigkeit noch mehrmals verändert; dies hat zur Folge, dass auf den jeweiligen potenziellen Anpassungszeitpunkt ein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

8.2.1 Ab 3. Oktober 2016 konnte die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen. Die Situation verbesserte sich aber noch vor Ablauf der dreimonatigen Frist gemäss Art. 88a IVV, bestand doch ab 20. Dezember 2016 eine Arbeitsfähigkeit (in einer angepassten Verweistätigkeit) von 50 %. Damit ergibt sich für Anfang Januar 2017 der folgende Einkommensvergleich:

Das Valideneinkommen ist wiederum auf der Basis des oben erwähnten Tabellenwertes (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 86 ■ 88, Kompetenzniveau 3) von CHF 6'348.00 zu bestimmen. Hochgerechnet von 40 Wochenstunden auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit in den betroffenen Wirtschaftszweigen im Jahr 2017 von 41,6 Stunden sowie angepasst an die allgemeine Lohnentwicklung von 2014 (Index 101,4) bis 2017 (Index 102,7; vgl. Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweige 86 ■ 88) resultiert ein Valideneinkommen von CHF 80'239.00.

Beim Invalideneinkommen ist der Ausgangswert von CHF 4'300.00 (E. II. 8.1.2 hiervor) von 40 Wochenstunden auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit (Totalwert) im Jahr 2017 von 41,7 Stunden hochzurechnen. Zudem ist die allgemeine Lohnentwicklung (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Totalwert) von 2014 (Index 103,6) bis 2017 (Index 105,4) zu berücksichtigen. Damit resultiert ein Invalideneinkommen ■ ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs ■ von CHF 54'728.00 bei voller Arbeitsfähigkeit respektive von CHF 27'364.00 bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 80'239.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 66 %.

8.2.2 Infolge Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 60 % ab 9. Januar 2017 ergibt sich die folgende Neuberechnung:

Das Valideneinkommen beträgt weiterhin CHF 80'239.00. Das Invalideneinkommen beläuft sich auf CHF 32'837.00 ($\text{CHF } 27'364.00 : 50 \% \times 60 \%$). Der Invaliditätsgrad ■ ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs ■ beträgt 59 %.

8.2.3 Ab 1. September 2017 ist in einer angepassten Verweistätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Damit ergibt sich die folgende Neuberechnung:

Das Valideneinkommen bleibt unverändert bei CHF 80'239.00. Das Invalideneinkommen beträgt CHF 41'046.00 ($\text{CHF } 27'364.00 : 50 \% \times 75 \%$). Es resultiert ein Invaliditätsgrad ■ ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs ■ von 49 %.

8.3 Zusammenfassend sind die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ermittelten Invaliditätsgrade von 32 % (bereits ab 1. Februar 2014, nicht erst ab 1. September 2015), 66 % (ab Oktober resp. Dezember 2016), 59 % (ab Januar 2017) und 49 % (ab 1. September 2017) mit leicht angepasster Berechnung zu bestätigen, sofern zu Recht kein Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen worden ist; dies bleibt nachfolgend zu prüfen.

8.4 Die Beschwerdeführerin bemängelt, dass die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invalideneinkommens keinen Tabellenlohnabzug gewährt habe. Weil sie aus somatischen Gründen nur noch leichte und wechselbelastende Tätigkeiten ausüben könne, und dies lediglich in Teilzeit, sei sie im Vergleich mit gesunden Mitbewerberinnen lohnmässig benachteiligt, was auch aufgrund ihres Alters von über 50 Jahren gelte. Zudem seien hierzu die statistischen Angaben der LSE nicht brauchbar (A.S. 33). Auch zu diesem Vorhalt hat sich die Beschwerdegegnerin nicht geäußert, sondern auf ihre Ausführungen in den Akten verwiesen (A.S. 58).

8.5

8.5.1 Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, 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. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen

vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

8.5.2 Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen ■ wie hier ■ leichte, wechselbelastende Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (Schweiz. Lohnstrukturerhebung [LSE] 2016, neu Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen).

8.6 Im vorliegenden Fall haben die H. ___ ■ Ärzte im Gutachten vom 6. November 2017 festgehalten, dass ■ wie vorstehend erwähnt ■ einzig aufgrund der progredienten bzw. neu festgestellten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts aus rheumatologischer Sicht eine quantitative Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit auch in adaptierten Berufstätigkeiten bestehe. Diese Einschränkungen ■ soweit objektiviert bzw. plausibilisiert (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) ■ sind bereits im gutachtlich formulierten Arbeitsprofil und der zugestandenem Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis höchstens 30 % berücksichtigt (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.9 S. 191), weshalb kein Raum für einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der vorstehenden, höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht. Dasselbe gilt für die vorangehenden Perioden mit einer psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit. Rechtsprechungsgemäss rechtfertigen nämlich weder die mangelnde Flexibilität noch die erhöhte Pflicht zur Rücksichtnahme durch den Arbeitgeber einen «Leidensabzug» (Urteile 8C_144/2010 vom 4. August 2010 E. 5.3; 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2, in: SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87 [bzgl. der mangelnden Flexibilität und erhöhten Rücksichtnahmepflicht]). Dazu kommt, dass die der Beschwerdeführerin zuzumutenden, leichten, wechselbelastenden Arbeiten ein weites Einsatzspektrum zulassen. Im Übrigen ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch bei teilzeitlich tätigen Frauen unter dem Titel Beschäftigungsgrad kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen (Urteil 8C_503/2012 vom 3. August 2012 E. 7). Sodann ist statistisch nicht belegt, dass Erwerbstätige mit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkter Arbeitsfähigkeit überdurchschnittlich viele zusätzliche krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz aufweisen, und es deshalb zu Lohneinbussen käme, weshalb auch dies keinen Grund darstellt, ohne weiteres einen Abzug zu gewähren (vgl. zitiertes Urteil 8C_144/2010 E. 5.3). Nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich nicht abzugsrelevant ist ■ wie im vorliegende Fall ■ ein Alter von 51 Jahren (vgl. z.B. Urteile 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.3; 9C_699/2015 vom 22. September 2015 E. 4.2.3 mit Hinweisen), zumal dieses keine über die Leistungsminderung hinausgehende Verdiensteinbusse erwarten lässt; dass im konkreten Fall Umstände vorlägen, die einen durch das Alter oder ein erhöhtes Ausfallrisiko bedingten Abzug rechtfertigen könnten, wird nicht dargetan (vgl. z.G.: Urteil des Bundesgerichts 9C_629/2017 E. 2). Im Weiteren fallen die in einer neuen Tätigkeit fehlenden Dienstjahre ebenfalls nicht ins Gewicht: Im privaten Sektor nimmt auch die Bedeutung der Dienstjahre ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011, E. 6.6, mit Hinweisen, BGE 126 V 75 E.

5a/cc S. 79). Schliesslich bleibt festzustellen, dass die Beschwerdeführerin an der heutigen Verhandlung trotz Rückenbeschwerden einen überaus gewandten und agilen Eindruck vermittelt hat, was ihr eine günstige Ausgangslage verschafft und gegen die Annahme spricht, sie habe eine über die leistungsmässige Beeinträchtigung hinausgehende Lohneinbusse zu erwarten. Zum Einwand der Beschwerdeführerin bezüglich unbrauchbarer statistischer Lohnangaben ist im Übrigen festzuhalten, dass sich dieser bei der Begründung auf einen Hinweis in der Literatur (A.S. 33) erschöpft, dem die Rechtsprechung nicht gefolgt ist, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. Demnach hat es mit der Nichtvornahme eines Abzugs vom Tabellenlohn sein Bewenden.

8.7 Folglich hat die Beschwerdeführerin ■ gestützt auf die vorstehenden Berechnungen (vgl. E. II 8.1 f. hiervor) und in Beachtung von Art. 88a IVV ■ in der Zeit vom 1. Februar 2014 bis 31. August 2015 keinen Rentenanspruch, hingegen ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab 1. Mai 2017 auf eine halbe und ab 1. Dezember 2017 auf eine Viertelsrente der IV.

9. Zusammenfassend erweisen sich die angefochtenen Verfügungen als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

10.

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 29. November 2018 (A.S. 60) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

10.3 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in seinen Kostennoten vom 10. Dezember 2018 (A.S. 64 f.) und 9. Dezember 2019 (A.S. 79 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 20,01 Stundengeld gemacht; dazu kommen Auslagen von insgesamt CHF 204.10 (jeweils zzgl. MwSt). Allerdings enthält der angeführte Aufwand auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxismässig von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus, was auch für die beiden Fristerstreckungsgesuche gilt. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 2,76 Stunden. Folglich verbleibt ein Aufwand von 17,25 Stunden, der zum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen ist.

Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 204.10 sind in Beachtung von § 179 Abs. 5 i.V.m. § 175 Abs. 3 GT ■ für Fotokopien unverändert 50 Rappen pro Stück vergütet, die Entschädigung pro km beträgt nach wie vor 70 Rappen ■ zu kürzen bzw. auf CHF 142.00 festzusetzen. Somit ist die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, auf CHF 3■497.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zum Stundenansatz von

CHF 230.00) im Betrag von CHF 929.00 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1■000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 3■497.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Betrag von CHF 929.00 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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