

SO_GERICHTE VSBES.2018.260 vom 12. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.260_d20190212

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.260 du 12 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.260 del 12 febbraio 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1977 geborene Versicherte A.____ meldete sich am 3. Juni 2013 unter Hinweis auf eine im April 2013 erfolgte lobäre intrazerebrale Blutung bei der Invalidenversicherung-Stelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Die IV-Stelle führte in der Folge am 22. August 2013 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 11), traf medizinische Abklärungen und holte u.a. bei Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurologie FMH, ein Gutachten vom 22. März 2015 (IV-Nr. 28.1) ein. Vom 17. August 2015 bis

E. 4

4.1 Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin hätten sowohl das H.____ (Neurologie) als auch die Ärzte des I.____ (Psychiatrie), festgestellt, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem im Jahr 2013 erlittenen Hirnschlag und dem anschliessenden epileptischen Anfall nicht verbessert habe, weshalb die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit 100 % und für angepasste Tätigkeiten mehr als 50 % betrage. Das im Auftrag der Beschwerdegegnerin von Dr. med. G.____ erstellte neurologische Gutachten vom 20. Juli 2017 nehme eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, indem die Beschwerdeführerin seit Februar 2015 zu 20 ■ 30 % arbeitsunfähig eingeschätzt werde, dies obwohl Dr. med. G.____ die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 weder behandelt noch untersucht habe. Ebenfalls sei keine Fremdanamnese eingeholt worden. Auf das Gutachten von Dr. med. G.____ könne nicht abgestellt werden. Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 27. Juni 2017 könne ebenfalls nicht abgestellt werden, da der Gutachter erhebliche Fehler bei der Begutachtung begangen habe, indem er den Untersuchungsverlauf gefälscht habe. So habe die Beschwerdeführerin entgegen den Feststellungen im Gutachten nicht gesagt, sie pflege eine intensive freundschaftliche Beziehung zu zwei Frauen, schaue Fernsehen und lese Bücher. Zudem habe er keine Fremdanamnese eingeholt. Weiter sei für die rechtsgenügende Abklärung ein neuropsychologisches Screening durchzuführen gewesen. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug von 25 %, da sie in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und somit gezwungen sei, eine Arbeitsstelle in einer anderen Branche zu suchen.

4.2 Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die beiden Gutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. F.____ seien voll beweiswertig und darauf könne

abgestellt werden. Sowohl die Dauer der Untersuchung und die Durchführung von Tests als auch die Anzahl der notwendigen psychiatrischen Explorationen unterliege grundsätzlich den Fachkenntnissen und dem Ermessensspielraum des Experten. Gleiches gelte für das Einholen fremdanamnesterischer Auskünfte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2). Der leidensbedingte Abzug von 10 % sei angemessen. Ein höherer Abzug werde weder begründet noch sei er aufgrund der Aktenlage begründbar.

5. Unbestritten ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung für die Zeit vom 1. April 2014 bis 31. Dezember 2014. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht ab dem 1. Januar 2015 eine Viertelsrente zugesprochen und ab 1. Juli 2015 einen Rentenanspruch verneint hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

5.1 Im Austrittsbericht der Neurologischen Klinik des H.____ vom 28. Mai 2013 (IV-Nr. 16.2 S. 39 ff.), wo die Beschwerdeführerin vom 23. April 2013 bis 3. Mai 2013 hospitalisiert war, werden folgende Diagnosen gestellt:

- Klinik: brachiofaziale Hemiparese links und Dysarthrie
- Ätiologie: Unklar, DD Cavernomblutung, DD Neoplasma
- Schlaganfallskalen bei Eintritt/Austritt: NIHSS 2/2, mRS 2/2
- vaskuläre Risikofaktoren: Keine

Die Hospitalisation sei aufgrund einer ca. 25 mm messenden, in der rechten Praezentralregion lokalisierten, lobären, kortikalen/subkortikalen Blutung erfolgt. Die Blutung sei wahrscheinlich Anfang April 2013 aufgetreten und habe eine vermutlich im Verlauf leicht und langsam zunehmende diskrete Dysarthrie und brachiofaziale Hemiparese links sowie zusätzlich einfach-partielle sensible und möglicherweise motorische Anfälle der linken Körperhälfte verursacht. Die Blutungsursache sei unklar. Unter Beachtung des zunehmenden Ödems auch im Verlauf der Hospitalisation sei ein eingeblutetes Neoplasma (Metastase, hirneigener Tumor) am wahrscheinlichsten. Das Ganzkörper PET/CT, welches Neoplasmen bis zu einer Grösse von 3 mm zeige, habe einen Normalbefund ergeben. Im dermatologischen und ophthalmologischen Konsil hätten sich keine Hinweise auf ein Melanom gefunden. Eine gynäkologische Untersuchung einschliesslich Zervixabstrich sei kurz vor der Hospitalisation durch eine niedergelassene Gynäkologin durchgeführt worden. Auch hier seien keine pathologischen Befunde erhoben worden. Auf eine weiterführende Diagnostik wie CT Thorax und Abdomen mit Kontrastmittel, Endoskopie des Magen-Darm-Traktes und Bronchoskopie werde vorerst verzichtet. Möglich sei ferner eine Cavernomblutung, wobei das im Verlauf zugenommene Ödem sicher untypisch sei. Im Gegensatz zu anderen Gefässmalformationen könnten frisch eingeblutete Cavernome durch das MRT Schädel und die digitale zerebrale Subtraktionsangiographie nicht gut detektiert werden. Ein sekundär eingebluteter Infarkt, Sinus- oder kortikale Venenthrombose und ein Abszess/Enzephalitis seien praktisch ausgeschlossen, unter anderem habe die Liquorpunktion keine erhöhte Zellzahl und ein normales Protein ergeben. Passend zur Zunahme des Ödems habe sich die Beschwerdeführerin klinisch leicht verschlechtert, die Armparese links habe zugenommen, ferner habe die Beschwerdeführerin während des Aufenthaltes über Sekunden anhaltende anfallsartig aufgetretene Fühlstörungen im linken Arm und später nokturnale Verkrampfungen der linken Hand über Sekunden bei fehlenden

Zeichen einer Spastik während des Tages (Zusammenziehen mit Ausbildung einer Faust) berichtet, so dass am 2. Mai 2013 Keppra auf 3000 mg pro Tag erhöht worden sei. Am 3. Mai 2013 sei die Beschwerdeführerin in die Klinik J.____ verlegt worden. Bei Entlassung hätten sich eine diskrete Dysarthrie, zentrale faziale Parese rechts und distale Armparese rechts ohne Tonuserhöhung mit Fingerspreizen M2, Fingerextension M2, Faustschluss M3, Handextension M4 gezeigt.

5.2 Im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 27. Juni 2013 (IV-Nr. 16.2 S. 28 ff.), wo die Beschwerdeführerin vom 3. Mai 2013 bis 21. Juni 2013 hospitalisiert war, werden folgende Diagnosen gestellt:

- fokaler Status epilepticus am 22. Mai 2013

Die Beschwerdeführerin habe am Aufnahmetag über eine Schwäche im linken Arm sowie über eine eingeschränkte Handmotorik links geklagt. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich eine brachiofazial und distal betonte Armparese links in Kombination mit einer erheblichen Feinmotorikstörung, eine zentrale Fazialisparese links sowie eine Dysarthrie gezeigt. Aufgrund eines am 22. Juni 2013 aufgetretenen fokalen Status epilepticus mit konvulsiven Zuckungen an Dig. I links und Missempfindungen frontal und periorbital links sei die Beschwerdeführerin in die Neurologie des H.____ verlegt worden, wo sie sich bis zum 27. Mai 2013 befunden habe. MRI-morphologisch habe sich eine stattgehabte Nachblutung gezeigt, der Befund sei am ehesten als Kavernomblutung zu taxieren. Die antikonvulsive Therapie mit Depakine sei ausgebaut worden, worunter die Beschwerdeführerin bis Ende der Rehabehandlung anfallsfrei geblieben sei. Während des jetzigen Heilverfahrens hätten wesentliche Verbesserungen bezüglich der Motorik und der Kraft des linken Armes erzielt werden können, die Handmotorik sei flüssiger geworden, ein sicherer beidhändiger Einsatz im Alltag sei nun möglich. Die körperliche Belastbarkeit und die allgemeine Körpermotorik hätten sich ebenso verbessern lassen. Beim Abschlussgespräch habe sich die Beschwerdeführerin mit der Rehabehandlung sehr zufrieden gezeigt. Bei der körperlichen Untersuchung sei weiterhin eine leichte Schwäche des linken Armes sowie eine leichte Koordinationsstörung in der linken Hand aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe am 21. Juni 2013 in gebessertem und stabilem Allgemeinzustand in ihre häusliche Umgebung entlassen werden können.

5.3 Am 10. September 2013 erfolgte in der Klinik für Neurochirurgie des K.____ eine Kraniotomie präzentral rechts und Kavernomexzision. Dem Austrittsbericht vom 15. September 2013 (IV-Nr. 16.2 S. 11 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Am 10. September 2013 sei eine Kraniotomie präzentral rechts mit mikrochirurgischer Kavernomexzision im Bereich des Gyrus präzentralis rechts erfolgreich und komplikationslos erfolgt. Histologisch zeigten sich Restanteile eines Kavernoms, welche vereinbar mit den vorgängigen Bildbefunden seien. Das postoperative MRI-Schädel vom 12. September 2013 zeige eine Totalresektion des Kavernoms. Zusammengefasst sei somit aus neurochirurgischer Sicht keine weitere Therapie notwendig. Der postoperative Verlauf gestalte sich ebenfalls befriedigend. Bei zweimaligem Auftreten von erneuten, transienten Kribbelparästhesien der Hand links (DD fokal-epileptische Anfälle) am 13. September 2013, sei überlappend zur bestehenden antiepileptischen Therapie zusätzlich Urbanyl (Clobazam) 10mg 0,5-0,5-1 initiiert worden. Die Beschwerdeführerin werde am 15. September 2013 in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen.

5.4 Im Sprechstundenbericht der Abteilung für Epileptologie und EEG der Klinik für Neurologie des K.____ vom 1. Oktober 2013 (IV-Nr. 16.2 S. 7 ff.) wird als Hauptdiagnose eine symptomatische Epilepsie, EM April 2013, erwähnt.

Die Beschwerdeführerin habe seit April 2013 rezidivierende fokale sensomotorische epileptische Anfälle, lokalisatorisch passend zu einem Cavernom im Gyrus präcentralis rechts, erlitten. Dieses sei am 10. September 2013 reseziert worden. Eine prä- oder intra-operative Epilepsiediagnostik sei nicht durchgeführt worden, da aufgrund der Lokalisation in funktionell kritischen Strukturen eine erweiterte Resektion obsolet gewesen sei. Aktuell präsentiere sich die Beschwerdeführerin drei Wochen postoperativ mit bledem Neurostatus, jedoch persistierend fokal-sensiblen Anfällen. Diese hätten in den vergangenen Tagen durch eine antikonvulsive Abschirmung mit Urbanyl kontrolliert werden können, jedoch verspüre die Beschwerdeführerin seither ausgeprägte Müdigkeit. Das aktuelle EEG zeige keine epilepsiespezifischen Veränderungen. Da eine Erweiterung der Resektion aufgrund zu erwartender persistierender neurologischer Defizite nicht in Frage komme, werde eine antikonvulsive Zweifachtherapie mit weiterhin Keppra 3g/d und neu Lamotrigin implementiert. Urbanyl werde überlappend ausgeschlichen.

Unverändert bleiben die Diagnosen im Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2013 (IV-Nr. 19 S. 10 ff.) nach Ausbau der antikonvulsiven Therapie. Seit der letzten Konsultation habe die Beschwerdeführerin das Medikament Urbanyl problemlos ausgeschlichen und zusätzlich zu Keppra 3g/d eine Therapie mit Lamotrigin 200mg/d begonnen. Unter der Kombinationstherapie sei die Beschwerdeführerin anfallsfrei bei problemloser Verträglichkeit beider Medikamente, abgesehen von allenfalls vermehrter Müdigkeit.

5.5 Im Arztbericht von Dr. med. L.____, Chefarzt Neurologische Klinik des H.____, vom 6. August 2014 (IV-Nr. 22) wird als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgendes festgehalten:

Symptomatische Epilepsie, EM April 2013

Im Laufe der Abklärungen eines epileptischen Anfalls im April 2013 sei ein Cavernom im Gyrus präcentralis rechts diagnostiziert worden. Wegen Nachblutungen sei das Cavernom am 10. September 2013 im K.____ erfolgreich reseziert worden. Prä- und perioperativ sei es zu einfach-fokalen Anfällen mit sensiblen und motorischen Entäusserungen gekommen. Unter einer Therapie mit Lamotrigin und Keppra habe eine zufriedenstellende Kontrolle der symptomatischen Epilepsie erzielt werden können. Auf die Frage nach den angegebenen Beschwerden wird ausgeführt, postoperativ sei es zu Koordinationsstörungen wie auch Konzentrationsstörungen, Fatigue und eingeschränkter Belastbarkeit im Alltag und im beruflichen Umfeld gekommen. Die Beschwerdeführerin sei auf Grund der Feinmotorikstörung der linken Hand, der Koordinationsstörung der letzteren sowie der eingeschränkten Belastbarkeit und der Konzentrationsstörungen nicht mehr in der Lage, ihre bisherige Tätigkeit als Fabrikangestellte auszuüben. Durch ambulante Ergo- und Physiotherapie und Konditionstraining könne die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden. Andere Tätigkeiten, auf Grund der eingeschränkten Belastbarkeit und der Konzentrationsstörungen in einem eingeschränkten Pensum, z.B. im administrativen Bereich seien der Beschwerdeführerin zumutbar. Dies im Rahmen von ein bis zwei Stunden täglich, wobei eine nicht genau zu beziffernde verminderte Leistungsfähigkeit bestehe.

5.6 Dem Bericht des Zentrums für Verhaltensneurologie des H.____ vom 2. September 2014 (IV-Nr. 28.2 S. 9 f.) ist aus verhaltensneurologisch-neuropsychologischer Sicht ein sehr erfreulicher Verlauf bei Status nach Resektion eines Cavernoms im Gyrus präzentralis rechts mit durchwegs unauffälligen kognitiven Befunden zu entnehmen. Klinisch auffallend sei lediglich eine diskrete Affektlabilität, assoziiert an die residuelle rechtshemisphärische Läsion. Die subjektiv beschriebene Einschränkung der Belastbarkeit sei insbesondere durch die Fatigue-Symptomatik sowie die somatischen Restsymptome bedingt. Aus rein verhaltensneurologisch-neuropsychologischer Sicht ergäben sich keine zusätzlichen therapeutischen Massnahmen. Aus neuropsychologischer Sicht spreche auch nichts gegen das Wiedererlangen des Lernfahrausweises, einen positiven Entscheid auch aus epileptologischer Sicht vorausgesetzt.

5.7 Gemäss Bericht der Neurologischen Klinik des H.____ vom 26. November 2014 (IV-Nr. 28.2 S. 3 f.) sei es trotz regelmässiger Einnahme von Levetiracetam 2g/Tag und Lamotrigin 200mg/Tag vor ca. zwei Wochen zu mehrmaligen selbstlimitierenden einfach fokalen Anfällen mit Kloni am linken Mundwinkel sowie am linken Thenar gekommen. Der EEG-Befund vom 25. November 2014 zeige eine diskrete Befundverschlechterung im Vergleich zu der Voruntersuchung vom 8. September 2014: zusätzlich zu einem vorbestehenden intermittierenden Herdbefund rechts temporo-parietal fänden sich neu eingelagerte steilere Grapho-Elemente mit Phasenumkehr.

5.8 Dem neurologischen Gutachten von Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 22. März 2015 (IV-Nr. 28.1) lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen:

Die Gutachterin stellt fest, die Beschwerdeführerin leide in der Folge einer Cavernomeinblutung im April 2013 und Kraniotomie präzentral rechts im September 2013 an einer symptomatischen Epilepsie mit fokalen Anfällen, einer Feinmotorikstörung der linken Hand, einer diskreten Affektlabilität und einer ausgeprägten Fatiguesymptomatik, wobei sich vor allem letztere limitierend auf alle Tätigkeiten auswirke. Prolongierte Fatigue nach Hirnschädigungen sei beschrieben, oft aber auch im Zusammenhang mit begleitenden systemischen und psychiatrischen Leiden. Internistische und psychiatrische Erkrankungen seien im vorliegenden Kontext unwahrscheinlich (zeitlicher Zusammenhang, Symptomatik), müssten aber differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Eine Fatigue habe während der knapp zweistündigen neurologischen Untersuchung nicht beobachtet werden können. Aus den Akten ergäben sich auch keine Hinweise auf eine ermüdungsbedingte Leistungsverminderung während der neuropsychologischen Untersuchung. Es bestünden somit Inkonsistenzen bezüglich beobachtetem Leistungsvermögen in den erwähnten Untersuchungssituationen und der Selbstwahrnehmung der Beschwerdeführerin. Dies erschwere eine quantitative Einschätzung der Fatigue und damit die Beurteilung einer allfälligen Leistungsverminderung (S. 14). Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich die Gutachterin dahingehend, die bisherige Tätigkeit sei seit dem Ereignis vom 23. April 2013 nicht mehr zumutbar. Seit diesem Datum sei auch die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit teilweise eingeschränkt. Unmittelbar nach dem Ereignis und postoperativ sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig gewesen. Im Oktober 2013 sei anlässlich einer neurologischen Verlaufskontrolle im K.____ ein blander neurologischer Status beschrieben worden. Dem widerspreche die seit Januar 2014 in den neurologischen Verlaufskontrollen konstant beschriebene Feinmotorikstörung der linken Hand (Dysdiadochokinese,

ataktisches alternierendes Fingertapping). Es könne somit davon ausgegangen werden, dass sich die initiale Armparese links spätestens im Januar 2014 bis auf eine Feinmotorikstörung der linken Hand zurückgebildet habe und dass der limitierende Faktor für eine angepasste Tätigkeit seit diesem Zeitpunkt die Fatiguesymptomatik sei. Diese werde von der Beschwerdeführerin als konstant beschrieben. Da kein Arbeitsversuch stattgefunden habe, habe die eigentliche Leistungsfähigkeit nicht ermittelt werden können, was eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und ihrer Entwicklung für eine angepasste Tätigkeit erschwere (S. 15).

5.9 Im Schlussbericht der beruflichen Abklärung (BEFAS) D.____ vom 2. November 2015 (IV-Nr. 41) wird angegeben, die Abklärung habe vom 17. August bis 4. September 2015 und vom 12. Oktober bis 16. Oktober 2015 gedauert. Der fünfwöchige Unterbruch sei aus medizinischen Gründen erfolgt, da die Beschwerdeführerin neu das Medikament Lyrica verschrieben erhalten habe und dessen Wirkung habe abgewartet werden wollen. Die Beschwerdeführerin habe einen Unterschied bezüglich Schmerzen verspürt, ansonsten sei alles gleich wie vorher geblieben. Dem Bericht lässt sich entnehmen, es habe sich während der Abklärung ein erhöhter Pausenbedarf und eine reduzierte Leistung gezeigt. Das Pensum von 36 Stunden pro Woche habe die Beschwerdeführerin halten können, dieses jedoch als zu hoch beklagt. Auch der Schmerzurückgang infolge Medikamentenwechsels habe nach dem fünfwöchigen Abklärungsunterbruch nicht zu einer Leistungszunahme geführt. Ebenso wenig ausschliesslich einhändige Arbeiten, um die linke Hand schonen zu können. Es könne nicht differenziert werden, ob die Verlangsamung auf eine Fatigue zurückzuführen sei oder ob ebenfalls Angst, Motivation und Überzeugungen einen Einfluss hätten. In den Gesprächen, welche jeweils weniger als eine Stunde gedauert hätten, hätten keine Ermüdungserscheinungen festgestellt werden können. Aktuell könne die Beschwerdeführerin nicht in den freien Arbeitsmarkt integriert werden. Aufgrund der Arbeitsergebnisse könne die quantitative Arbeitsfähigkeit nicht benannt werden.

5.10 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 27. Juni 2017 (IV-Nr. 66.2) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 11):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Aus psychiatrischer Sicht lässt sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00)

In seiner Beurteilung hält Dr. med. F.____ fest, anlässlich der aktuellen Untersuchung liessen sich anamnestisch die Symptome der zeitweise einschliessenden und zwei bis drei Minuten dauernden Kopfschmerzen, der zeitweiligen jeweils zehn bis dreissig Minuten dauernden Schmerzen im Bereiche der linken Hand, des Kribbelns im linken Kopf und des linken Armes sowie des zeitweise auftretenden Zuckens im Daumen nachweisen. Diese Beschwerden würden unterschiedlich häufig auftreten, manchmal einen ganzen Tag nicht, dann wiederum mehrmals tagsüber. Bei Auftreten dieser Beschwerden müsse sich die Beschwerdeführerin offenbar hinlegen, hinsetzen oder eine Pause machen. Im Widerspruch dazu berichte sie indes, dass sie bei Kopfschmerzen frische Luft benötige und nach draussen gehen müsse. Diese Beschwerden bestünden seit der Hirnblutung im April 2013. Den somatischen Akten könne nicht klar entnommen werden, inwieweit sich diese

Schmerzen nach wie vor und hinreichend durch körperliche Störung erklären liessen. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass sich keine Belastungen nachweisen liessen, welche schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Beschwerden zu stehen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung liessen sich weder familiäre noch berufliche Belastungen nachweisen. Weiter könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung nicht gestellt werden (S. 12). Die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien seien erfüllt. Unter Berücksichtigung sowohl der anamnestisch geklagten Beschwerden und der während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunde lasse sich eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom diagnostizieren. Die Angaben bezüglich des Beginns dieser Beschwerden seien widersprüchlich. Die Beschwerdeführerin erkläre spontan, dass diese Beschwerden seit der Hirnblutung im April 2013 bestünden. Auf weitere Befragung berichte sie danach jedoch, dass sich diese Beschwerden vor etwa einem oder eineinhalb Jahren intensiviert hätten. Ein Grund für die Intensivierung lasse sich jedoch nicht herauskristallisieren. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin hätten sich auch die oben genannten Schmerzen und Parästhesien vor einem bis eineinhalb Jahren intensiviert. Auch diesbezüglich liessen sich keine Gründe herauskristallisieren. Die Ursache für die geklagte Intensivierung der Beschwerden bleibe unklar (S. 13). Eine mittel- oder gar schwergradige Depression sei vorliegend nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin könne die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend alleine erledigen, auch wenn sie dabei Unterstützung von ihrem Ehemann und den beiden älteren Töchtern erhalte. Relevante kognitive Beeinträchtigungen hätten sich rein klinisch nicht feststellen lassen und die durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka habe ergeben, dass nicht sämtliche Medikamente regelmässig eingenommen würden. Darüber hinaus sei die Sitzungsfrequenz mit einer Sitzung pro Monat bei der behandelnden Psychologin als nicht sehr intensiv zu bezeichnen. Dr. med. F.____ gelangt zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht lasse sich zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit begründen, es liege auch keine Verminderung der Leistungsfähigkeit vor. Trotzdem werde zur weiteren Stabilisierung des Gesundheitszustandes die Weiterführung der bestehenden Gesprächsbehandlung und der psychopharmakologischen Therapie empfohlen: Die Beschwerdeführerin dürfte davon weiter profitieren können. Sie solle jedoch zu einer verbesserten Compliance bezüglich der verordneten Medikamente motiviert werden.

5.11 Dem neurologischen Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 20. Juli 2017 (IV-Nr. 66.1) lassen sich folgende Diagnosen (S. 20) entnehmen:

Status nach Cavernomeinblutung im rechten Gyrus präzentralis im April 2013

Der Gutachter führt aus, aus neurologischer Sicht lägen prinzipiell keine divergierenden Diagnosen vor. Allerdings werde das Ausmass und die Auswirkungen einer residuellen Fatigue recht unterschiedlich beurteilt. Gemäss Dr. med. G.____ zeigten sich anlässlich der eigenen Untersuchungen keinerlei Hinweise auf kognitive Defizite und betreffend Vigilanz lediglich leichte Hinweise auf Ermüdungserscheinungen nach der Anamnese (S. 25). Aus neurologischer Sicht könne heute die Diagnose einer fokalen Epilepsie nach Cavernomeinblutung und Cavernom-Operation mit einfach-fokal-motorischen Anfällen im Bereich der linken Hand weiterhin bestätigt werden bzw. sei diese Diagnose überwiegend wahrscheinlich. Der diesbezüglich weitgehend unauffällige Befund anlässlich der Langzeitableitung schliesse die Diagnose nicht aus, da es sich wahrscheinlich um einen sehr

kleinen auslösenden Herd handle. Auch wenn nie mehr generalisierte Anfälle aufgetreten seien, seien der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten mehr zumutbar, welche durch einen allfälligen epileptischen Anfall gefährlich sein könnten. Auch die leichte, sensible Störung im Bereich der linken Hand, die mögliche, diskrete Krafteinschränkung im Bereich der linken Hand und die leichte Einschränkung der Feinmotorik und Koordination im Bereich der linken Hand könnten aus neurologischer Sicht ebenfalls als Folge nach Cavernomeinblutung und -operation weiterhin bestätigt werden. Damit liege weiterhin eine Einschränkung vor, was schwerere Arbeiten mit der linken Hand sowie Tätigkeiten, welche Geschicklichkeit mit der linken Hand erforderten, betreffe. Was die anfallsartigen sensiblen Beschwerden, bzw. Schmerzen brachio-facial links betreffe, könne keine sichere Diagnose gestellt werden. Theoretisch könnten diese Beschwerden ebenfalls einfach-fokalen-sensiblen epileptischen Phänomenen entsprechen. Diese Diagnose könne aber nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die ebenfalls anfallsartigen, teilweise mehrfach täglich über 2 ■ 3 Minuten auftretenden Kopfschmerzen im Bereich der Operationsnarbe am Schädel rechts könnten mit Wahrscheinlichkeit noch als postoperativ angesehen werden und hätten laut Schilderungen der Beschwerdeführerin auch einen neuropathisch anmutenden Charakter. Dagegen spreche allerdings die mangelnde Beeinflussung derselben durch Lyrica und Depakine. Das grösste Problem betreffend die Arbeitsfähigkeit stelle weiterhin die von der Beschwerdeführerin beklagte erhebliche Fatigue dar (S. 26 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. G.____ dahingehend, aufgrund der Epilepsie könnten keine Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten, Dächern sowie weiteren Situationen mit Absturzgefahr mehr zugemutet werden, ebenso wenig Tätigkeiten an oder mit gefährlichen Maschinen und Geräten, auch nicht Schichtarbeit. Nicht zumutbar sei auch die alleinige Betreuung von anderen Personen. Aufgrund der leichten sensomotorischen Störungen inklusive leichte Einschränkung von Koordination und Feinmotorik im Bereich der linken Hand könnten keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr zugemutet werden und auch keine Tätigkeiten, welche Geschicklichkeit mit der linken Hand erforderten. Aufgrund der rezidivierenden Kopfschmerzen und einer gewissen anzunehmenden, im Ausmass wohl höchstens leichten Fatigue müsse eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge verminderter Effizienz angenommen werden. Das Ausmass könne auf 20 % ■ höchstens aber 30 % eingeschätzt werden. Die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin resp. Maschinenführerin und im Bereich Handmontage könne der Beschwerdeführerin aufgrund der residuellen Beschwerden nicht mehr zugemutet werden. Die Unzumutbarkeit datiere seit der Erkrankung resp. seit dem 9. April 2013, als die Arbeit habe niedergelegt werden müssen. Zumutbar sei heute eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeitstätigkeit ohne Gefahrenmomente durch eine Epilepsie wie oben beschrieben, ohne Anforderungen an Feinmotorik und Koordination im Bereich der linken Hand ganztags mit einer Arbeitseffizienz von 70 ■ 80 %. Retrospektiv gesehen sei eine solche Verweistätigkeit seit Frühjahr 2014, also etwa ein Jahr nach der akuten Erkrankung zumindest zu 20 % zumutbar, seit Herbst 2014 zu 50 % und seit Frühjahr 2015 im heutigen Ausmass. Dabei dürfte die Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr oder wenig kontinuierlich erfolgt sein (S. 27 f.).

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das neurologische Gutachten von Dr. med. G.____ vom 20. Juli 2017 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 27. Juni 2017 ab, weshalb deren

Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Grundsätzlich werden die beiden Gutachten den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in allen Punkten gerecht. So wurden zunächst sowohl die Vorgeschichte und der Untersuchungsauftrag als auch sämtliche Vorakten zusammengefasst. Es kann daher bei den Gutachtern von der Kenntnis sämtlicher Vorakten ausgegangen werden. Weiter wurde die Beschwerdeführerin je einer separaten Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen, womit auch ihre geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind. Zudem beruhen die Gutachten auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin.

6.2 Im neurologischen Gutachten wird festgehalten, die Diagnose einer fokalen Epilepsie nach Cavernomeinblutung und Cavernom-Operation mit einfach-fokal-motorischen Anfällen im Bereich der linken Hand könne bestätigt werden resp. sei überwiegend wahrscheinlich. Inhaltlich legt Dr. med. G. ___ nachvollziehbar dar, dass es sich bei der von der Beschwerdeführerin beklagten ausgeprägten Fatigue vorwiegend um ein subjektives Problem handle, nachdem sich eine solche weder während der neuropsychologischen Untersuchung, noch anlässlich der neurologischen Begutachtung von März 2015, noch während der aktuellen neurologischen Untersuchung und auch nicht anlässlich der BEFAS-Abklärung habe feststellen lassen. Diese Fatigue mit auch Verlangsamung führe aber nach der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin zu einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit. Wie bereits durch die Neurologin Dr. med. C. ___ beurteilt, könne eine Fatigue durchaus Folge einer rechts-frontalen intrazerebralen Läsion sein. Die Ausführungen des Gutachters, wonach das Ausmass der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Fatigue aufgrund sämtlicher zur Verfügung stehenden Informationen nicht genügend wahrscheinlich sei, womit ein erheblicher Verdacht auf Aggravation der Beschwerden geäussert werden müsse, leuchten ein. Eine residuelle leichte Affektlabilität nach rechts frontaler, intracerebraler Läsion sei durchaus möglich und aufgrund der Resultate der verhaltensneurologisch neuropsychologischen Untersuchung auch möglich bis wahrscheinlich, auch wenn sie heute klinisch nicht (mehr) feststellbar gewesen sei. Dr. med. G. ___ kann gefolgt werden, wenn er ausführt, in prognostischer Hinsicht könne heute mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der medizinische Endzustand seit längerer Zeit, zumindest seit September 2015, also zwei Jahre nach der Operation, erreicht sei und relevante Veränderungen in Zukunft aus neurologischer Sicht nicht zu erwarten seien (S. 26 f.). Angesichts der gestellten Diagnosen (vgl. E. II 5.11 hiervor) ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter aus neurologischer Sicht unter Berücksichtigung des Anforderungsprofils in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 ■ 30 % attestierte (vgl. IV-Nr. 66.1 S. 28).

An dieser Einschätzung ändern auch die divergierenden resp. wesentlich tiefer ausgefallenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen, namentlich durch die behandelnden Neurologen, nichts, denn diese beruhen ausschliesslich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, insbesondere der von ihr beschriebenen schweren Fatigue. Eine solche konnte indes von Dr. med. G. ___ nicht bestätigt werden. Dem Gutachter ist zu folgen, wenn er ausführt, aus rein neurologischer Sicht könne nicht begründet werden, dass sich die Beschwerdeführerin heute als praktisch nicht mehr arbeitsfähig betrachte.

6.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 27. Juni 2017 (IV-Nr. 66.2) wird nachvollziehbar dargelegt, aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine Belastungen

nachweisen, welche schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden zu stehen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung liessen sich weder familiäre noch berufliche Belastungen nachweisen. Als einzige, allerdings nicht-medizinische, Belastung könne der negative Vorbescheid der IV-Stelle Solothurn vom 13. April 2016 genannt werden bezüglich der seit etwa ein oder eineinhalb Jahren bestehenden depressiven Beschwerden. Des Weiteren setzt sich Dr. med. F.____ eingehend mit den Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung auseinander und verneint diese schlüssig, nachdem die Beschwerdeführerin während der aktuellen Untersuchung nicht den Eindruck hinterlassen habe unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden und Mimik und Gestik zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben angedeutet hätten (S. 12). Ebenso kann dem Gutachter gefolgt werden, wenn er die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien als erfüllt betrachtet: Anamnestisch liessen sich die Symptome der oft traurigen und zum Teil weinerlichen, zum Teil gereizten, zeitweise aber auch fröhlichen Stimmung, der Angst vor einer erneuten Hirnblutung, der verminderten Energie, der schnelleren Ermüdbarkeit, der Einschlafstörung, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Selbstvertrauens sowie des manchmal auftretenden Gefühls von allem genug zu haben, eruieren. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen, die Beschwerdeführerin könne immer wieder lächeln, manchmal auch lachen, sie sei zudem zu Spässen aufgelegt. Einzig bei der gezielten Befragung nach ihrer Stimmung lasse sich vorübergehend und kurzdauernd eine bedrückt-traurige Stimmung erkennen, die die Beschwerdeführerin habe auch Tränen in den Augen. Eine subjektiv von ihr beklagte Vergesslichkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit lasse sich während der aktuellen Untersuchung rein klinisch nicht feststellen. Die Beschwerdeführerin sei während der gesamten 1,5 Std. dauernden Exploration sehr konzentriert, sie könne auch meist präzise Angaben machen. Vorübergehend liessen sich kurzdauernd gewisse Hinweise auf eine Müdigkeit feststellen. Diese sei jedoch nur von kurzer Dauer. Am Ende der Untersuchung hinterlasse die Beschwerdeführerin wieder einen völlig wachen und vitalen Eindruck. Unter Berücksichtigung sowohl der anamnestisch geklagten Beschwerden und der während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunde lasse sich eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom diagnostizieren (S. 13). Dr. med. F.____ begründet weiter schlüssig, weshalb eine mittelgradige oder gar schwergradige Depression im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden kann. Dem Tagesablauf sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend alleine erledigen könne, auch wenn sie dabei von ihrem Ehemann und ihren beiden älteren Töchtern unterstützt werde. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit innerfamiliär, aber auch diejenige mit den in Serbien lebenden Eltern und dem Bruder sowie den Freundinnen sei als intakt zu beurteilen. Weiter spreche auch die Tatsache gegen das Vorliegen einer mittelgradigen oder gar schwergradigen Depression, dass sich während der aktuellen Untersuchung rein klinisch keine relevanten kognitiven Beeinträchtigungen hätten feststellen lassen. Die heute durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka ergebe für das Lamotrigin und das Venlafaxin einen Wert innerhalb des Normbereichs, derjenige für die Valproinsäure liege unterhalb des unteren Normbereichs. Diese Tatsache könne als weiterer Ausdruck dafür gewertet werden, dass lediglich ein leichtgradiger Schweregrad der Depression vorliege, wäre doch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei einem ausgeprägten Leidensdruck sämtliche ihr verordneten Psychopharmaka regelmässig

einnehmen würde. Des Weiteren sei auch die Sitzungsfrequenz der Psychotherapie bei der behandelnden Psychologin mit einer Sitzung monatlich als nicht sehr intensiv zu beurteilen. Weiter sei festzuhalten, dass das Lamotrigin, welches ebenfalls einen antidepressiven Effekt habe, nicht aus psychiatrischer Seite verordnet worden sei, sondern aus neurologischer Sicht wegen der Epilepsie. Das zweite Antiepileptikum, das Valproat, sei indes aber offenbar vor vier Wochen wegen der Depression verordnet worden. Die verordnete medikamentöse antidepressive Behandlung könne insgesamt als adäquat betrachtet werden. Sodann leuchten die Ausführungen des Gutachters ein, wonach sich schwerwiegende Komorbiditäten nicht nachweisen und in der Persönlichkeitsstruktur keine relevanten Psychopathologien feststellen liessen. Die Beschwerdeführerin sei sozial gut eingebettet, wie oben dargelegt. Behandlungs- und eingliederungsanamnestiche lasse sich ein ausgewiesener Leidensdruck feststellen. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit Juni 2016 am I.____ in psychologischer/medizinischer Behandlung. Ab Mitte August 2015 habe sie eine berufliche Abklärung im D.____ absolviert. Es habe eine Beurteilung resultiert, aufgrund welcher die Beschwerdeführerin nicht in den freien Arbeitsmarkt integriert werden könne. Die Beschwerdeführerin habe einen erhöhten Pausenbedarf und eine reduzierte Leistung gezeigt. Aufgrund der aktuellen Untersuchung sowie der zu diagnostizierenden leichtgradigen depressiven Episode lasse sich eine solch hohe Einschränkung aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. Der Gutachter weist darauf hin, dass sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen feststellen lasse unter Berücksichtigung der Angaben des Tagesablaufs sowie der intakten psychosozialen Funktionsfähigkeit einerseits, andererseits der ausserordentlich tiefen Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdeführerin. Weiter liessen sich Ressourcen erkennen. Die Beschwerdeführerin lese gerne Bücher, im Fernseher schaue sie gerne Dokumentations- und lustige Sendungen, bei welchen sie auch lachen könne. Differentialdiagnostisch wäre bezüglich der leichtgradigen depressiven Episode an eine Dysthymia zu denken. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF APP könne aus rein psychiatrischer Sicht insgesamt als nicht relevant eingeschränkt beurteilt werden. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren könne aus rein psychiatrischer Sicht von einer nicht ungünstigen Prognose ausgegangen werden. Relevante Funktionseinschränkungen liessen sich aus psychiatrischer Sicht nicht nennen. Die von Dr. med. F.____ vorgenommene umfassende Indikatorenprüfung hält den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6) stand, weshalb darauf abgestellt werden kann. Dies gilt umso mehr, da auf die Prüfung der Standardindikatoren verzichtet werden kann, wenn ■ wie vorliegend ■ im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint wird, und allfällig gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_14/2018 vom 12. März 2018 E. 2.1 mit Hinweisen). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit kommt der Gutachter nachvollziehbar zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht lasse sich zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit begründen und es liege auch keine Verminderung der Leistungsfähigkeit vor.

Auch die Berichte des I.____ vom 1. September 2016 (IV-Nr. 59), 4. Oktober 2016 (IV-Nr. 61) und 8. Mai 2018 (IV-Nr. 83) erwecken keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. F.____. Einerseits wurde das psychiatrische Gutachten vom 27. Juni 2017 in Kenntnis der

Berichte vom 1. September 2016 und 4. Oktober 2016 erstellt und Dr. med. F.____ hat sich eingehend mit diesen auseinandergesetzt (vgl. IV-Nr. 66.2 S. 15), andererseits enthält auch der Bericht vom 8. Mai 2018 (IV-Nr. 83) keine neuen Angaben. Darüber hinaus stammen die Berichte von den die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzten und beruhen nicht auf allseitigen Untersuchungen, sondern stützen sich wesentlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Sodann wird die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch für angepasste Tätigkeiten nicht schlüssig begründet. Darüber hinaus finden sich in den Akten vor diesen Berichten keine Hinweise auf das Vorliegen einer Depression. Unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann somit nicht auf die Berichte des I.____ abgestellt werden (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

Gestützt auf die beiden Fachgutachten vermag schliesslich auch die im bidisziplinären Konsens erfolgte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Demnach besteht für die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin Maschinenführerin und in der Handmontage eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. April 2013. Eine angepasste Tätigkeit ohne Gefahrenmomente durch die Epilepsie, ohne Anforderungen an Feinmotorik und Koordination im Bereich der linken Hand ist der Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2014 zu 20 % zumutbar, seit Herbst 2014 zu 50 %. Seit dem Frühjahr 2015 besteht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung um 20 ■ 30 %.

6.4 Schliesslich vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert der beiden Gutachten nicht zu schmälern. So ist zum einen festzuhalten, dass weitere fremdanamnestiche Angaben dort nicht unbedingt erforderlich sind, wo sich ■ wie vorliegend der Fall ■ bereits Berichte der behandelnden Ärzte in den Akten befinden. Es steht dem Gutachter bei der Frage, ob er weitere fremdanamnestiche Auskünfte / Angaben benötigt, denn auch ein gewisser Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit Hinweisen). Folglich kann aus dem Verzicht auf das Einholen einer Fremdanamnestiche durch Dr. med. F.____ nicht auf eine Minderung des Beweiswertes seines psychiatrischen Teilgutachtens geschlossen werden. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her denn auch nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist, was vorliegend der Fall ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.2.1). Darüber hinaus kommt dem Gutachter bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen), weshalb die Beschwerdeführerin aus dem Verzicht auf die Durchführung eines neuropsychologischen Screenings nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Wenn die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, Dr. med. F.____ habe den Untersuchungsverlauf gefälscht, da sie nie mitgeteilt habe, eine intensive freundschaftliche Beziehung zu zwei Frauen zu führen, zu lesen und fern zu schauen, ist ihr entgegen zu halten, dass auch Dr. med. G.____ in seinem Gutachten zum Tagesablauf entsprechende Feststellungen gemacht hat (vgl. IV-Nr. 66.1 Ziff. 2.2 S. 6 und Ziff. 2.4 S. 7), welche von der Beschwerdeführerin indes nicht als falsch bezeichnet wurden. Entsprechende Aussagen finden sich darüber hinaus im BEFAS-Bericht vom 2. November 2015, wobei Lesen als ihr Hobby angegeben wird (IV-Nr. 41 S. 2). Bücher lesen sei für sie Entspannung. Zudem schildere die Beschwerdeführerin ein Kribbeln in der linken Hand, wenn sie länger fernsehe

(IV-Nr. 41 S. 14). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind damit wenig glaubwürdig.

Ebenfalls steht das Einholen von fremdanamnestischen Angaben, wie es Dr. med. G.____ gemacht hat (vgl. IV-Nr. 66.1 S. 7 Ziff. 2.6), in seinem Ermessen. Wenn die Beschwerdeführerin vorbringt, der Gutachter sei nicht in der Lage, die Arbeitsfähigkeit im Jahr 2015, damit retrospektiv, zu beurteilen, ist ihr entgegen zu halten, dass sich Dr. med. G.____ bei seiner Einschätzung auf die medizinische Aktenlage abstützt. So äusserte sich Dr. med. C.____ in ihrem neurologischen Gutachten vom 22. März 2015 dahingehend, es könne davon ausgegangen werden, dass sich die initiale Armparese links spätestens seit Januar 2014 bis auf eine Feinmotorikstörung der linken Hand zurückgebildet habe und der limitierende Faktor für eine angepasste Tätigkeit seit diesem Zeitpunkt die Fatiguesymptomatik sei. Aus neurologischer Sicht waren bis auf die Behandlung und Einstellung der Epilepsie damit keine weiteren therapeutischen Massnahmen erforderlich. Auch zeigte sich bei der BEFAS-Abklärung von August bis Oktober 2015 eine gewisse Diskrepanz zwischen den dargestellten Limitierungen und den objektivierbaren Resultaten, so dass nicht eindeutig beurteilt werden konnte, ob das Verhalten der Beschwerdeführerin auf die Fatigue zurückzuführen sei oder ob auch andere Faktoren wie Angst, Motivation und Überzeugungen Einfluss zeitigten. Im Übrigen liegen für die besagte Zeit, d.h. für das Jahr 2015 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. G.____ keine medizinischen Akten vor, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht anders beurteilen würden. Schliesslich stammen anderslautende Arbeitsfähigkeitseinschätzungen allesamt von behandelnden Ärzten, wobei sich diese jeweils nicht auf umfassenden Untersuchungen unter Berücksichtigung sämtlicher Akten, sondern vorderhand auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützen, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Schliesslich ändert auch der von der Beschwerdeführerin ins Feld geführte Bericht der Klinik für Neurologie des H.____ vom 20. Februar 2018 (IV-Nr. 91 S. 27 f.) nichts, zumal es sich einerseits erneut um die Widergabe der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden handelt und andererseits im Laufe des Jahres 2016 aufgetretene Symptome (chronische Kopfschmerzen) geschildert werden, welche bei der umfassenden Begutachtung im Jahr 2017 bereits berücksichtigt wurden. Unter all diesen Umständen ist die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr. med. G.____ nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.5 Zusammenfassend erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen als nachvollziehbar und die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten sind als voll beweismässig zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht ab September (Herbst) 2014 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und ab März 2015 (Frühjahr) von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen.

7. Während das Valideneinkommen und grundsätzlich auch das Invalideneinkommen unbestritten geblieben sind, wird von der Beschwerdeführerin der Umstand gerügt, dass die Beschwerdegegnerin vom Invalideneinkommen einen Abzug vom Tabellenlohn von lediglich 10 % vorgenommen hat. Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, sie habe Anrecht auf einen Tabellenlohnabzug von 25 %.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter,

Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Bei der Unangemessenheit geht es um die Frage, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 125 V 75 E. 6 S. 81 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin rechtfertigt einen Abzug von 25 % damit, dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit gänzlich arbeitsunfähig und dazu gezwungen sei, eine Arbeitsstelle in einer anderen Branche zu suchen. Dieser Umstand allein rechtfertigt keinen Maximalabzug. Der Abzug von 10 % ist angemessen. Darüber hinaus würde bei einem leidensbedingten Abzug in der geltend gemachten Höhe von 25 % ab 1. Juli 2015 ein Invaliditätsgrad von 34 % resultieren, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung bestünde.

8. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133 f., 126 V 143 E. 4a S. 149 f.).

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder 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 ■ CHF 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

Demnach wird anerkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Fischer

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_189/2019 vom 1. April 2019 nicht ein.

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