

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.65 vom 7. Mai 2019

SO Obergericht, 2019-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.65\\_d20190507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.65_d20190507)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.65 du 7 mai 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.65 del 7 maggio 2019

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1985 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) absolvierte eine Lehre als Gastronomiefachassistentin und arbeitete zuletzt seit 1. März 2011 (bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin per Ende Mai 2014) im Room-Service der B.\_\_\_\_, [...], im Rahmen eines Teilzeitpensums von 80 % (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 1, 5, 14, 20). Unter Hinweis auf eine psychische Überlastung und wiederholte krankheitsbedingte Absenzen meldete sich die Beschwerdeführerin am 20. August 2013 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Nr. 1). Aufgrund eines am 18. September 2013 erlittenen Schlaganfalles und der damit einhergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit folgte am 5. November 2013 die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (beruflichen Integration/Rente) der Invalidenversicherung (IV-Nr. 5).

1.2 Nach Durchführung eines Intake-Gesprächs am 9. Dezember 2013 (vgl. Protokoll in IV-Nr. 11) und Vornahme verschiedener Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht hielt die zuständige Eingliederungsfachfrau am 13. Oktober 2014 fest, dass mittelfristig nicht mit beruflichen Eingliederungsmassnahmen begonnen werden könne, da die dafür notwendige Belastbarkeit nicht gegeben sei und die Beschwerdeführerin im Februar 2015 ein Kind erwarte (IV-Nr. 29).

1.3 In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Akten ein und veranlasste nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 36) ein polydisziplinäres Gutachten (Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie) bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, [...] (vgl. IV-Nr. 42), welches am 2. Mai 2016 erstattet wurde (IV-Nr. 46.1). Im Weiteren liess die Beschwerdegegnerin am 13. Oktober 2016 eine Haushaltsabklärung vornehmen (Bericht vom 29. November 2016 [IV-Nr. 65]) und stellte mit Vorbescheid vom 30. November 2016 (IV-Nr. 66) die Zusprache einer befristeten Invalidenrente in Aussicht.

1.4 Aufgrund der dagegen erhobenen Einwände (vgl. IV-Nr. 67) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), welche am 1. und 2. März 2017 im Spital D.\_\_\_\_ durchgeführt wurde (Bericht vom 22. März 2017 [IV-Nr. 76]). Nach erneuter Vorlage an den RAD (vgl. IV-Nr. 78) sowie den Abklärungsdienst (vgl. IV-Nr. 81) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 30. Januar 2018 (IV-Nr. 86; Aktenseiten [A.S. 1 ff.]) ab 1. September 2014 bis 31. Mai 2016 eine befristete ganze Invalidenrente (inklusive Kinderrente ab

Februar 2015) zu.

## **E. 2**

2.1 Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 26. Februar 2018 (Datum der Postaufgabe) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S. 8 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. In Aufhebung der Verfügung vom 30. Januar 2018 sei ab 1. September 2014 eine unbefristete Invalidenrente in noch zu bestimmender Höhe zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die IV-Stelle Solothurn in Aufhebung der Verfügung vom 30. Januar 2018 anzuhalten, zur Zumutbarkeitsfrage zusätzliche medizinische Abklärungen zu treffen, um in Kenntnis der Abklärungsergebnisse erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden.
3. Alles unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Ausserdem beantragt die Beschwerdeführerin eine Partei- und Zeugenbefragung (vgl. A.S. 11).

2.2 Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Mai 2018 (A.S. 18 ff.) auf Abweisung der Beschwerde.

## **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes 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). Im vorliegenden Fall wird eine (invalidisierende) gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem Schlaganfall am 18. September 2013 geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Anmeldung am 5. November 2013, IV-Nr. 5), was hier somit im Mai 2014 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann vorliegend aufgrund der einjährigen Wartezeit demnach frühestens ab 1. September 2014 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind 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.

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und

Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.5 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäußerten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. September 2014 zu Recht eine bis zum 31. Mai 2016 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen, darüber hinaus jedoch einen Rentenanspruch verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Gemäss Bericht vom 26. November 2013 (IV-Nr. 19 S. 5 ff.) war die Beschwerdeführerin vom 3. Oktober bis 13. November 2013 im G.\_\_\_\_-Spital zur Neurorehabilitation hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte hielten unter Leitung von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest:

1. Akuter ischämischer Infarkt im Stromgebiet der A. cerebri media rechts bei iv/ia.-bridging-Thrombolyse mit mechanischer Revask. eines A. cerebri media-Verschluss rechts am 18. September 2013,

- Klinik bei Rehabeginn: sensomotorische Hemiparese links, partielle Hemianopsie nach links, Dysarthrie, dystone Handstellung links, sens. Hemineglect (links), neurokognitive Auffälligkeiten. NIH-Stroke Scale Score: 7 Punkte

- Ätiologie: kardioembolisch bei persistierendem PFO (Diagnose 2)

- cvRF: Nikotinabusus, orale Kontrazeption

2. Persistierendes Foramen ovale (PFO) mit spontanem rechts-/links-Shunt ohne Vorhofseptum-Aneurysma, ED September 2013

- TTE 19. September 2013: unauffällige Links- und Rechtsherzdimensionen/Funktionen, keine Klappenvitien, keine Thromben, Nachweis eines rechts-/links-Shunts auf Vorhofebene, kein Vorhofseptum-Aneurysma

- PFO-Verschluss am 1. Oktober 2013

3. Hartnäckige Parodontalabszesse ED 14. Oktober 2013 bei generalisierter juveniler Parodontitis

- stattgehabte Therapien: Inzision, Dalacin i.v., Metronidazol und Ciproxin

4. Allergien: Penicillin und Hymenopteren

5. Nebendiagnosen: St. n. Exzision Juni 2012, Nachexzision Juli 2012 bei Melanom in situ Vorfuss rechts, St. n. Exzision dysplastischer Nävus Gesäss rechts September 2012, St. n. Cannabis-Konsum

Im Rahmen der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung liessen sich keine Hemianopsie bedingten Einbussen der visuell-perzeptiven und visuokonstruktiven Leistungen (einzig auffällig das Vorgehen beim Abzeichnen der komplexen Figur mit Beginn rechts) sowie auch des Lesens, Schreibens oder Rechnens objektivieren; kein Hinweis auf visuellen Restneglect. Mittelschwere Beeinträchtigungen fänden sich in Bereich der komplexeren Aufmerksamkeitsleistungen (geteilte Aufmerksamkeit) sowie in Teilbereichen der Exekutivfunktionen (figurale Fluenz, visuelle Konzeptbildung). Leichte bis mittelschwere Auffälligkeiten ergäben sich in der Aufmerksamkeit (Reaktionskonstanz in Alertness), im Gedächtnis (Intrusionsneigung), in der Visuokonstruktion sowie in weiteren Teilbereichen der Exekutivfunktionen (Fehlerprozentsatz figurale Fluenz, Interferenz, verbales Arbeitsgedächtnis), zudem seien leichte Defizite in den Aufmerksamkeitsleistungen (selektive Aufmerksamkeit), einem Gedächtnisbereich (visueller Spätabruf) sowie in weiteren Exekutivfunktionsteilbereichen (phonematische Fluenz, Perseverationsneigung bei figuraler Fluenz, visuelles Arbeitsgedächtnis) zu verzeichnen. Klinisch zeigten sich ein eher verlangsamtes Arbeitstempo, eine reduzierte Fehlerkontrolle und erhöhte Ermüdbarkeit. Die Defizite seien von ihrem Ausmass her als mittelschwer zu werten (bei wenig Ausdauer, Überforderung bei Multitasking, verminderter Fehlerkontrolle und somit bezüglich Arbeitsfähigkeit deutlich unter 50 % Belastbarkeit stehend) und ätiologisch mit dem Status nach ischämischem Infarkt im Stomgebiet der A. cerebri media rechts gut zu vereinen (vgl. auch den neuropsychologischen Therapiebericht des G. \_\_\_-Spitals vom 13. November 2013 [IV-Nr. 15], wonach gemäss Neuropsychologin lic. phil. I. \_\_\_ bei Therapieabschluss noch leichte kognitive Einbussen bestünden und die Beschwerdeführerin bisher erfreuliche Fortschritte erreicht habe, weshalb mit einer weiteren Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu rechnen sei).

5.2 Im Bericht des Spitals F. \_\_\_ vom 16. Dezember 2013 (IV-Nr. 19 S. 1 ff.) stellten Prof. Dr. med. H. \_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. J. \_\_\_, Assistenzarzt, drei Monate nach durchgeführter, systemischer Thrombolyse sowie mechanischer Thrombektomie einen guten klinischen Verlauf fest. Im Vergleich zu den initial schweren neurologischen Defiziten (NIHSS [National Institute of Health Stroke Scale] 18 Punkte) sei eine deutliche Befundverbesserung zu sehen (NIHSS 4 Punkte). Residuell seien jedoch noch eine Koordinationsstörung der linken Hand, eine Hypästhesie des linken Arms und des linken Beins inklusive sensiblem, partiellem Hemineglect und mimischer zentraler Fazialparese vorhanden. Zudem bestehe eine generalisierte Fatigue (IV-Nr. 19 S. 2). Der erlittene zerebrovaskuläre Insult sei am ehesten kardioembolisch bedingt bei echokardiographisch bereits spontan nachweisbarem Rechts-Links-Shunt. Das persistierende Foramen ovale sei durch die Kardiologie am 1. Oktober 2013 verschlossen worden (IV-Nr. 19 S. 3; siehe auch die Berichte der transthorakalen Echokardiographien vom 14. Januar 2014 [IV-Nr. 19 S. 4]

und 16. April 2014 [IV-Nr. 31 S. 15]).

5.3 Gemäss Zwischenbericht des Ergotherapeuten K.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_-Spital, vom 11. März 2014 (IV-Nr. 31 S. 16 f.) sei der Grundtonus im Ruhezustand deutlich erhöht, in der linken Körperhälfte zeitweise auch schmerzhaft. Die Sensibilität sei deutlich reduziert bzw. je nach Beschaffenheit der Oberfläche von Gegenständen auch schmerzhaft. Ein stereognostisches Erkennen sei noch nicht möglich. Selektive Fingerfertigkeiten seien noch deutlich erschwert, was die Feinmotorik der Hand reduziere. Die Hand zeige sich oft in einem hypertonen bzw. verkrampften Zustand. Grobmotorisches Greifen sei jedoch möglich. Bei körperlicher Belastung neige die Beschwerdeführerin zu schneller Erschöpfung bzw. Überforderung, was von der behandelnden Physiotherapeutin dokumentiert worden sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie bei alltagsbezogenen Handlungen (z.B. Geschirr waschen) schnell an ihre körperlichen Grenzen komme und öfters am Tag diesbezüglich ruhen müsse. Aufgrund des deutlich reduzierten körperlichen und mentalen Zustandes sollte eine Arbeitsaufnahme zurzeit noch nicht erfolgen.

5.4 Eingliederungsfachfrau L.\_\_\_\_ hielt in ihrem Abschlussbericht vom 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 29) fest, die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer Einschränkung nicht mehr auf ihrem angestammten Beruf tätig sein. Sie habe sich bereits intensiv mit der beruflichen Neuorientierung auseinandergesetzt. Wegen der gesundheitlichen Situation und der andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei ein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt in Form eines Belastbarkeitstrainings bis auf weiteres nicht möglich. Die Belastbarkeit sei bis heute nicht gegeben. Da die Beschwerdeführerin schwanger sei und im Februar 2015 ihr Kind erwarte, könne mittelfristig nicht mit der beruflichen Eingliederung begonnen werden.

5.5 Gemäss Zwischenbericht Ergotherapie vom 24. November 2014 (IV-Nr. 31 S. 13 f.) sei der Grundtonus im Ruhezustand noch leicht erhöht, in der linken Körperhälfte zeitweise auch schmerzhaft. Die Sensibilität sei deutlich reduziert bzw. je nach Beschaffenheit der Oberfläche von Gegenständen auch schmerzhaft. Ein stereognostisches Erkennen sei noch nicht möglich. Selektive Fingerfertigkeiten seien leicht erschwert, was die Feinmotorik der Hand reduziere. Der Hypertonus der linken oberen Extremität sei nicht mehr so erhöht wie zu Beginn der Behandlung. Grobmotorisches Greifen sei möglich. Bei körperlicher Belastung neige die Beschwerdeführerin zu schneller Erschöpfung bzw. Überforderung. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie diesbezüglich noch öfters ruhen müsse. Als Empfehlung hielt Ergotherapeut K.\_\_\_\_ fest, dass die ergotherapeutischen Massnahmen in dieser Form und Frequenz beibehalten werden sollten.

5.6 Der kardiologischen präpartalen Beurteilung des Spitals F.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 (IV-Nr. 31 S. 12) lässt sich ■ obwohl in den Akten der Beschwerdegegnerin nur die erste Seite des mehrseitigen Berichtes vorhanden ist ■ entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von kardialer Seite her gut belastbar sei (vgl. auch Bericht zur transthorakalen Echokardiographie vom 3. Februar 2015 in IV-Nr. 31 S. 11).

5.7 Aus dem Bericht von lic. phil. M.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 31 S. 10) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2012 in psychotherapeutischer Behandlung steht. Im Hinblick auf die bevorstehende Geburt bestünden ausgeprägte Ängste vor einer Spontangeburt. Insbesondere fürchte sich die Beschwerdeführerin davor, nach einer Spontangeburt erneut Lähmungserscheinungen zu entwickeln und in der Folge nicht mehr gehen respektive sich nicht um das Neugeborene kümmern zu können. Bekanntermassen habe die Beschwerdeführerin einen Hirnschlag

erlitten mit anfänglichen Lähmungserscheinungen, welche glücklicherweise weitgehend remittiert seien. Offensichtlich habe sie dies als traumatisch erlebt und bringe eine bevorstehende Spontangeburt damit in Verbindung. Allenfalls sei unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin ein Kaiserschnitt eher in Erwägung zu ziehen, als dies bei einer anderen gesunden Patientin in ihrem Alter der Fall wäre. Aus psychologischer Sicht liege eine deutlich reduzierte psychische Belastbarkeit vor, welche bei der Geburt mitberücksichtigt werden müsse.

5.8 Vom 12. bis 16. Februar 2015 war die Beschwerdeführerin gemäss Wochenbettbericht vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 31 S. 8 f.) in der Frauenklinik des Spitals F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die stationäre Aufnahme sei erfolgt zur postoperativen Überwachung sowie postpartalen Betreuung nach primärer Sectio am 12. Februar 2015 in der 39. Schwangerschaftswoche. Der Wochenbettverlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Nach unauffälliger Abschlussuntersuchung und reizlosen Wundverhältnissen sei die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand entlassen worden. Gemäss Diagnoseliste bestand ein diätetisch eingestellter Gestationsdiabetes, was jedoch in der Folge nicht zu einer persistierenden diabetischen Stoffwechsellage führte (vgl. den ambulanten Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 in IV-Nr. 31 S. 7).

5.9 Gemäss hausärztlichem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 20. Juli 2015 (IV-Nr. 31 S. 5 f.) sei die Feinmotorik bei der Versicherten mit sensomotorischer Hemiparese links initial im linken Arm auf praktisch 0 % gesunken. Aktuell hätten sich unter erfolgreichen physio- und ergotherapeutischen Bemühungen die Fähigkeiten auf etwas weniger als 50 % eingependelt. Es sei der Beschwerdeführerin aktuell immer noch nicht möglich, einen Computer zu bedienen, die Knöpfe zuzumachen, einzufädeln, Gemüse zu schneiden, überhaupt Küchenarbeiten befriedigend durchzuführen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs werde es kaum noch zu einer Vollremission kommen. Aktuell sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (siehe auch den im Wesentlichen gleichlautenden kurzen Verlaufsbericht des Hausarztes vom 25. Oktober 2015 [IV-Nr. 34]).

5.10 Mit Stellungnahme vom 13. Januar 2016 (IV-Nr. 43 S. 1) konstatierte Dr. med. E.\_\_\_\_, dass sich an den Diagnosen zwischenzeitlich nichts geändert habe. Es bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (seit 18. September 2013 bis unbestimmt). Die Versicherte absolviere immer noch regelmässig Ergo- und Physiotherapie und stehe zudem in neurologischer Verlaufskontrolle bei Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_. Medizinisch, physio- und ergotherapeutisch müsse bestätigt werden, dass die Patientin in Wirklichkeit austherapiert sei in Bezug auf Sensibilitätsstörung und Feinmotorik. In den nächsten Monaten müsse deshalb, zum Bedauern der Beschwerdeführerin, ein Therapieabbau in Betracht gezogen werden. Die Versicherte werde im Lebensalltag von ihrem Lebenspartner und von ihrer Mutter nach allen Kräften unterstützt. Allerdings werde das zunehmende Gewicht ihres Sohnes im Alltag progredient zum Belastungsproblem. Die linke Körperseite (Gesicht, Arm und Bein) baue ihr Leistungsniveau leider ab.

5.11

5.11.1 In dem von der Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ eingeholten Gutachten vom 2. Mai 2016 (IV-Nr. 46.1) hielten Dres. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dipl.-Psych. Q.\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest:

## 1. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Leichtgradiges residuelles sensomotorisches Hemisyndrom mit gestörter Fingerfeinmotorik links und sensiblem Neglekt links nach Mediainfarkt rechts am 18. September 2013

Leichtgradige kognitive Störung (ICD-10: F06.7)

## 2. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Zustand nach Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21Z)

5.11.2 Im Rahmen der internistischen Untersuchung bei Dr. med. N.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin angegeben, vor allem an den Folgen des Schlaganfalles vom 18. September 2013 zu leiden. Die Sensibilität der linken Körperhälfte sei herabgesetzt, die linke Handfläche sei taub, sodass sie Gegenstände nicht sicher halten und auch einen Computer nicht bedienen könne. Es sei ihr nicht möglich, länger als 45 Minuten zu sitzen oder zu laufen, zudem könne sie sich nicht lange konzentrieren und ermüde vorschnell. Internistische Beschwerden habe die Beschwerdeführerin gemäss dem internistischen Gutachter nicht berichtet (IV-Nr. 46.1 S. 7). Gemäss Angaben der Versicherten besorge sie den Haushalt mit Hilfe des Lebenspartners; ein typischer Tagesablauf sei von der Versorgung des Sohnes, des Haushaltes und medizinischen Therapiemassnahmen geprägt (IV-Nr. 46.1 S. 8).

In seiner fachärztlichen Beurteilung führte Dr. med. N.\_\_\_\_ aus, der hiesige internistische Befund zeige keine namhafte Gesundheitsstörung, die kardiale und pulmonale Befunderhebung habe nach Belastung eine hyperfrequente Kreislaufdysregulation gezeigt, die bei subjektiver Beschwerdefreiheit nach fünfminütiger Ruhepause rückläufig gewesen sei und somit bei der sportlich inaktiven Versicherten am ehesten auf einen entstandenen Trainingsmangel hinweise; der Gefässstatus sei unauffällig gewesen. Hinweise für eine Müdigkeit oder nachlassende Konzentration hätten sich während der Untersuchung nicht ergeben. Eine internistische Erkrankung mit Minderung der Arbeitsfähigkeit sei somit nicht zu attestieren, die erhobenen Befunde sprächen internistisch gegen eine namhafte invalidisierende Gesundheitsstörung (IV-Nr. 46.1 S. 10).

5.11.3 Anlässlich der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. O.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin berichtet, seit dem erlittenen Schlaganfall unter einer Gefühlsstörung der linken Körperhälfte zu leiden. Es bestehe zudem ein Verspannungsgefühl der linken Körperhälfte. Im Bereich der linken Gesichtshälfte und der linken Handinnenfläche bestünden Temperaturempfindungsstörungen. Bei Müdigkeit fliesse Speichel aus dem linken Mundwinkel. Es bestehe eine Ungeschicklichkeit der linken Hand, sie könne Gegenstände mit der linken Hand unter Sichtkontrolle greifen, ohne Sichtkontrolle falle ihr dies schwer. Es sei ihr grundsätzlich möglich, auch mit dem linken Arm schwere Gegenstände anzuheben, die Feinmotorik der linken Hand sei jedoch gestört. Als Beispiele nenne die Versicherte Schwierigkeiten beim Schliessen von Knöpfen, beim Schneiden von Brot oder anderen Küchenarbeiten, beim Hantieren mit Besteck oder bei der Tastaturnutzung, welche früher mit dem Zehnfingersystem möglich gewesen sei. Bei Beanspruchung der linken Hand würden die Finger nach Angaben der Versicherten teilweise verkrampfen. Sie empfinde diese Verkrampfung als schmerzhaft, Ausschütteln der linken Hand helfe «nicht wirklich viel». Teilweise würden warmes Wasser oder die Einnahme einer Schmerztablette (Dafalgan) die Beschwerden lindern. Auch die Muskulatur des linken Beines verkrampfe sich bei körperlicher Belastung. Sie könne maximal über

einen Zeitraum von 45 Minuten ohne Pause gehen, nachfolgend würde die linke Beinmuskulatur verkrampfen, das linke Bein würde «steif» werden. Sportarten, welche sie früher gerne durchgeführt habe (Velofahren, Inlineskating, Reiten), könne sie nicht mehr ausüben, da dabei Verkrampfungen der linken Extremitätenmuskulatur auftreten würden. Sie könne maximal 15 Minuten Geräteturnen durchführen. Auch die Zehen des linken Fusses würden nach körperlicher Belastung verkrampfen. Die genannten Beschwerden seien weitgehend konstant seit Anfang 2014 vorhanden, in den ersten sechs Monaten nach dem Schlaganfall habe sie noch eine Besserung der Beschwerden bemerkt. Seit dem Schlaganfall bestünden zudem eine verstärkte Vergesslichkeit und Probleme beim Textverständnis. Sie habe teilweise Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken, dies insbesondere bei Müdigkeit mit dann vermehrt auftretenden Versprechern. Die Konzentration sei vermindert, beim Einkaufen in belebten Geschäften spüre sie eine starke Müdigkeit. Sie gehe immer mit Einkaufszettel einkaufen, dennoch vergesse sie ab und zu Dinge. Sie meide Orte mit Lärm oder mit mehreren Personen (IV-Nr. 46.1 S. 10 f.). Anfallende Tätigkeiten im Haushalt könne die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben mit etwas erhöhtem Zeitaufwand selbständig erledigen. Das Kochen übernehme der Lebensgefährte und ihre Mutter würde teilweise auf ihr inzwischen einjähriges Kind aufpassen. Hobbys nenne die Versicherte nicht. Sie sei im Besitz einer Fahrerlaubnis und könne nach ihren eigenen Angaben kurze Strecken (wie z.B. zu Therapien) mit einer maximalen Fahrtdauer von 20 Minuten sicher absolvieren (IV-Nr. 46.1 S. 12).

Im neurologischen Befund finde sich gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_ eine gestörte Fingerfeinmotorik und Bradydiadochokinese links, ein verplumptes monopadales Hüpfen links und eine nach distal zunehmende Hemihypästhesie links einschliesslich Gesicht mit sensiblem Hemineglect links bei Simultanreizung. Der weitere neurologische Befund sei ohne namhaftes Defizit, signifikante kognitive Einschränkungen seien im Rahmen der neurologischen Untersuchung nicht evident gewesen. Im ergänzend durchgeführten zerebralen MRI stelle sich ein Infarktresiduum im rechten frontalen und parietalen Operculum dar, keine neuen Läsionen. MR-angiographisch finde sich kein Nachweis von Stenosen. Aus neurologischer Sicht bestehe bei stattgehabter zerebraler Ischämie die Indikation für eine dauerhafte thrombozytenaggregationshemmende Therapie. Für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in einer Wäscherei resultiere aus neurologischer Sicht eine nicht mehr gegebene Arbeitsfähigkeit (0 %): Aufgrund der gestörten Fingerfeinmotorik links seien beidhändige Tätigkeiten, wie diese in einer Wäscherei regelhaft gefordert seien, nicht mehr leistbar. Für angepasste Tätigkeiten (überwiegend einhändig mit der dominanten Hand ausgeführte Arbeiten, z.B. an Pforten und Rezeptionen oder in Telefondiensten) bestehe jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (Pensum und Rendement 100 %), da die Störung der linken Körperhälfte hierbei nicht namhaft zum Tragen kommen könne (IV-Nr. 46.1 S. 16).

5.11.4 Im Rahmen der psychiatrischen Anamnese habe die Beschwerdeführerin gemäss Dr. med. P.\_\_\_\_ psychische Beschwerden verneint. Sie beklage nach ihrem Schlaganfall neben einem sensomotorischen Residualsyndrom der linken Körperhälfte einen deutlich erhöhten Schlafbedarf, Konzentrationseinbussen und eine vermehrte Erschöpfbarkeit; darüber hinaus habe sie belastungsabhängige Schmerzen und Verspannungen in der linken Körperhälfte (IV-Nr. 46.1 S. 16 f.).

Zur psychiatrischen Vorgeschichte habe die Versicherte angegeben, sie habe sich in der Schulzeit durch Mobbing belastet gefühlt und habe als Jugendliche begonnen, abends

vermehrt Alkohol (bis zu 0.1 Liter Whisky pro Tag) zu trinken. Sie habe den erhöhten Alkoholkonsum erst Anfang 2012 eingestellt. Obwohl sie sich damals zeitweise psychisch schlecht gefühlt habe, habe sie keine psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Nach einer Operation am linken Handgelenk Anfang 2012 und einer Fussoperation Mitte 2012 sei sie mehrere Wochen krankgeschrieben worden. Aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes habe sie sich unter Schmerzmitteln zu früh belastet und Ende 2012 schliesslich einen «Nervenzusammenbruch» erlebt. Sie habe sich daraufhin in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (inklusive Verabreichung von Ciprallex) begeben und bereits ihre berufliche Wiedereingliederung begonnen, als es im September 2013 zu einem Apoplex gekommen sei. Durch den Schlaganfall habe sich ihre reaktiv depressive Verstimmung wieder vertieft (mit Angabe von zeitweisen Suizidideen) und habe zunächst durch die Fortsetzung der laufenden Behandlung kaum gebessert werden können. Durch Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft im Juni 2014 und durch die gute Unterstützung ihres Partners habe sich ihr psychisches Befinden wieder deutlich verbessert. Sie habe die Ciprallex-Medikation in den ersten Schwangerschaftsmonaten abgesetzt und habe auch ihre Psychotherapie vor etwa einem Jahr erfolgreich abschliessen können. Sie habe sich gut in ihrer Mutterrolle eingefunden und empfinde nun wieder Freude am Leben (IV-Nr. 46.1 S. 17).

Zum Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie stehe spätestens gegen 08:00 Uhr auf und gehe schon gegen 20:00 Uhr ins Bett. Morgens versorge sie zunächst ihren Sohn, frühstücke mit ihm und kümmere sich dann um ihre Körperpflege. Am Vormittag beschäftige sie sich mit ihrem Kind und mache nach dem gemeinsamen Mittagessen einen einstündigen Mittagsschlaf. Am Nachmittag gehe sie mit dem Kind spazieren und versuche, soweit es gehe, den Haushalt zu versorgen. Abends koche dann ihr Partner und man esse gegen 18:00 Uhr zu Abend. Sie treffe sich gelegentlich mit einer Freundin auf eine Tasse Kaffee, gehe hin und wieder mit ihrem Partner essen und habe Kontakte zu einer Krabbelgruppe für ihr Kind. Sie fühle sich durch lange Gespräche oder Abendveranstaltungen gestresst, könne sich nicht mehr lange auf Lesen konzentrieren und aufgrund der verbliebenen Ausfälle nach dem Apoplex keinen Sport mehr treiben (IV-Nr. 46.1 S. 19).

In seiner fachärztlichen Beurteilung führte Dr. med. P.\_\_\_\_ sodann aus, im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund fänden sich bis auf die Angabe von Zukunftsängsten und leichten Insuffizienzgefühlen keine namhaften Auffälligkeiten. Insbesondere lägen die ICD-10-Kardinalkriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs- und Freud-/Interessenverlust) nicht vor, was auch durch die anamnestischen Angaben zur Alltagsaktivität gestützt werde. Aus Sicht der Beschwerdeführerin sei es zu einer guten Stabilisierung der aktenkundigen depressiven Beschwerden gekommen. Ihren Angaben nach sei es bei Überlastung am Arbeitsplatz Ende 2012 zu einem depressiven Einbruch gekommen, der sich durch das Schlaganfallereignis im September 2013 erneut verschlechtert habe. Während der Schwangerschaft und durch Übernahme der Mutterrolle habe sich ihre depressive Stimmung bis Ende 2014 wieder gut stabilisiert. Rückblickend sei gemäss ICD-10 am ehesten von einer abgelaufenen und remittierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auszugehen, wobei die negativen Ausgrenzungserfahrungen in Kindheit und Jugend die individuelle Disposition für depressive Reaktionen begünstigten. Die angegebenen kognitiven Defizite, der erhöhte Schlafbedarf und die vermehrte Erschöpfbarkeit seien somit nicht als Bestandteil einer

anhaltenden namhaften depressiven Störung zu werten, allenfalls als geringgradige residuelle subjektive Restsymptome einzuordnen; differenzialätiologisch sei eine Genese im Kontext des stattgehabten Schlaganfalls neuropsychologisch zu diskutieren. Aus psychiatrischer Sicht sei somit keine Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Eine berufliche Wiedereingliederung sei grundsätzlich als positiv zu bewerten und auch aus therapeutischer Sicht (Stabilisierung von Tagesstruktur sowie Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterleben, Abbau von Ängsten und Vermeidungsverhalten) wünschenswert (IV-Nr. 46.1 S. 21 f.).

5.11.5 Dipl.-Psych. Q.\_\_\_\_ hielt in ihrer Beurteilung fest, die durchgeführte neuropsychologische Untersuchung belege klinisch und testpsychologisch übereinstimmend eine leichtgradige kognitive Leistungsminderung. Anamnese, klinischer Befund und die psychometrischen Ergebnisse seien in sich konsistent und plausibel. Die Beschwerdeführerin habe die Aufgaben ausreichend motiviert und anstrengungsbereit bearbeitet, sodass kein Zweifel an der Gültigkeit der Ergebnisse bestehe. Der klinische Eindruck werde auch durch das Ergebnis der Symptomvalidierung (TBFN) unterstützt. Testpsychologisch verfüge die Versicherte über eine durchschnittlich ausgeprägte verbale Befähigung, eine durchschnittlich ausgeprägte Allgemeinbildung, eine deutlich unterdurchschnittliche kognitive Arbeitsgeschwindigkeit, eine unterdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und ein langsames Arbeitstempo bei einer niedrigen Fehlerkontrolle. Anamnese und klinischer Eindruck sprächen für ein prämorbid geistiges Leistungsniveau im Durchschnittsbereich. Während der psychometrischen Erhebung habe die Beschwerdeführerin adäquat alle relevanten Aufgaben-Aspekte erfasst, die Instruktionsanweisungen hätten nicht wiederholt oder umformuliert werden müssen. Für das Vorliegen einer kognitiven Leistungsminderung sprechend seien die vorliegend erhobenen klinischen und psychometrischen Befunde bezüglich der deutlich niedrigen kognitiven Arbeitsgeschwindigkeit, der im Verlauf gezeigte Leistungsabfall sowie der allgemeinen leichtgradigen kognitiven Verlangsamung. Der hiesige neuropsychologische Befund sowie die Ergebnisse der psychometrischen Erhebung stünden im Einklang mit den aktenkundigen Vorbewertungen. Angesichts des vorliegend erhobenen kognitiven Störungsprofils sei die vorangehend bereits attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Zusammenfassend sei die hier belegte leichtgradige kognitive Leistungsminderung (ICD-10: F06.7) nur noch mit geistig einfachen Tätigkeiten vereinbar (Arbeitsfähigkeit 100 %, Pensum und Rendement 100 %), wohingegen die erlernte Tätigkeit als Gastronomiefachassistentin zumindest im Rendement um circa 50 % reduziert einzuschätzen sei (Arbeitsfähigkeit 50 %, Pensum 100 %, Rendement 50 %), dies auf Dauer geltend, da hier von einem nicht mehr besserbaren zerebralen Defektsyndrom nach stattgehabtem Hirninfarkt auszugehen sei. Für die erlernte Tätigkeit als Flugbegleiterin sei die Arbeitsfähigkeit ebenfalls auf Dauer zu 100 % erloschen, da hierbei eine höhere kognitive Fähigkeit und konzentrierte Belastbarkeit gefordert sei (IV-Nr. 46.1 S. 28 f.).

5.11.6 In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktendaten seien die C.\_\_\_\_-Gutachter gemeinsam zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und der erlernten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit aufgrund eines rechtshirnigen Defektsyndroms mit einer leichtgradigen (jedoch die Funktion der linken Hand ■ und geringer ausgeprägt auch der linken übrigen Körperhälfte ■ glaubhaft beeinträchtigenden) sensomotorischen Störung der linken Körperhälfte auf Dauer zu 100 %

erloschen sei, da Tätigkeiten, die einen geschickten beidhändigen Einsatz erfordern, ausscheiden würden. Zusätzlich bestehe eine leichtgradige kognitive Störung (wahrscheinlich ebenfalls in Folge der stattgehabten zerebralen Läsion), die die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf geistig einfache Tätigkeiten einschränke (Arbeitsfähigkeit hierfür 100 %, Pensum und Rendement 100 %). Gut geeignet seien dabei zum Beispiel Arbeiten in einfachen Hol- und Bringdiensten (interne Postverteilerin), an Pforten und Rezeptionen. Körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit höheren konzentrativen Anforderungen würden zu 100 % ausscheiden. Es sei von einem nicht mehr besserbaren Defektsyndrom auszugehen, da das Hirninfarktereignis mehr als zwei Jahre zurückliege. Therapien mit Aussicht auf eine die Arbeitsfähigkeit steigernde Besserung seien nicht verfügbar (IV-Nr. 46.1 S. 29 f.). Eine die Arbeitsfähigkeit tangierende psychiatrische Erkrankung bestehe nicht. Die anamnestisch herauszuarbeitenden erhaltenen Ressourcen (gute Alltagsselbständigkeit, Mobilität, soziale Einbindung und Aktivität, ungestörte Kommunikationsfähigkeit) sprächen ebenfalls für eine Arbeitsfähigkeit in den erwähnten angepassten Tätigkeiten (IV-Nr. 46.1 S. 30). Hinweise für einen namhafte (leistungsausschliessende) Incompliance bestünden nicht. Eine Nikotin-Abstinenz und die Aufnahme einer sekundärpräventiven Medikation sollten jedoch therapeutisch fokussiert werden. Die Mitarbeit der Versicherten sei dabei medizinisch gut zumutbar und stehe in ihrem Gesundheitsinteresse. Hinweise für eine Einschränkung der Fähigkeit zur Willensbildung und Einsicht lägen ausweislich der hiesigen kognitiven Befunde nicht vor (IV-Nr. 46.1 S. 30 f.).

5.12 Gemäss dem ambulanten Bericht von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 (IV-Nr. 67 S. 5 ff.) könne im neurologischen Status zwar eine erfreuliche Symptomregredienz festgestellt werden, wenn die aktuellen Befunde mit denen vom 18. September 2013 verglichen würden. Funktionell sei die Patientin durch die doch schwere Sensibilitätsstörung der linken Körperhälfte mit schmerzhafter Komponente (Dysästhesie) und die Anästhesie der Hand links erheblich eingeschränkt. Diese führe dazu, dass die Ziel- und Feinmotorik bei Einsatz der linken Körperhälfte schlecht gelinge und konsekutiv Verspannungen und Krämpfe aufträten. Im Weiteren legte Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ die Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung der tendomyopathischen Beschwerden dar, wobei die Kontraindikationen während der Stillzeit zu beachten seien, sowie die möglichen physikalischen Massnahmen (wie z.B. Aquafit, Aufbau eines Heimtrainings).

5.13 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, RAD, hielt mit Bericht vom 26. Juli 2016 (IV-Nr. 54) fest, dass das C.\_\_\_\_-Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sei. Die Beschwerdeführerin sei ab dem Hirninfarkt vom 18. September 2013 für die angestammte und ähnliche Tätigkeiten 0 % arbeitsfähig. Die angepasste Tätigkeit, wie sie im Gutachten beschrieben werde, sei mangels früherer Stellungnahmen erst fundiert beurteilt ab der neuropsychologischen Untersuchung vom 9. Februar 2016 bzw. der neurologischen Untersuchung vom 15. Februar 2016 zu 100 % möglich.

5.14 In seiner Stellungnahme vom 12. August 2016 (IV-Nr. 56) wies Dr. med. E.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem zerebrovaskulären Ereignis in psychotherapeutischer Behandlung gestanden habe wegen Überforderungsproblematik und Burnout. Die Patientin sei auch deshalb bereits in der IV-Früherfassung. Die Darstellung im C.\_\_\_\_-Gutachten bezüglich der Fähigkeiten der Beschwerdeführerin falle seines Erachtens etwas zu positiv aus. Die Versicherte habe zum Beispiel in Begleitung nach Zürich zur Begutachtung fahren müssen. Auch im Alltag mit ihrem kleinen Sohn sei die

Beschwerdeführerin in den täglichen Verrichtungen häufig überfordert. So könne sie beispielsweise kaum Kartoffeln schälen oder einfachste Küchenarbeiten selbständig durchführen. Die Bedienung der Geschirrwaschmaschine sei unmöglich. Auch sei die Versicherte nicht fähig, zum Beispiel den Reissverschluss der Windjacke zu bedienen. Sie könne sich häufig nicht selbst an- und ausziehen. Zudem werde die Patientin stark von Muskelschmerzen, Müdigkeit und Vergesslichkeit geplagt. Längere Besprechungen überforderten sie schon nach 30 Minuten. Auch könne die Beschwerdeführerin nicht mehr an öffentlichen Veranstaltungen (Kino, Konzert, Vorträge) teilnehmen. Sie leide unter den vielen Leuten und dem grossen Lärm. Arbeiten am Computer oder am Telefon, z.B. bei einer Rezeption, erforderten eine zu hohe Belastbarkeit und Konzentration. Beides vermöge die Beschwerdeführerin nicht zu erbringen. All diese Beschränkungen führten zu einer Reduktion der sozialen Einbindung und der sozialen Aktivitäten. Es bestehe eine soziale Phobie und zunehmend auch zugleich eine Agoraphobie. Die aufgeführten Punkte würden deutlich auf eine massive Reduktion der Belastbarkeit und eine deutliche erhöhte Ermüdbarkeit hinweisen. In der Feinmotorik sei die Beschwerdeführerin vor allem im linken Arm stark behindert, was sich im Alltag stark einschränkend auswirke. Die massive Reduktion der Gedächtniskapazität und der Konzentrationsfähigkeit dauerten leider an. Während die Beschwerdeführerin früher in ihrer Arbeit im Service ohne weiteres Bestellungen auswendig habe aufnehmen können, benötige sie heute eine Agenda für Termine, Einkäufe etc. Es sei äusserst schwierig, die junge Frau in ihrem Insuffizienzerleben zu stützen, zu fordern und nicht überfordern. Aus hausärztlicher Sicht sei an eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit im primären Arbeitsmarkt nicht zu denken.

5.15 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 29. November 2016 (IV-Nr. 65) hielt Abklärungsfachfrau S.\_\_\_\_ fest, die Abklärung vom 13. Oktober 2016 habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin den Haushalt verlangsamt selber führen könne. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht seien dem Partner der Beschwerdeführerin gewisse Handreichungen (wie z.B. Wäschekorb in die Waschküche tragen; Bratpfanne reinigen oder die Mithilfe bei der Küchenreinigung) zumutbar (IV-Nr. 65 S. 11). Die Statusfrage habe gemeinsam mit einem Erwerbsumsatz von 80 % und Pensum im Haushalt von 20 % festgelegt werden können. Ein Vollpensum mit einem Kleinkind sei verneint worden (IV-Nr. 65 S. 12).

5.16 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin erklärte RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ mit Bericht vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 70), dass die Beurteilung des Hausarztes betreffend die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin und der Behinderungen zu Hause und im Alltag im deutlichen Widerspruch zu den psychopathologischen und anamnestischen Befunden im psychiatrischen Gutachten und zu den Erhebungen zu Hause durch die Abklärungsfachfrau stünden. Aus dem psychiatrischen Gutachten gehe klar hervor, dass die Versicherte wiederholt mitgeteilt habe, sie fühle sich psychisch wieder in guter Verfassung und benötige keine psychologische Behandlung mehr. Die funktionellen Behinderungen im Haushalt und die Verlangsamung in sämtlichen Lebensbereichen würden sowohl im Gutachten als auch durch die Abklärungsfachfrau bejaht. Letztere müsse jedoch in ihrer Beurteilung die Mitarbeit des Ehemannes mitberücksichtigen. Die Gutachter ihrerseits, insbesondere der Neurologe und die Neuropsychologin, bejahten ebenfalls sowohl die funktionellen als auch die neuropsychologischen Einschränkungen, insbesondere die Verlangsamung und leichte Konzentrationsstörungen, wie sie in der ausführlichen

Untersuchung festgestellt worden seien. Ihre Bejahung einer Arbeitsfähigkeit von 100 % beziehe sich folgerichtig auf sehr einfache Tätigkeiten; der Neurologe nenne dabei ein Funktionsprofil überwiegend einhändig mit der rechtsdominanten Hand. Die neurologischen Befunde des Gutachters stimmten mit der Beurteilung von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ überein. Aus beiden Berichten gehe hervor, dass die angestammte und alle obligat funktionell ungestört beidhändig auszuführenden Arbeiten nicht mehr möglich seien. Zur gutachterlich formulierten zumutbaren Arbeit nehme Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht Stellung. Der Hausarzt sehe auch die von den Gutachtern formulierte, sehr einfache Tätigkeit offenbar nicht als umsetzbar an und begründe die fehlende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit einer generellen Überforderung. In der Tat könnten die Umsetzbarkeit und der Realitätsbezug der gutachterlich formulierten angepassten Tätigkeit im Ausmass von 100 % hinterfragt werden. Der Vorschlag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, wonach dies mittels einer EFL zu prüfen sei, könne deshalb gut aufgenommen werden (IV-Nr. 70 S. 2).

5.17 Am 1. und 2. März 2017 fand am Rehabilitations- und Rheumazentrum des Spitals D.\_\_\_\_ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) statt. Gemäss Bericht der Dres. med. T.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_ sowie der diplomierten Physiotherapeutin V.\_\_\_\_ vom 22. März 2017 (IV-Nr. 76, insb. S. 3 ff.) seien als arbeitsrelevante Probleme eine verminderte Handkraft und -koordination links festzustellen. Infolge mässiger Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die Patientin äussere gewisse Ängste vor der Zukunft. Auch wenn gemäss Gutachten keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliege, könnten diese Angstkomponente und die Überzeugungen der Beschwerdeführerin negative Auswirkungen auf die Reintegration in die Arbeit haben. Es werde deshalb ein begleiteter, stufenweiser Wiedereinstieg empfohlen (z.B. Start mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % mit einer Steigerung auf 100 % innert drei Monaten). Die berufliche Tätigkeit als Mitarbeiterin Room-Service sei ganztags zumutbar, jedoch keine bimanuellen Tätigkeiten, die Handkraft und Handkoordination links benötigten (insbesondere Vorbereiten von Mahlzeiten, Bettwäsche wechseln, Blumenpflege). Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten sei für leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags gegeben mit folgenden speziellen Einschränkungen: Heben von Taillen- zu Kopfhöhe max. 12.5 kg; keine Handkraft und Handkoordination links; Ziehen sowie Treppen- und Leitersteigen manchmal. Bezüglich der weiteren Behandlung werde die Aufnahme einer medikamentösen Schmerzmodulation empfohlen sowie ein physiotherapeutisch eng begleitetes Pacing-Programm zur Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der lokalen Belastbarkeit des linken Arms (Beginn mit leichten Belastungen, die regelmässig wiederholt und in kleinen Schritten gesteigert würden).

5.18 Mit Bericht vom 26. April 2017 (IV-Nr. 78) hielt RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ fest, die zuletzt ausgeführte Tätigkeit im Room-Service wäre gemäss EFL rein bezogen auf die motorischen Möglichkeiten mit Einschränkungen 100 % zumutbar. Im C.\_\_\_\_-Gutachten

werde diese Arbeit jedoch als zu komplex angesehen und die Arbeitsfähigkeit infolge des rechtshirnigen Defektsyndroms ab dem 18. September 2013 als aufgehoben beurteilt. In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % ab dem 19. Februar 2016 (letzte Untersuchung beim Gutachter) unter Einhaltung der in der EFL empfohlenen Einarbeitungszeit. Es handle sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, beschrieben im C.\_\_\_\_-Gutachten und mit den in der EFL dargelegten körperlichen Einschränkungen.

5.19 Mit Schreiben vom 20. Juni 2017 (Replikbeilage [RB] 1) bestätigte die Stiftung W.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin gemäss Vertrag befristet vom 1. Juni 2017 bis 31. Dezember 2019 als Hausbesucherin «[...]» mit einem durchschnittlichen Pensum von 15 % angestellt sei. Weiter wurde bestätigt, dass die Beschwerdeführerin im Juni 2017 einige Stunden zur Einführung in ihre Tätigkeit als Hausbesucherin gearbeitet habe. Jedoch werde sie erst ab dem 15. August 2017 ihre eigentliche Tätigkeit als Hausbesucherin mit Kindern vornehmen.

5.20 Am 14. September 2017 nahm Abklärungsfachfrau S.\_\_\_\_ zu den Einschränkungen im Haushalt erneut Stellung (IV-Nr. 81), nachdem die Beschwerdeführerin den Abklärungsbericht Haushalt vom 29. November 2016 (vgl. E. II. 5.15 hievor) im Vorbescheidverfahren als «unbrauchbar» gerügt hatte (vgl. Einwandschreiben vom 21. Dezember 2016, IV-Nr. 67 S. 2 unten): Gemäss den Ausführungen der Abklärungsfachperson seien die im Haushalt zu erledigenden anfallenden Arbeiten in der Regel als körperlich leicht bis gelegentlich als mittelschwer einzustufen und könnten in Wechselbelastung und mit Ruhepausen dazwischen ausgeführt werden. Solche Tätigkeiten entsprächen dem zumutbaren Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin. Bereits der von der Versicherten anlässlich der Haushaltsabklärung geschilderte Tagesablauf zeige auf, dass sie ihren Haushalt selber einteilen und zum grössten Teil selber bewältigen könne. In der Umschreibung der verschiedenen Haushaltsbereiche im Abklärungsbericht würden die Haushaltstätigkeiten detailliert beschrieben. Im Sinne der Schadenminderungspflicht habe eine im Haushalt tätige Person ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen. Bei mit häuslichen Aufgaben beschäftigten Versicherten seien zudem auch Hilfsmittel (wie z.B. rutschsicherer Schäler) zu berücksichtigen, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzierten und eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsverrichtungen ermöglichen. Im Falle der Beschwerdeführerin seien somit keine Einschränkungen im Haushalt zu bewerten (IV-Nr. 81 S. 2 f.).

5.21 Gemäss Austrittsbericht vom 8. November 2017 (RB 2) war die Beschwerdeführerin am 8. November 2017 auf der Notfallstation des Spitals F.\_\_\_\_ in Behandlung. Nach ihren eigenen Angaben habe sie seit vier Tagen eine verstärkte Hypästhesie (Gefühl wie beim Zahnarzt, kein Kribbeln) der linken Gesichtshälfte. Zudem sei eine neue Hypästhesie der linken Zungenhälfte sowie der linken Lippenseite aufgefallen. Schon vorbekannt seit einem rechtszerebralen Infarkt 2013 seien eine Hypästhesie der linken Körperhälfte sowie eine motorische Schwäche. Ausserdem sei ihr und ihrem Freund vor vier Tagen eine Zunahme einer schon vorbekannten linksseitigen Mundastschwäche aufgefallen. Sie könne nicht sicher angeben, ob diese Symptome plötzlich begonnen hätten. Geschmacksstörungen würden verneint. In der letzten Woche habe sie circa zweimal das Gefühl gehabt, ihre Zunge sei schwerer und sie habe für circa eine halbe Minute verwaschen gesprochen. Klinisch sei die Beschwerdeführerin kardiorespiratorisch stabil. Es sei eine Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, enoral sowie linksseitige Zungenseite, aufgefallen. Laborchemisch

kein wegweisender Befund; elektrokardiographisch normokarder Sinusrhythmus. Nach Beurteilung durch die Kollegen der Neurologie seien die Beschwerden als neue Hypästhesien der linken Gesichtshälfte, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Trigeminaffektion (N. lingualis) bei anamnestisch angegebenem Status nach Melanom-Exzision, interpretiert worden. Mittels eines MRI sei eine frische Ischämie ausgeschlossen worden. Bei verbleibendem Defizit oder Symptomzunahme sollte eine Vorstellung in der neurologischen Poliklinik zur Durchführung einer CIS-Sequenz des Hirnstamms erfolgen.

5.22 Mit Bericht vom 13. Februar 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 3; vgl. auch RB 3) wies Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ nochmals darauf hin, dass die Beschwerdeführerin im linken Arm nebst der erwähnten Sensibilitätsstörung auch eine deutlich eingeschränkte Kraft aufweise, wodurch sie in ihrem Alltag deutlich eingeschränkt sei. Da gleichzeitig in der Hand auch eine massiv reduzierte Sensibilität vorliege, sei es der Versicherten unmöglich, in ihren täglichen Verrichtungen die Kraft in richtiger Dosierung aufzubauen. Aufgrund dieser Manifestationen entwickelten sich Überlastungssituationen mit sekundären Verkrampfungen im linken Arm, in der linken Schulter und im linken Nackenbereich. Aus diesem Grund bedürfe es weiterer regelmässiger Physiotherapie, um weitere sensomotorische Dysbalancen zu vermeiden. Nicht unerwähnt bleiben dürfe die Tatsache, dass die Patientin bereits vor ihrem Schlaganfall aus psychischen Gründen nicht mehr in der Lage gewesen sei, ein Arbeitspensum von 80 % erfolgreich zu absolvieren. Nach wie vor bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit. Dementsprechend sollte auch die zukünftige Belastung dosiert werden, damit ein Gleichgewicht zwischen reduzierter Belastbarkeit und Belastung garantiert werden könne. Nach wie vor leide die Patientin an depressiven Verstimmungen, an deutlichen Residuen seitens des Schlaganfalles, weswegen die Ergotherapie und die Physiotherapie unbedingt fortgesetzt werden müssten. Die im Bericht der Beschwerdegegnerin vom Februar 2017 dargestellten Umstände stünden heute im krassen Widerspruch zur Lebensrealität der Beschwerdeführerin. Bei grösseren Belastungsphasen (z.B. die IV-Begutachtung) würden für drei bis vier Tage Erschöpfungszustände auftreten. Eine Arbeit im ersten Stellenmarkt sei zurzeit aus hausärztlicher Sicht illusorisch. Ein kleiner Arbeitsversuch (10%-Pensum) habe in einem Fiasko geendet.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das C.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. II. 5.11 hievore) stützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen:

6.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 (IV-Nr. 46.1) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.3 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin je einer ausführlichen internistischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Exploration unterzogen (siehe IV-Nr. 46.1 S. 7 ff., 10 ff., 16 ff., 22 ff.), wobei jeweils auch ihre geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind (IV-Nr. 46.1 S. 7 f., 10 ff., 16 f., 22 f.). Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen klinischen Untersuchungen (IV-Nr. 46.1 S. 8 f., 13 ff., 19 ff., 24 ff.). Dabei wurden fachspezifische Zusatzuntersuchungen in Form eines EKG (vgl. IV-Nr. 46.2), eines MR Gehirn und Angio sowie MR Halsangiographie, einer Sonographie des Abdomens (vgl. IV-Nr. 46.4) und verschiedener neuropsychologischer Tests (IV-Nr. 46.1 S. 25 ff.) durchgeführt und in die fachärztlichen Beurteilungen

miteinbezogen (IV-Nr. 46.1 S. 8 ff., 16, 28 f.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 46.1 S. 2 ff.) erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (vgl. auch den Verweis auf die regionalärztliche Synopse in IV-Nr. 46.1 S. 30).

6.2 Weiter leuchten die einzelnen Teilgutachten auch hinsichtlich der medizinischen Schlussfolgerungen und Diagnoseerhebung sowie der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein:

6.2.1 So ist plausibel, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ aus internistischer Sicht eine Gesundheitsstörung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verneinte, konnte er doch im Rahmen seiner eingehenden klinischen Untersuchung keinerlei Anhalt für eine internistische Erkrankung finden (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 9 f.). Ausserdem zeigten sich während der Untersuchung auch keine Hinweise weder für die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Müdigkeit noch die von ihr beklagte nachlassende Konzentration. Dass die in der kardialen und pulmonalen Befunderhebung gezeigte hyperfrequente Kreislaufdysregulation ■ bei unauffälligem Gefässstatus ■ am ehesten auf einen Trainingsmangel der Versicherten zurückführen sei, erscheint vor diesem Hintergrund ebenfalls nachvollziehbar.

6.2.2 Die durch den neurologischen Gutachter, Dr. med. O.\_\_\_\_, erhobene Diagnose eines leichtgradigen residuellen sensomotorischen Hemisyndroms mit gestörter Fingerfeinmotorik links und sensiblem Neglekt links nach Mediainfarkt rechts am 18. September 2013 kann mit Blick auf die fachärztlich erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 13 ff. und 16: gestörte Fingerfeinmotorik und Bradydiadochokinese links, verplumptes monopadales Hüpfen links, eine nach distal zunehmende Hemihypästhesie links einschliesslich Gesicht mit sensiblem Hemineglekt links bei Simultanreizung) gut nachvollzogen werden. Dies gilt umso mehr, als der weitere neurologische Befund ohne namhaftes Defizit war und der Gutachter im Rahmen seiner umfassenden klinischen Untersuchungen ■ einschliesslich den ergänzend durchgeführten bildgebenden Verfahren (MRI) ■ keine signifikanten kognitiven Einschränkungen feststellen konnte. Soweit der Facharzt eine dauerhafte thrombozytenaggregationshemmende Therapie als indiziert erachtet (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 16), dient diese Empfehlung präventiven therapeutischen Zwecken und hat keinen Zusammenhang mit der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich leuchtet ein, dass beidhändige Tätigkeiten für die Beschwerdeführerin infolge der festgestellten gestörten Fingerfeinmotorik links nicht mehr leistbar sind und somit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (seit dem Schlaganfall) keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist. Zwar legt der Gutachter dabei eine Tätigkeit in einer Wäscherei (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 16) ■ wie sie die Beschwerdeführerin (nach ihren Angaben aufgrund psychischer Beschwerden) für eine kurze Zeit im September 2013 vor dem Schlaganfall auch tatsächlich vorübergehend ausgeführt hatte (vgl. IV-Nr. 11 S. 1; IV-Nr. 29 S. 2) ■ und nicht die seit 2011 ausgeübte (bisherige) Tätigkeit als Mitarbeiterin im Room-Service (vgl. IV-Nr. 5 S. 4) zugrunde. Dies vermag jedoch keinen Mangel an den gutachterlichen Feststellungen (im Sinne einer Unvollständigkeit) zu begründen. Aus der zusammenfassenden Konsensbeurteilung aller Gutachter geht denn auch ausdrücklich hervor, dass die Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, die einen geschickten beidhändigen Einsatz erfordern, also die zuletzt ausgeübte, die erlernte (Gastronomiefachassistentin; vgl. IV-Nr. 5 S. 4, IV-Nr. 14 S. 4, IV-Nr. 29 S. 2) sowie jedwede vergleichbare Tätigkeit, auf Dauer zu 100 % erloschen ist (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 29),

worunter ohne Zweifel auch die Tätigkeit als Mitarbeiterin im Room-Service (und die 2008 bis 2009 ausgeübte Tätigkeit als Flugbegleiterin; vgl. IV-Nr. 5 S. 4, IV-Nr. 14 S. 1) fällt. Schliesslich sind auch die Ausführungen des neurologischen Gutachters zum funktionellen Leistungsvermögen in einer leidensangepassten Tätigkeit schlüssig, wonach für überwiegend einhändig mit der dominanten (rechten) Hand ausgeführte Arbeiten (wie z.B. an Pforten und Rezeptionen oder in Telefondiensten) keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (Pensum und Rendement 100 %) bestehe, da die Störung der linken Körperhälfte hierbei nicht namhaft zum Tragen kommen könne (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 16).

Hinsichtlich der angestammten und mit ihr vergleichbaren Tätigkeiten werden die Feststellungen des neurologischen Gutachters ■ wie RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ zutreffend anmerkte (vgl. E. II. 5.16) ■ überdies durch die Beurteilung des behandelnden Neurologen, Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, gestützt, wonach sich bei initial schweren neurologischen Defiziten drei Monate nach dem Schlaganfall ein guter klinischer Verlauf und eine «deutliche Befundverbesserung» gezeigt hatten (vgl. Bericht vom 16. Dezember 2013; E. II. 5.2) und gemäss Bericht vom 1. Juni 2016 (IV-Nr. 67 S. 5 ff.) eine «erfreuliche Symptomregredienz» festgestellt werden konnte. Eine erhebliche funktionelle Einschränkung resultiert gemäss dem behandelnden Facharzt für die linke Körperhälfte und insbesondere die linke Hand in Form einer schlecht gelingenden Ziel- und Feinmotorik und konsekutiven (gemäss Prof. Dr. H.\_\_\_\_ jedoch medikamentös und mittels physikalischen Massnahmen behandelbaren) Verspannungen und Krämpfen (vgl. E. II. 5.12 hievor). Diese Feststellungen des behandelnden Neurologen bestätigen demzufolge die Einschätzung des neurologischen Gutachters, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten, die (wie die bisherige) einen geschickten beidhändigen Einsatz erfordern, seit dem Schlaganfall erloschen ist. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bzw. zum gutachterlich vorgeschlagenen Leistungsprofil äussert sich Prof. Dr. H.\_\_\_\_ indessen nicht (vgl. E. II. 5.12 und 5.16).

6.2.3 Auch die Schlussfolgerung von Dr. med. P.\_\_\_\_, wonach keine psychiatrische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, ist plausibel, zumal sich dem psychiatrischen Gutachter im fachärztlich erhobenen Befund (IV-Nr. 46.1 S. 19 ff.) bis auf die Angabe von Zukunftsängsten und leichten Insuffizienzgefühlen keine namhaften Auffälligkeiten zeigten und insbesondere die Hauptkriterien einer depressiven Störung nicht bestätigt werden konnten. So gab denn auch die Beschwerdeführerin selbst an, keine psychischen Beschwerden zu haben und dass sich die frühere depressive Stimmung bis Ende 2014 wieder gut stabilisiert habe. Es kann daher gut nachvollzogen werden, dass der Gutachter rückblickend (gestützt auf die Aktenlage sowie die Schilderungen der Versicherten) «am ehesten» von einer abgelaufenen und remittierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausgeht und (basierend auf seiner eigenen Befunderhebung) die aktuell geklagten Beschwerden (kognitive Defizite, erhöhter Schlafbedarf, vermehrte Erschöpfbarkeit) als geringgradige residuelle subjektive Restsymptome einordnet bzw. differenzialätiologisch eine Genese im Zusammenhang mit dem stattgehabten Schlaganfall nicht ausschliesst (was aber neuropsychologisch zu diskutieren sei; vgl. zum Ganzen IV-Nr. 46.1 S. 21 f.). Da im überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f.).

6.2.4 In der neuropsychologischen Beurteilung begründet Dipl.-Psych. Q.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen einer leichtgradigen kognitiven Störung (ICD-10: F06.7), wobei sich der Gutachterin klinisch und testpsychologisch ein übereinstimmender Befund präsentierte und sich Anamnese, klinischer Befund und psychometrische Ergebnisse auch in sich konsistent und plausibel zeigten. Mit Blick auf die gutachterlich festgestellte kognitive Leistungsminderung (deutlich niedrige kognitive Arbeitsgeschwindigkeit, ein im Verlauf gezeigter Leistungsabfall sowie eine allgemeine leichtgradige kognitive Verlangsamung) ■ die im Einklang mit den früheren Vorbewertungen (vgl. E. II. 5.1) steht ■ vermag sodann auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, welche das zumutbare Leistungsprofil auf geistig einfache Tätigkeiten (Arbeitsfähigkeit 100 %, Pensum und Rendement 100 %) beschränkt, wohingegen die Arbeitsfähigkeit in der erlernten Tätigkeit als Gastronomiefachassistentin aus neuropsychologischer Sicht mindestens um 50 % reduziert (Rendement 50 %; Pensum 100 %) und für die Tätigkeit als Flugbegleiterin aufgrund der (noch) höheren kognitiven und konzentrativen Anforderungen zu 100 % erloschen sei. Ebenso ist schlüssig, dass von einem nicht mehr besserbaren zerebralen Defektsyndrom nach stattgehabtem Hirninfarkt auszugehen ist und diese neuropsychologischen Einschränkungen von der Neuropsychologin daher als auf Dauer geltend eingestuft werden (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 28 f.).

6.3 Damit resultiert schliesslich eine nachvollziehbare und schlüssige medizinische Konsensbeurteilung, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und der erlernten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit aufgrund eines rechtshirnigen Defektsyndroms mit leichtgradiger (jedoch die Funktion der linken Hand ■ und geringer ausgeprägt auch der linken übrigen Körperhälfte ■ glaubhaft beeinträchtigenden) sensomotorischen Störung der linken Körperhälfte auf Dauer zu 100 % erloschen sei, da Tätigkeiten, die einen geschickten beidhändigen Einsatz erforderten, ausschieden; und wonach zusätzlich eine leichtgradige kognitive Störung bestehe (wahrscheinlich ebenfalls infolge der stattgehabten zerebralen Läsion), welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf geistig einfache Tätigkeiten einschränke, wobei die Arbeitsfähigkeit hierfür 100 % (Pensum und Rendement 100 %) betrage. Gut geeignet seien gemäss den Gutachtern zum Beispiel Arbeiten in einfachen Hol- und Bringdiensten (interne Postverteilerin), an Pforten und Rezeptionen (Pensum und Rendement 100 %), während körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit höheren konzentrativen Anforderungen zu 100 % ausscheiden würden. Da das Hirninfarktereignis mehr als zwei Jahre zurückliege, sei von einem nicht mehr besserbaren Defektsyndrom auszugehen; Therapien mit Aussicht auf eine die Arbeitsfähigkeit steigernde Besserung seien nicht verfügbar (vgl. IV-Nr. 46.1 S. 29 f., 39 f.).

6.4 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

6.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Ziff. 7, 9) vorbringt, an einer erheblichen psychischen Belastung sowie depressiven Verstimmungen zu leiden, ist zu beachten, dass den früheren Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, wonach sie keine psychischen Beschwerden habe und sich ihre depressive Stimmung bis Ende 2014 wieder gut stabilisiert habe (IV-Nr. 46.1 S. 16 f., 21 f.; vgl. auch E. II. 6.2.3 hievor), als Aussagen der ersten Stunde praxisgemäss ein

grösseres Gewicht zukommt als späteren Erklärungen, die (bewusst oder unbewusst) von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143). Dies gilt vorliegend umso mehr, als die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren keinerlei psychische Beeinträchtigungen geltend machte (vgl. Einwand vom 21. Dezember 2016 [IV-Nr. 67]) und sich auch den Akten keine fachärztlich-psychiatrischen Berichte entnehmen lassen, die seit der Stabilisierung der psychischen Beschwerden per Ende 2014 (IV-Nr. 46.1 S. 22) und dem darauffolgenden erfolgreichen Abschluss der Psychotherapie (IV-Nr. 46.1 S. 17 unten) ein seither erneutes Auftreten psychischer Beschwerden dokumentierten. Ausserdem wurde auch die in der Replik (S. 4) in Aussicht gestellte (haus)ärztliche Stellungnahme bezüglich einer angeblich seit April 2018 («wieder») notwendigen Einnahme von Antidepressiva nicht eingereicht.

6.4.2 In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte hausärztliche Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ vom 13. Februar 2018 (vgl. Beschwerde, Ziff. 9 ff. mit BB 3; Replik, S. 2; siehe auch E. II. 5.22 hievor) ■ sowie auch die früheren Berichte von Dr. med. E. \_\_\_ vom 20. Juli 2015, 25. Oktober 2015, 13. Januar 2016 und 12. August 2016 (vgl. E. II. 5.9 f. und 5.14 hievor) ■ gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 135 V 351 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C\_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 m.w.H. und 8C\_603/2017 vom 20. März 2018 E. 3.3.2). Wie bereits unter vorstehender E. II. 4.5 dargelegt, bilden Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Hinsichtlich der zeitlich vor der Begutachtung erstellten hausärztlichen Berichte sind solche Aspekte zu verneinen, waren doch den C. \_\_\_-Gutachtern die vom Hausarzt vor dem Begutachtungszeitpunkt im Zusammenhang mit dem erlittenen Schlaganfall vom 18. September 2013 festgehaltenen Diagnosen und Einschränkungen bekannt (vgl. den Hinweis auf das Aktendossier in IV-Nr. 46.1 S. 2 oben sowie S. 5 mit einer Zusammenfassung des ausführlichsten hausärztlichen Berichts vom 20. Juli 2015 [IV-Nr. 31 S. 5 f.]) und setzten sie sich selber ausführlich mit den gesundheitlichen und funktionellen Folgen dieses Ereignisses auseinander. Die Beeinträchtigungen des funktionellen Leistungsvermögens infolge des Schlaganfalles stehen sodann auch im Zentrum der zeitlich nach der Begutachtung erstatteten hausärztlichen Stellungnahmen vom 12. August 2016 (vgl. E. II. 5.14) und 13. Februar 2018 (vgl. E. II. 5.22). Auch dass die Beschwerdeführerin vor dem Schlaganfall an psychischen Beschwerden gelitten hatte und deswegen in psychotherapeutischer Behandlung gestanden war (vgl. E. II. 5.14, 5.22), war dem psychiatrischen Gutachter aufgrund der von ihm erhobenen Anamnese bekannt (vgl. E. II. 5.11.4). Dass die Gutachter als jeweilige Fachärzte gestützt auf ihre eigenen umfassenden klinischen Untersuchungsergebnisse in nachvollziehbar begründeter Weise zu ■ von den allgemeinmedizinischen Einschätzungen von Dr. med. E. \_\_\_ abweichenden ■ (internistisch und psychiatrisch) fehlenden bzw. (neurologisch und neuropsychologisch) weniger stark ausgeprägten Einschränkungen gelangt sind, vermag nach dem vorstehend Ausgeführten keine Zweifel am grundsätzlichen Beweiswert des C. \_\_\_-Gutachtens zu

erwecken.

Dasselbe gilt für den von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten (an Dr. med. E.\_\_\_\_ adressierten) Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (RB 2), zumal dieser keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthält und davon auszugehen ist, dass die darin festgehaltenen «neue[n] Hypästhesien der linken Gesichtshälfte» lediglich vorübergehender Natur waren, da die im Falle eines verbleibenden Defizits oder einer Symptomzunahme ärztlicherseits als notwendig erachtete Durchführung einer «CIS-Sequenz des Hirnstamms» (vgl. E. II. 5.21 hievor) ausweislich der Akten nicht erfolgte und auch der Hausarzt in seinem zeitlich nachfolgenden Bericht weder eine (neue) Hypästhesie im Bereich des Gesichts noch diesbezügliche Beschwerden oder Einschränkungen postulierte (vgl. E. II. 5.22 hievor).

6.4.3 Allerdings kann nachvollzogen werden, dass die Beschwerdegegnerin ■ trotz Vorliegen des an sich beweiskräftigen C.\_\_\_\_-Gutachtens ■ aufgrund der seitens Hausarzt im Nachgang zur Begutachtung angegebenen generellen Überforderung der Beschwerdeführerin (vgl. Bericht vom 12. August 2016 [IV-Nr. 56; E. II. 5.14 hievor]) und auf Anraten von RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.16 hievor) dem im Vorbescheidverfahren gestellten Antrag der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 67 S. 3 f.) auf Durchführung einer Evaluation des funktionellen Leistungsvermögens (EFL) nachgekommen ist, um die effektive Umsetzbarkeit der gutachterlich (medizinisch-theoretisch) formulierten Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu validieren.

Der EFL-Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 22. März 2017 (IV-Nr. 76; vgl. E. II. 5.17 hievor) hat die gutachterlichen Einschätzungen bestätigt und das Anforderungsprofil ergänzt bzw. präzisiert. So könne die Beschwerdeführerin keine bimanuellen Tätigkeiten mehr verrichten, die Handkraft und Handkoordination links erforderten, was sich gut in die entsprechende gutachterliche Feststellung (Ausscheiden von Tätigkeiten, die einen geschickten beidhändigen Einsatz voraussetzen) einordnen lässt. Soweit im EFL-Bericht sodann (bezogen auf die motorischen Möglichkeiten) postuliert wurde, ansonsten sei die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Room-Service ganztags zumutbar, hielt RAD-Arzt R.\_\_\_\_ jedoch zu Recht fest, dass die bisherige und mit ihr vergleichbare Tätigkeiten gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten als zu komplex anzusehen und der Beschwerdeführerin aufgrund des rechtshirnigen Defektsyndroms seit dem Schlaganfall nicht mehr möglich seien (vgl. E. II. 5.18 hievor). Gemäss Gutachten scheidet körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit höheren konzentrativen Anforderungen aus (aufgrund der leichtgradigen kognitiven Störung nur noch geistig einfache Tätigkeiten möglich; vgl. E. II. 6.3 hievor). Die EFL bestätigt die gutachterliche Einschränkung der Verweistätigkeiten auf ■ ganztags mögliche ■ leichte bis mittelschwere Arbeiten und präzisiert zudem die diesbezüglichen körperlichen Einschränkungen (Heben von Taillen- zu Kopfhöhe maximal 12.5 kg; keine Handkraft und Handkoordination links; Ziehen sowie Treppen- und Leitersteigen manchmal; vgl. E. II. 5.17 hievor).

Die Beschwerdeführerin moniert jedoch, dass eine während zwei halben Tagen durchgeführte EFL zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen könne, da eine subjektiv tragbare und noch zumutbare psychische Belastung während längerer Zeit am Arbeitsplatz auf diese Weise von vornherein nicht eruiert werden könne; vielmehr wäre dazu eine Abklärung über einen längeren Zeitraum notwendig (vgl. Beschwerde, Ziff. 7, 10, 14 f.). Mit dieser Argumentation verkennt die Beschwerdeführerin, dass eine EFL grundsätzlich

nicht zur Messung der psychischen Belastbarkeit dienen kann, sondern einzig dazu, die Fähigkeit eines Individuums zu messen, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und den Zeitraum zu schätzen, während dessen die Klientin oder der Klient diese im Verlaufe eines ganzen Tages ausüben imstande ist. Die EFL ist jedoch nicht geeignet, kognitive oder verhaltensorientierte Fähigkeiten am Arbeitsplatz zu schätzen oder Leistungseinschränkungen aufzuzeigen, die auf Erkrankungen ausserhalb des Bewegungsapparates zurückzuführen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1).

Die Rügen der Beschwerdeführerin betreffend Zuverlässigkeit der EFL gehen aber auch deshalb fehl, weil sie selber zu verantworten hat, dass die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren (physischen) Belastbarkeit infolge mässiger Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen nur teilweise verwertbar waren. So habe sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären lassen, weshalb sich das EFL-Team (Dres. med. T.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_ sowie dipl. Physiotherapeutin V.\_\_\_\_) für die Beurteilung der Zumutbarkeit im Wesentlichen auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests, stützte (vgl. zum Ganzen IV-Nr. 76 S. 4 und E. II. 5.17 hievor) bzw. stützen musste. Gemäss Praxis des Bundesgerichts sind die Testergebnisse einer EFL bezüglich zumutbarer Belastbarkeit nur bei guter Leistungsbereitschaft zuverlässig. Wo eine solche (wie hier) fehlt, kann die Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung nicht anders beurteilt werden als ausgehend vom medizinisch-theoretischen Zustand, welcher «bei normaler Leistungsbereitschaft und mittels der bisherigen zumutbaren Behandlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit mindestens erreichbar gewesen wäre» (Urteil des Bundesgerichts 9C\_840/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1 mit Hinweis auf Oliveri/Kopp/ Stutz/Klipstein/Zollikofer, Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit, Teil 2, in: Schweiz. Med. Forum 6/2006 S. 450).

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem offenbar gescheiterten Arbeitsversuch bei der Stiftung W.\_\_\_\_ als Hausbesucherin (Pensum 15 %) im Programm«[...]» (integrativ präventives Spiel- und Lernprogramm zur Unterstützung von Eltern mit kleinen Kindern; siehe [...]) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten (vgl. Beschwerde, Ziff. 10, 14, sowie Replik mit Beilage 1 [dazu E. II.5.19 hievor]), zumal die dortige Tätigkeit als Hausbesucherin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht dem gutachterlich formulierten zumutbaren Leistungsprofil (insbesondere hinsichtlich der Beschränkung auf geistig einfache Tätigkeiten) entsprochen hat, ist es doch Ziel dieser Hausbesuche bei sozial benachteiligten Familien mit kleinen Kindern, «die Entwicklung und Integration dieser Kinder altersgerecht zu fördern, die Chancen für eine erfolgreiche Kindergarten- und Schulzeit zu erhöhen und die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken.» ([...]; siehe auch [...]). Im Übrigen äussert sich der Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (vgl. RP 2 und E. II. 5.21 hievor) ■ entgegen den Ausführungen in der Replik (S. 2) ■ nicht zu einem «inneren Zusammenbruch», den die Beschwerdeführerin aufgrund der Überforderung bei diesem Arbeitsversuch erlitten haben soll.

6.5 Nach dem Gesagten ist dem C.\_\_\_\_-Gutachten somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Es wird ergänzt durch die nachvollziehbaren Präzisierungen des zumutbaren

Tätigkeitsprofils gemäss EFL-Bericht. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf das Gutachten und die ergänzenden Angaben aus der EFL abgestellt.

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und der erlernten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit ist demnach seit dem Schlaganfall am 18. September 2013 auf Dauer zu 100 % erloschen. In einer geistig einfachen und körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (spätestens) seit dem 19. Februar 2016 (letzter Untersuchungstermin im Rahmen der C.\_\_\_\_-Begutachtung) wieder 100 % (Pensum und Rendement 100 %). Dabei sind folgende körperliche Einschränkungen zu beachten: Heben von Taillen- zu Kopfhöhe maximal 12.5 kg; keine Handkraft und Handkoordination links (Ausscheiden von Tätigkeiten, die einen geschickten beidhändigen Einsatz erfordern); Ziehen sowie Treppen- und Leitersteigen manchmal. In Frage kommen zum Beispiel Arbeiten in einfachen Hol- und Bringdiensten (interne Postverteilerin), an Pforten und Rezeptionen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin entspricht im Wesentlichen auch der Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 (vgl. E. II. 5.18).

7. Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens in einem Teilpensum (80 %) bei der B.\_\_\_\_ als Mitarbeiterin im Room-Service angestellt (vgl. E. I. 1.1 hievor). Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Nach der nunmehr am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bisAbs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

8. Hinsichtlich Statusfrage geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung

vom 30. Januar 2018 ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20 m.w.H.) ■ weiterhin einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 80 % nachgegangen wäre (dies gemäss eigenen Angaben insbesondere aus finanziellen Gründen), wobei sie daneben noch den Haushalt erledigt und ihren Sohn (um den sich an den übrigen Tagen ihre Mutter hätte kümmern können) betreut hätte (vgl. IV-Nr. 65 S. 5 f. und E. II. 5.15 hievore). Es ist daher unbestrittenermassen von einem Status von 80 % (ausserhäusliche Erwerbstätigkeit) : 20 % (Haushalt und Kinderbetreuung) auszugehen.

9. Zur Beurteilung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Aufgabenbereich stellt die Beschwerdegegnerin auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 29. November 2016 (Abklärung vom 13. Oktober 2016; IV-Nr. 65 [vgl. E. II. 5.15]) ab (siehe auch die erneute Stellungnahme von Abklärungsfachfrau S. \_\_\_ vom 14. September 2017 in IV-Nr. 81 [vgl. E. II. 5.20]). Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt.

9.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser 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 schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). 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 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C\_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C\_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten

Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2).

9.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einer Abklärungsfachfrau des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt, wobei es keinerlei Anhaltspunkte dafür gibt, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Es ist gestützt auf den Inhalt des Berichts auch davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Insbesondere das zum Zeitpunkt der Abklärung vorhandene, beweiskräftige polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten wird erwähnt. Zudem werden im Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben. Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig. Vor allem gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin selbst kommt jene zum Schluss, dass im Bereich der Haushaltsführung keine Einschränkung bestehe, da die Beschwerdeführerin die Planung des Haushaltes selbständig vornehmen und Termine einhalten könne. Ausserdem könne sie Aufgaben an ihren Partner delegieren, wenn nötig. Für den Bereich Ernährung wird ebenfalls keine Einschränkung attestiert: Die Versicherte nehme das Frühstück zusammen mit ihrem Sohn ein, der noch dreimal täglich gestillt werde. Sie kaufe meistens geschnittenes Brot, da sie sehr schlecht schneiden könne. Die Hauptmahlzeit sei abends. Am Mittag komme meistens der Partner nach Hause (er arbeite in der Nähe) und bringe Sandwiches mit. Gemäss eigenen Angaben könne die Beschwerdeführerin nicht mehr schälen; die Verletzungsgefahr sei zu gross. Die Abklärungsfachfrau hält dazu fest, sie habe der Versicherten das Hilfsmittel eines rutschsicheren Schälers (selbst in der nassen Hand) empfohlen. Die Versicherte kaufe nur noch abgepackten Salat. Während der Ergotherapie habe sie auch schon Salat gewaschen; dies sei gegangen. Die alltägliche Küchenreinigung erledige die Beschwerdeführerin meistens nach dem Frühstück. Der Partner reinige die Bratpfannen. Sie könne eine Hauptmahlzeit alleine zubereiten. Gemeinsam mit dem Partner würden die Küchenschäfte gereinigt, wenn nötig. Dass die Abklärungsfachfrau (namentlich hier im Bereich Ernährung, aber auch für den ganzen Aufgabenbereich) die Unterstützung durch den Partner sowie die Entlastung durch geeignete Vorkehren (z.B. bereits geschnittenes Brot) und Hilfsmittel (rutschfester Schäler) anrechnet, ist mit Blick auf die der Beschwerdeführerin obliegende Schadenminderungspflicht nicht zu beanstanden (vgl. dazu auch die Stellungnahme der Abklärungsfachfrau vom 14. September 2017 in IV-Nr. 81 [vgl. E. II. 5.20 hievore]). Auch die Wohnungspflege könne die Beschwerdeführerin ohne Einschränkungen bewältigen. Dies leuchtet mit Blick auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin ein: Sie halte Ordnung und räume auf meistens nach dem Aufstehen. Fast jeden Tag staubsauge sie den Wohnbereich wegen der zwei Katzen. Sie reinige das Badezimmer selber. Mindestens zweimal pro Jahr reinige die Versicherte die Fenster (auch der Partner habe dies schon erledigt). In der Regel gehe die Versicherte zusammen mit ihrem Partner einkaufen (er sei dabei, weil sie selber kein Geld habe), weshalb die Abklärungsfachfrau auch in diesem Punkt nachvollziehbarerweise keine Einschränkung festgehalten hat. Bezüglich Wäsche und Kleiderpflege wird angeführt, die Beschwerdeführerin habe von ihrem Vater eine Occasion-Waschmaschine erhalten; sie könne die Wäsche sortieren, waschen und auf einem Windelständer im Wohnbereich aufhängen. Sie könne die Wäsche zusammenlegen und versorgen; sie bügeln kaum mehr, nur noch die Hemden des Partners. Die Bettwäsche werde in der Waschküche des

Mehrfamilienhauses gewaschen. Der Partner trage dann jeweils den Waschkorb in den Keller. Die Bettwäsche werde im Tumbler getrocknet und abends nehme dann der Partner die saubere Wäsche vom Keller wieder in den Wohnbereich mit. Gemäss Abklärungsfachfrau bestehen damit keine Einschränkungen im Bereich Wäsche und Kleiderpflege, was ebenfalls schlüssig erscheint. Weiter seien auch im Bereich Kinderbetreuung keine Einschränkungen zu attestieren: Die Versicherte könne die Windeln des Sohnes wechseln, ihn anziehen oder die Kleider wechseln, wenn nötig. Knöpfe schliessen oder das Einfädeln eines Reissverschlusses seien mühsam. Sie könne diese Handhabungen, jedoch nur verlangsamt. Sie wasche ihren Sohn und könne ihm auch das Essen geben; sie stille noch dreimal pro Tag. Je nach Wetter mache die Beschwerdeführerin mit ihrem Sohn kleinere Spaziergänge oder gehe zum Kinderspielplatz. Die Abklärungsfachfrau geht demnach davon aus, dass eine Verlangsamung in gewissen Verrichtungen (z.B. Knöpfe zumachen, Reissverschluss einfädeln) oder die Notwendigkeit vermehrter Pausen oder kürzerer Einheiten (z.B. beim Spaziergehen) keine relevanten Einschränkungen zu begründen vermögen, was nicht zu beanstanden ist. Wie die Abklärungsfachfrau in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2017 (IV-Nr. 81; vgl. E. II. 5.20 hievon) zutreffend ausführt, hat eine im Haushalt tätige Person im Sinne der Schadenminderungspflicht ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen. Ausserdem seien (wie bereits erwähnt) auch Hilfsmittel zu berücksichtigen, welche die Auswirkungen der Behinderungen im Aufgabenbereich reduzierten. Im Falle der Beschwerdeführerin seien somit keine Einschränkungen zu bewerten. Im Bereich «Verschiedenes» wird schliesslich festgehalten, dass die Versicherte gemäss eigenen Angaben keine Hobbies mehr pflege (früher viel Basteln, Kleider nähen und ein Pflegepferd, mit dem sie mehrmals pro Woche geritten sei). Vor ca. sechs oder sieben Jahren habe die Versicherte jedoch gemeinsam mit ihrem Partner zwei Königspythons angeschafft. Es seien zwei Aquarien vorhanden ■ für die kleinen Geckos und Frösche sowie für die Königspythons; zudem ein Käfig für die gezüchteten Mäuse. Die Reinigung der Aquarien und des Mäusekäfigs werde gemeinsam mit dem Partner erledigt. Insgesamt ergäben sich damit auch hier keine Einschränkungen.

Zusammenfassend ■ und wie auch bereits vorstehend bei den einzelnen Bereichen dargelegt ■ erscheint nachvollziehbar und schlüssig, dass die Abklärungsfachfrau somit keine Einschränkungen im Aufgabenbereich (Haushalt und Kinderbetreuung) attestiert. Aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin ergibt sich denn auch, dass sie die allermeisten Haushaltsarbeiten (verlangsamt) selber ausführen kann und auch ihren Sohn betreuen kann (wenn auch hier gewisse Verrichtungen mehr Zeit brauchen). Die Abklärungsfachfrau weist abschliessend zudem zu Recht darauf hin, dass dem Partner im Rahmen der Schadenminderungspflicht die geschilderten Handreichungen (wie z.B. den Wäschekorb in die Waschküche tragen, die Bratpfannen reinigen oder die Mithilfe bei Reinigungsarbeiten) zumutbar sind (vgl. IV-Nr. 65 S. 11 oben und S. 12 unten). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, Ziff. 12, und insbesondere Replik, S. 3) ist sie aufgrund der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht gehalten, die Haushaltsarbeiten einzuteilen, die (zumutbare) Unterstützung von Familienangehörigen (insbesondere des Partners und auch der Mutter) in Anspruch zu nehmen und entsprechende, die Behinderung reduzierende Vorkehren zu treffen (wie die Benützung von Hilfsmitteln [z.B. rutschsicherer Schälner] oder das Ausweichen auf bereits vorgeschnittenes Brot oder abgepackten, zum Verzehr bereiten Salat etc.). Darüber hinaus entsprechen die im Aufgabenbereich anfallenden Arbeiten, die in der Regel als körperlich leicht bis gelegentlich mittelschwer

einestufen sind und in Wechselbelastung mit Ruhepausen dazwischen erledigt werden können, dem gemäss Gutachten und EFL festgelegten zumutbaren Tätigkeitsprofil (vgl. E. II. 6.5 hievov). Was die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kritik der fehlenden Objektivität der Abklärungsfachfrau («sehr befremdliches Abklärungsvorgehen») anbelangt, ist zu beachten, dass diese Rügen ausweislich der Akten erstmals im Beschwerdeverfahren bzw. mit Replik vom 17. Mai 2018 (S. 3), also fast anderthalb Jahre später, vorgebracht werden und im zeitlich weitaus näherliegenden Vorbescheidverfahren jedoch keine Erwähnung finden (siehe Einwandschreiben vom 21. Dezember 2016; IV-Nr. 67 S. 2), weshalb sie nicht geeignet sind, Zweifel an der Zuverlässigkeit des Abklärungsberichts zu erwecken. Dies gilt umso mehr, als sich die Beschwerdeführerin gegenüber den C.\_\_\_\_-Gutachtern mehrfach dahingehend äusserte, die im Aufgabenbereich anfallenden Arbeiten selber einteilen und grösstenteils auch selber erledigen bzw. mit Hilfe ihres Partners und ihrer Mutter bewältigen zu können (vgl. internistisches Teilgutachten [IV-Nr. 46.1 S. 8]: «Den Haushalt besorge sie mit Hilfe des Lebenspartners.» / «Ihr typischer Tagesablauf sei von der Versorgung des Sohnes, des Haushaltes und medizinischen Therapiemassnahmen geprägt.»; neurologisches Teilgutachten [IV-Nr. 46.1 S. 12]: «Anfallende Tätigkeiten im Haushalt könne sie mit etwas erhöhtem Zeitaufwand selbstständig erledigen. Das Kochen übernehme der Lebensgefährte. Ihre Mutter würde teilweise auf ihr inzwischen einjähriges Kind aufpassen.»; neuropsychologisches Teilgutachten [IV-Nr. 46.1 S. 24]: «Der Sohn würde im häuslichen Rahmen betreut werden, überwiegend von A.\_\_\_\_. Zusätzlich erhalte sie für die Betreuung ihres Sohnes Unterstützung seitens ihrer Mutter. A.\_\_\_\_ bewohne gemeinsam mit ihrer Familie eine 3.5-Zimmerwohnung, in der sie sich wohl fühle. Für den Haushalt erhalte sie von den Familienmitgliedern und ihrem Lebenspartner viel Unterstützung. Die Tagesstruktur sei durch das einjährige Kind bestimmt. Soziale Kontakte würde sie gerne und regelmässig pflegen.»; siehe auch den im psychiatrischen Teilgutachten geschilderten Tagesablauf, aus dem auch verschiedene soziale Aktivitäten hervorgehen [IV-Nr. 46.1 S. 19]). Als Aussagen der ersten Stunde kommt diesen Ausführungen (im Rahmen von Begutachtung und Haushaltsabklärung) praxisgemäss ein grösseres Gewicht zu als späteren Erklärungen, die (bewusst oder unbewusst) von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143).

9.3 Der vorliegende Abklärungsbericht Haushalt vom 29. November 2016 (IV-Nr. 65) stellt nach dem Gesagten eine beweistaugliche Grundlage zur Beurteilung der Einschränkungen im Aufgabenbereich (Haushalt und Kinderbetreuung) dar. Aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin im Rahmen der C.\_\_\_\_-Begutachtung (vgl. E. II. 9.2 hievov) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass nicht erst seit dem 13. Oktober 2016 (Termin der Haushaltsabklärung; IV-Nr. 65 S. 2), sondern bereits seit (spätestens) dem 19. Februar 2016 (letzter Untersuchungstermin im Rahmen der Begutachtung) keine ■ im Rechtssinne invalidisierenden ■ Einschränkungen in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung vorliegen.

10.

10.1 Nach dem Gesagten ergibt sich für die Zeitspanne vom 18. September 2013 (Schlaganfall) bis zum 18. Februar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für jegliche Erwerbstätigkeiten (Pensum 80 % [vgl. E. II. 8 hievov]). Die Voraussetzungen für die Entstehung eines Invalidenrentenanspruches gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (vgl. E. II. 3.3) sind damit im September 2014 (nach Ablauf des Wartejahres

[siehe auch E. II. 3.2]) grundsätzlich erfüllt. Der Rentenbeginn per 1. September 2014 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG) wird von den Parteien denn auch zu Recht nicht bestritten.

In Anwendung der gemischten Methode (vgl. E. II. 7 hievor) ergibt sich damit für den Erwerbsbereich ein (gewichteter) Invaliditätsgrad von 80 %, wobei sich aufgrund der Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit ein Einkommensvergleich erübrigt (rein rechnerisch entspricht in solchen Fällen der Grad der Arbeitsunfähigkeit dem Grad der Erwerbsunfähigkeit). Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, wie es sich in der genannten Zeitspanne mit der Arbeitsfähigkeit im Aufgabenbereich verhält, sind doch die Voraussetzungen für eine ganze Invalidenrente (Invaliditätsgrad von mindestens 70 %; vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG [E. II. 3.3]) damit bereits erfüllt. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist sodann in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Spätestens seit dem 19. Februar 2016 (letzter Untersuchungstermin im Rahmen der C.\_\_\_\_-Begutachtung) besteht in einer leidensangepassten Erwerbstätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement 100 %; vgl. E. II. 6.5 hievor), was demnach ab 1. Juni 2016 zu berücksichtigen ist. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin vom 1. September 2014 bis 31. Mai 2016 somit zu Recht eine befristete ganze Invalidenrente (ab Geburt des Sohnes im Februar 2015 inklusive Kinderrente) zugesprochen.

10.2 Für die Zeit ab 19. Februar bzw. 1. Juni 2016 (vgl. E. II. 10.1 hievor) ist ein Rentenanspruch indessen zu verneinen: Dabei hat die Beschwerdegegnerin aufgrund der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bis Abs. 3 IVV (vgl. dazu E. II. 7 hievor) korrekterweise einen Einkommensvergleich für die Zeit vor und einen solchen für die Zeit ab dem 1. Januar 2018 vorgenommen (vgl. A.S. 5 f.). Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese insofern zu berichtigen, als für das Valideneinkommen nicht auf einen Tabellenlohn, sondern das zuletzt erzielte (der Teuerung angepasste) Einkommen abzustützen ist, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre ■ eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellte Ausnahme von diesem Erfahrungssatz ist hier nicht ersichtlich (vgl. BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E.5.1 S. 300 f.). Es ist vorliegend demnach auf den gemäss IK-Auszug (IV-Nr. 55 S. 4) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Room-Service der B.\_\_\_\_ im (letzten, vor dem Schlaganfall liegenden) Jahr 2012 im 80%-Pensum erzielten Bruttojahreslohn von CHF 43'537.00 (d.h. CHF 54'421.00 bei 100 %) abzustellen. An die Teuerung angepasst (: 102.4 x 105.1 [Beherbergung und Gastronomie]) ergibt sich somit für den Einkommensvergleich bis 31. Dezember 2017 ein Valideneinkommen von CHF 44'685.00 (Pensum 80 %) und für den Einkommensvergleich ab 1. Januar 2018 (Hochrechnung auf ein Pensum von 100 %; vgl. Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV) ein Valideneinkommen von CHF 55'856.00 (eine Aufrechnung der Wochenstunden entfällt, da die betriebsübliche Arbeitszeit sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2016 jeweils 42.4 Stunden pro Woche betrug).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin dagegen zu Recht auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 des BFS abgestellt, da die Beschwerdeführerin seit ihrer letzten Tätigkeit bei der vorerwähnten Arbeitgeberin keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat (vgl. BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Dabei erweist sich der herangezogene Tabellenlohn (TA1\_tirage\_skill\_level, Total,

Niveau 1, Frauen [CHF 4'300.00 x 12]) im Hinblick auf das zumutbare Tätigkeitsprofil als korrekt. Allerdings ist der von der Beschwerdegegnerin aus der Haushaltsabklärung herangezogene Einkommensvergleich für die Zeit vor Januar 2018 (vgl. A.S. 5 mit Verweis auf IV-Nr. 65 S. 12) dahingehend anzupassen, als die Aufrechnung der Teuerung sowie der Wochenstunden grundsätzlich bis ins Jahr 2016 (nicht nur bis 2015) zu erfolgen hat, sind doch jeweils die im Verfügungszeitpunkt (hier: 30. Januar 2018) aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Das Abstellen auf die LSE 2014 ist indessen korrekt, da erste Ergebnisse der LSE 2016 erst im Mai 2018, also nach dem Verfügungszeitpunkt, publiziert wurden. Unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen leidensbedingten Abzugs (10 %) ergibt sich somit für beide Einkommensvergleiche ein Invalideneinkommen von CHF 39'143.00 (= 4'300.00 x 12 : 40 x 41.7 [Aufrechnung Wochenstunden] : 103.3 x 104.4 [Aufrechnung Teuerung] x 0.8 x 0.9).

Es resultiert damit für die Zeit ab 19. Februar 2016 bis 31. Dezember 2017 ein Erwerbsausfall von CHF 5'542.00 (CHF 44'685.00 - CHF 39'143.00) bzw. 12.4 %, was bei einem ausserhäuslichen Anteil von 80 % einen Invaliditätsgrad von 9.92 % ergibt. Da im Aufgabenbereich (wie dargelegt) keine Einschränkungen vorhanden sind, entspricht dies auch dem Gesamtinvaliditätsgrad. Dieser vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Für die Zeit ab 1. Januar 2018 ergibt sich in Anwendung der ab diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Verordnungsbestimmung (Art. 27bisAbs. 3 IVV [vgl. E. II. 7]) sodann ein Erwerbsausfall von CHF 16'713.00 (CHF 55'856.00 - CHF 39'143.00) bzw. 29.92 %, was bei einem Erwerbsanteil von 80 % zu einem Invaliditätsgrad von 23.94 % führt. Dieser entspricht mangels Einschränkungen im Aufgabenbereich wiederum dem Gesamtinvaliditätsgrad. Es besteht somit auch für die Zeit ab Januar 2018 kein Rentenanspruch mehr.

Schliesslich kann die Frage, ob der Beschwerdeführerin ■ wie von ihr geltend gemacht (Beschwerde, Ziff. 6, 8) ■ ein leidensbedingter Abzug von mehr als 10 % bzw. von mindestens 20 % zu gewähren wäre, vorliegend offen gelassen werden, denn selbst unter Berücksichtigung eines maximal möglichen Abzugs von 25 % beim Invalideneinkommen würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren (sondern ein solcher von 21.6 % bzw. ab Januar 2018 von 33.28 %).

11. Der Sachverhalt ist hinreichend geklärt, weitere Beweisabnahmen versprechen keine zusätzlichen Erkenntnisse. Die gestellten Beweisanträge (Parteibefragung, Befragung von Zeugen resp. Auskunftspersonen) sind daher abzuweisen. Damit erübrigt sich auch die Durchführung der zu diesem Zweck beantragten mündlichen Verhandlung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_96/2016 vom 22. April 2016 E. 2).

12. Zusammengefasst ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 30. Januar 2018 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

13.

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

13.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

Demnach wird beschlossen und erkannt:

4. Die Beschwerdeführerin hat die 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

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