

SO_GERICHTE VSBES.2018.97 vom 21. Februar 2018

SO Obergericht, 2018-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.97

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.97 du 21 février 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.97 del 21 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2018 sei aufzuheben.

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei weiterhin mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen.

E. 3

Der Beschwerdeführerin seien berufliche Massnahmen zuzusprechen.

E. 4

Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5

Spontan regrediente Kopfschmerzen unklarer Ätiologie – DD Post-Punktions-Liquorrhö
Procedere: Klinische Verlaufskontrolle in der hausärztlichen Sprechstunde diese Woche mit gegebenenfalls Bestimmung des ABCB1-Gens. Abwarten der bei Austritt noch ausstehenden Resultate der Blut- und Liquordiagnostik. Regelmässige Vorstellung in der Sprechstunde beim ambulanten Psychiater mit Reevaluation der antidepressiven Therapie und Lyrica-Einnahme im Verlauf mit gegebenenfalls Steigerung von Lyrica bis maximal 150 mg täglich. Anmeldung in der Psychosomatik P.____ zur weiteren ambulanten Betreuung. Vorstellung nächste Woche bei Prof. Dr. med. L.____, FMH Neurologie, zur medizinischen Begutachtung im Rahmen des laufenden IV-Verfahrens. Vom 1. bis 11. Juni 2017 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. 5.2.11 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 3. Juli 2017 (IV-Nrn. 104.1 - 104.5) hielten Prof. Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, lic. phil. M.____, Fachpsychologin FSP, MSc N.____, Neuropsychologin DAS, Psychologin MSc, und Dr. med. Dipl.-Psych. O.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 104.1 S. 23): – Leicht bis mittelstark beeinträchtigt kognitives Leistungsprofil (ICD-10 F06.7) – Rezidivierend depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt weitgehend remittiert bei weiterhin bestehender neurasthener Restsymptomatik (ICD-10 F33.4) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Subjektiv Tremor des rechten Beines, zeitweise am ganzen Körper – nicht einem der üblichen Tremorarten entsprechend, insbes. kein cerebraler / cerebellärer Tremor, am ehesten funktionell (psychogen) – Subjektiv hemikorporelle Hyp- und Thermhypästhesie – keinem anatomischen Muster folgend (Sensibilitätsstörung beginnt in der Medianebene [!]), am ehesten funktionell (psychogen) – Anamnestisch episodische Migräne – Subjektive «Hyperreflexie», kein pathologisches Korrelat, am ehesten im Rahmen des schlanken

Habitus (kein Hinweis auf Störung des Zentralnervensystems, keine Ataxie, kein Hinweis auf SCA [Spinocerebelläre Ataxie]) Die einzelnen Teilgutachter attestierten folgende Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit bzw. in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 104.1 S. 24): Neurologie: bisherige Tätigkeit 0 % / Verweistätigkeit 0 %; Innere Medizin: bisherige Tätigkeit 0 % / Verweistätigkeit 0 %; Neuropsychologie: bisherige Tätigkeit 30 - 50 % / Verweistätigkeit 30 - 50 %; Psychiatrie: bisherige Tätigkeit 100 % / Verweistätigkeit 20 %. Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als IPS-Pflegefachfrau) von 100 % und in einer Verweistätigkeit (als Mitarbeiterin in einem Tierheim, oder – wie bei ihrem Versuch einer zweiten Anstellung – bei der Betreuung von dementen Menschen) von 30 % bis 50 %, wobei aus interdisziplinärer Sicht die Arbeitsunfähigkeit in ihrer Gesamtschau eher bei 30 % liege. Dabei gelte das seitens des neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachters geäußerte Fähigkeitsprofil. Verlauf: Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei rein spekulativ, da sie sich auf von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen verlassen müssten. Retrospektiv könne gar nicht überprüft werden, ob die Anamnesen richtig erhoben worden seien, ebenso könne die Wertigkeit der Befunde nicht nachvollzogen werden. Somit bestehe nur die Möglichkeit von reinen Spekulationen, was strikt abgelehnt werde. Folgende Ausführungen dürften hier die dargelegte Einstellung erklären: die Indikation für die vorliegende Begutachtung sei doch gerade aus der Tatsache erwachsen, dass für den Auftraggeber die früheren Akten nicht klar nachvollziehbar und schlüssig gewesen seien. Wie solle es nun nachfolgenden Gutachtern unter dieser Voraussetzung möglich sein, eine Beurteilung auf der Basis der gleichen zu hinterfragenden Akten zu erstellen. Somit gelte die aktuell von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ab dato der Begutachtung. Aus pragmatischen Gründen werde empfohlen, die früheren Bemessungen der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit zu übernehmen. 5.2.12 Dr. med. H.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2017 (IV-Nr. 111 S. 2 ff.) folgendes Fazit fest: Das in der neuropsychologischen Untersuchung objektivierbare Defizit der Leistungsfähigkeit begründe sich durch die weiterhin bestehende neurasthenische Restsymptomatik. Obwohl die Gutachter eine weitgehende Remission der Depression zum Untersuchungszeitpunkt bestätigen würden und allein neurasthenische Beschwerden als Momentaufnahme betrachtet per se nach der gängigen Rechtsprechung als nicht invalidisierend gälten, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht die von den Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit folgendermassen begründet: der langjährige Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung im Längsschnitt betrachtet weise Episoden mit auch schwerem Ausmass auf, dies auch unter konsequenter medikamentöser Therapie. In der neuropsychologischen Untersuchung liessen sich in Teilgebieten (Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung, verbale Umstellfähigkeit) schwere Einschränkungen im Vergleich zum Normalkollektiv nachweisen, insgesamt über alle Untersuchungsgebiete bestätige sich eine bis mittelschwere Leistungsminderung. Auffällig seien die deutliche Ermüdbarkeit und Erhöhung der Fehlerquote nach vier Stunden Untersuchung. Dabei zeige die Beschwerdeführerin eine hohe Leistungsbereitschaft, die Untersuchungsergebnisse seien validiert ohne Hinweise auf Aggravation oder Simulation. Funktionelle Einschränkungen bei der Arbeitsfähigkeit seien: Erhöhte Ermüdbarkeit, verringerte Aufmerksamkeit, verringerte verbale Umstellungsfähigkeit. Zumutbarkeitsprofil (Einschränkung in bisheriger Tätigkeit, Leistungsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit):

Leichte Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin in einem Pensum von 70 % zumutbar, dabei sollten die Arbeitseinsätze über die Woche gesehen täglich gleich verteilt werden (keine Ganztageseinsätze). Das Gutachten sei aus versicherungsmedizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich, was die rentenbegründende Diagnose der depressiven Störung betreffe, verbessert. Die neurologische Symptomatik, die zum Zeitpunkt des Revisionsgesprächs im Februar 2016 neu aufgetreten gewesen sei, habe versicherungsmedizinisch betrachtet keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter machten retrospektiv leider keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit. Die Verbesserung der psychischen Situation werde im psychiatrischen Teilgutachten klar bejaht. Bereits im Revisionsgespräch vom 29. Februar 2016 habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass es ihr psychisch wesentlich besser gehe. Dies sei auch der Grund gewesen, weshalb sie die Ausbildung zur Hundeerziehungsberaterin habe in Angriff nehmen wollen. Somit sei die Verbesserung spätestens ab dem 29. Februar 2016 ausgewiesen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit. Es müssten keine weiteren Abklärungen vorgenommen werden. 5.2.13 Der Abklärungsfachmann G.____ hielt im Abklärungsbericht vom 29. September 2017 (IV-Nr. 112) folgenden Kommentar fest: Die Beschwerdeführerin leide gemäss den Gutachtern und dem RAD infolge neurasthenischer Restsymptomatik an erhöhter Ermüdbarkeit, verringerter Aufmerksamkeit und verminderter verbaler Umstellungsfähigkeit. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht stelle sich die Frage, ob die attestierte Arbeitsunfähigkeit plausibel und nachvollziehbar sei. Da gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts eine Neurasthenie (sog. pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild) keine Invalidität begründe, könne die versicherungsmedizinische Einschätzung, dass – die Beschwerdeführerin in eingeschränktem Ausmass arbeitsfähig sei – nicht übernommen werden. Zusammenfassend seien der Beschwerdeführerin nach erheblicher Verbesserung des Gesundheitszustands die Ausübung der früheren Tätigkeit als Pflegefachfrau sowie andere entsprechende Tätigkeiten zum Zeitpunkt des interdisziplinären Konsenses (20. Juli 2017) vollschichtig zumutbar. Der Referent halte fest, dass invalidenversicherungsrechtlich eine gesundheitlich bedingte, andauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben sei. Da keine Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden könne, liege auch keine Invalidität vor. Die bisherige Viertelsrente sei in Zukunft aufzuheben. Weitere Indikatoren (Zusätze): Der Beschwerdeführerin stünden zur Behandlung ihres Leidens erfolgversprechende Massnahmen offen. Sie befinde sich seit dem Austritt aus dem AC.____ im Juni 2017 wieder in entsprechender psychiatrischer Behandlung. Die Therapiemöglichkeiten seien damit noch nicht (optimal) ausgeschöpft. Damit sei eine Therapieresistenz nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Auch ein sozialer Rückzug in allen Bereichen liege nicht vor. Das Gutachten werde nicht angezweifelt. Die im Gutachten diagnostizierten Beschwerdebilder und Diagnosen seien unbestritten. Der Umstand, dass die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter nicht übernommen werden könne, sei rechtlich und nicht medizinisch begründet. Versicherungsmedizinisch werde nach festgestellter Veränderung der gesundheitlichen Situation gegenüber erhoben, dass die Arbeitseinsätze der Beschwerdeführerin die Woche über gleich verteilt werden sollten. Der Beschwerdeführerin sei ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (interdisziplinäre Konsensbesprechung) ein Pensum von 70 % zumutbar. Dem folgend ergebe sich – bezogen auf den bisher erhobenen Erwerbsanteil von 60 % (eine Änderung in Sachen Status ergebe

sich nicht) – im Erwerbsbereich eine deutlich mindernde Einschränkung im Vergleich zur erstmaligen Invaliditätserhebung, als der versicherten Person eine Verweistätigkeit lediglich im Ausmass von 48 % noch zumutbar gewesen sei. Im Aufgabenbereich Haushalt sei die Beschwerdeführerin infolge der gesundheitlichen Zustandsveränderung nicht relevant eingeschränkt. Dementsprechend würde sich nach vorgenommener Gewichtung einer allfälligen Einschränkung im Erwerbsbereich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ohnehin nicht ergeben. Auch mit der in Planung stehenden neuen Invaliditätsgradberechnung für teilerwerbstätige Versicherte (gemischte Methode; trete voraussichtlich ab 1. Januar 2018 in Kraft) würde ein rentenbegründender Invaliditätsgrad indes nicht erreicht werden. Auf die Invaliditätsgraderhebung könne verzichtet werden. Denn die von den Gutachtern und dem RAD bestätigten diagnostizierten Beschwerdebilder und Diagnosen seien nicht geeignet, eine invalidisierende gesundheitliche Einschränkung zu bewirken. Hierauf könne der bisherige Rentenanspruch für die Zukunft aufgehoben werden.

5.2.14 PD Dr. med. AF.____, Leiterin Neuropsychosomatik, P.____, Universitätsklinik für Neurologie, hielt im vom 27. November 2017 datierenden «Sprechstundenbericht vom 31. Oktober 2017» (IV-Nr. 117 S. 5 f.) folgende Diagnosen fest: 1. Funktionelle neurologische Störung (ICD-10 F44.4) mit – rechtsseitiges Hemisyndrom 2. Status nach Depression Beurteilung und Procedere: Die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2015 und in diesem Jahr ein rechtsseitiges sensomotorisches Syndrom mit Gangstörung gehabt. Die heutige neurologische Untersuchung zeige viele positive Zeichen für die Diagnose «funktionelle neurologische Störung», d.h. ein Absinken ohne Pronation, Give way weakness und Midline-Splitting für die Sensibilität auch mit Asymmetrie der Palästhesie an der Stirn. Die Untersuchung zeige auch keine organischen Zeichen und die MRI des Schädels von diesem Jahr habe keine neue Läsion gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei gebeten worden, die MRI zu senden oder zur nächsten Konsultation mitzubringen. Die Diagnose sei mit der Beschwerdeführerin besprochen worden und ihr sei eine Web-Site angegeben worden, wo sie darüber Informationen finden könne. Es sei ihr erklärt worden, dass psychologische Faktoren Risikofaktoren sein könnten, aber sie sollten nicht als einzige Ursache gesehen werden. In diesem Sinn könne natürlich eine psychologische Unterstützung helfen, aber die Beschwerdeführerin möchte das zurzeit nicht, sie möchte auch mit der Physiotherapie aufhören und werde Yoga Unterricht nehmen. Es sei vereinbart worden, regelmässig neurologische Untersuchungen durchzuführen. Sie werde in drei Monaten eine Nachkontrolle haben.

5.2.15 Der Abklärungsfachmann G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2018 (IV-Nr. 119 S. 2 ff.) betreffend die Einwände der Beschwerdeführerin hinsichtlich des Status fest, gemäss der Stellungnahme des Schreibenden vom 29. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.13 hiervor) sei im Aufgabenbereich Haushalt unter Berücksichtigung von IV-rechtlichen Komponenten (bspw. Familienhilfe) nicht von einer relevanten Beeinträchtigung auszugehen. Diese Beurteilung sei beim Rentenentscheid berücksichtigt worden. Die Aussage, dass die Beschwerdeführerin die Frage im Zusammenhang mit dem Status (Erwerbsanteil im Validitätsfall; hypothetisch) nicht verstanden habe, werde vom Schreibenden «abgetan». Denn seit dem Eingang der Anmeldung für berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente am 24. Januar 2012 habe sich die Beschwerdeführerin auf Verlangen der Beschwerdegegnerin hin mehrmals mit der Thematik rund um dem Status auseinanderzusetzen gehabt (Früherfassungsgespräch, berufliche Massnahmen, usw.). Und immerzu sei es bei diesen Gesprächen um einen Erwerbsanteil von 60 % gegangen (Aussage der ersten Stunde). Zusätzlich habe am 9. Juli

2014 am Wohndomizil der Beschwerdeführerin im Beisein ihres Ehemanns eine Abklärung sowohl für die Ermittlung der Bemessungsmethode in Sachen Invaliditätsgrad mitsamt Erwerbsanteil bei voller Gesundheit als auch für die Erörterung von möglichen Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt stattgefunden (u.a., weil die Beschwerdeführerin auch vor August 2007 grösstenteils im Umfang eines 60 %-Pensums gearbeitet habe). Wie bereits in anderen Gesprächen auch habe die Beschwerdeführerin (was auch die Meinung ihres Ehemanns sei) am 9. Juli 2014 ausgeführt, dass sie bei voller Gesundheit ein Erwerbspensum von 60 % ausüben würde (analog der vertraglichen Anstellung in der W.____ in [...] [von August 2007 bis Oktober 2011]). Da der restliche Anteil von 40 % nicht einer oder mehreren Freizeitbeschäftigungen zuzuordnen gewesen sei, sei er dem Aufgabenbereich Haushalt angerechnet worden. Demgemäss habe sich nach den Bestimmungen der gemischten Bemessungsmethode ein Invaliditätsgrad von 40 % ergeben. Dieser Tatbestand habe im Rentenentscheid vom 24. Oktober 2014 den Hauptbestandteil gebildet. Die vorhin erwähnte Verfügung sei unanfechtbar in Rechtskraft erwachsen. Auch am Revisionsgespräch vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 80) sei das 60 %-Pensum bei voller Gesundheit von der Beschwerdeführerin wiederholt bestätigt bzw. kundgetan worden. Der Beschwerdeführerin sei die Bedeutung und Tragweite der Statusfrage mehrmals durch die Beschwerdegegnerin erläutert worden. Zudem sei am Abklärungsgespräch am 9. Juli 2014 u.a. für den Aufschluss der Statusfrage der Ehemann der Beschwerdeführerin beigezogen worden. Die seit 2010 verheiratete Beschwerdeführerin, welche kinderlos sei, hätte im Gesundheitsfall, aus freien sowie persönlichen Überlegungen heraus, was im Zeitgeist von heute nicht selten sei, ein berufliches Rendement im Ausmass von 60 % wahrgenommen. Für die Aufnahme einer hypothetischen Erwerbstätigkeit von 80 % – wie im Einwandschreiben aufgeführt – fehlten sodann aussagekräftige Anhaltspunkte. Denn eine gewichtige Änderung in Sachen Status habe sich seit den Abklärungen der Beschwerdeführerin im Rahmen des erstmaligen Rentengesuchs bis heute nicht ergeben. Die Gegenseite versuche, die Sache mit durchsichtigen Argumentationen umzustossen. Dies zeige deutlich, dass ein solches Handeln seitens der Gegenpartei als nachträgliche Konstruktion aufzufassen ist. Es dürfe nicht sein, dass die Bemühungen der Behörde verkommen würden. Vor diesem Hintergrund sei es gerechtfertigt, den unabhängig von rechtlichen Überlegungen beeinflussten «Aussagen der ersten Stunde» erhöhten Beweiswert beizumessen (BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen). Quintessenz: Hierauf sei festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegend im Gesundheitsfall weiterhin von einem Erwerbspensum von 60 % auszugehen ist. Die restlichen 40 % entfielen auf den Aufgabenbereich Haushalt. Oder mit anderen Worten ausgedrückt; im Validitätsfall sei realiter unverändert von einem Erwerbsanteil von 60 % auszugehen. Kommentar zum Aufgabenbereich Haushalt (Punkt 2): Dem Begehren, dass die begutachtenden Ärzte sich abermals mit den Einschränkungen im Haushalt auseinanderzusetzen bzw. zu befassen hätten, sei keine Folge zu leisten. Im Verfahren des Rentenerhöhungsgesuchs sei die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Begutachtungsstelle J.____ interdisziplinär begutachtet worden. Alle Begutachter hätten Beurteilungen hinsichtlich Haushalt und Tagesablauf geliefert. Hiervon ergebe sich ein kurzes Abbild wie folgt: Neurologie (Prof. Dr. med. L.____ / Untersuchung am 6. Juli 2017): Aus rein somatisch neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Innere Medizin (Dr. med. K.____ / Untersuchung am 2. Mai 2017): Aus internistischer Sicht ergebe sich für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein ausreichender Anhalt. Psychiatrie (Dr. med. Dipl.-Psych. O.____ / Untersuchung am

23. Mai 2017): Die Haushaltarbeiten erledige die Beschwerdeführerin selbst, müsse aber jeweils Pausen einhalten (brauche doppelt so lang). Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführerin ein zeitliches Arbeitspensum von 100 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar. Wegen vermehrter Erschöpfbarkeit und Pausenbedürftigkeit ergebe sich eine Leistungsminderung von 20 %. Neuropsychologie (lic. phil. M.____ und MSc N.____ / Untersuchung am 25. April 2017): Die Selbständigkeit im Alltag sei bei der Beschwerdeführerin gegeben. Der Haushalt leide jedoch unter der reduzierten Belastbarkeit. Es ergäben sich vorliegend keine Anhaltspunkte für erhebliche Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt. So resultiere im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung (also testpsychologisch) ein leicht bis mittelstark beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil. Die Hauptschwierigkeiten bestünden im attentionalen Bereich. Es zeigten sich dabei eine verminderte Aufmerksamkeitsaktivierung, eine reduzierte Informationsgeschwindigkeit sowie schwankende Reaktionszeiten. Im Sinne der Schadenminderungspflicht habe eine im Haushalt tätige Person ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen. Die Mithilfe gehe dabei weiter als der übliche Umfang, den man erwarten dürfe, wenn die versicherte Person nicht an einem Gesundheitsschaden leiden würde. Neben der Hilfe durch die Familienangehörigen sei es der versicherten Person zumutbar, die Arbeit zu Hause so einzuteilen, dass Pausen und Positionswechsel möglich seien. Die im Haushalt zu erledigenden, sprich anfallenden Arbeiten seien in der Regel als körperlich leicht bis gelegentlich als mittelschwer einzustufen und könnten in Wechselbelastung und mit Ruhepause dazwischen ausgeführt werden. Zudem würden im Haushalt immer wiederkehrende Aufgaben erledigt (sog. Routinearbeiten). Solche Tätigkeiten entsprächen dem zumutbaren Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin. (Zusatz: Seit Ende Mai 2017 habe die Beschwerdeführerin keine berufliche Tätigkeit mehr inne). Dem Ehemann, welcher vollzeitig erwerbstätig sei (dies gehe aus dem Gutachten hervor), seien im Sinne der Rechtsprechung etwaige Haushaltsaufgaben zumutbar (wöchentlicher Grosseinkauf, Mithilfe bei der Wäsche [Kleiderpflege + Wechsel der Bettwäsche], im Garten [giessen + saisonbezogene Arbeiten], Wohnungspflege [kleiner täglicher Kehr und an arbeitsfreien Tagen gründliche Pflege der Böden und sanitären Anlagen], Zubereitung der Mahlzeiten an arbeitsfreien Tagen und immerzu abends, usw.). Demgemäss werde die Beschwerdeführerin im Haushalt durch ihren Ehemann unterstützt. Zudem seien entsprechende Hilfsmittel (Geräte) im Haushalt ausgiebig zu benützen (bspw. Tumbler, Geschirrspülmaschine, Mikrowelle, usw.). Eine Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt ergebe sich vorliegend nicht (rechtlich begründet). Dass die Gutachter ihre Beurteilung nicht mit einer prozentualen Angabe der Einschränkungen ergänzt hätten, komme nach dem Gesagten keine Bedeutung zu. Das wolle heissen, dass die Erhebung der Invalidität im Haushalt nicht durch den Arzt, sondern durch die zuständige Behörde zu erfolgen habe («sei näher dran»). Auch dürfe die Art der Gesundheitsschädigung keine Rolle spielen (ansonsten ergebe sich eine Ungleichbehandlung [somatisch versus psychisch, usw.]). Quintessenz: Da sich die gesundheitliche Situation gegenüber dem erstmaligen Rentenentscheid (Verfügung vom 24. Oktober 2014) verändert, bzw. aus psychiatrischer Sicht verbessert habe, gälten die Angaben im Abklärungsbericht vom 10. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.1.7 hiervor) in Bezug auf die prozentuale Einschränkung im Haushalt heute nicht mehr. Im Aufgabenbereich Haushalt sei – wie bereits weiter oben in diesem Bericht ausgeführt – eine Einschränkung nicht objektivierbar (hierfür werde eine Abklärung an Ort und Stelle nicht benötigt). Merke: Die Arbeiten im Haushalt seien immer wiederkehrend

und könnten meistens auf andere Tage verschoben sowie in Etappen und mit Pausen dazwischen ausgeführt werden. Nach dieser Aufzählung seien der Beschwerdeführerin die Haushaltarbeiten ohne jegliche Einschränkungen zumutbar. Des Weiteren könne die Beschwerdeführerin einen Personenwagen führen, gehe täglich über eine Stunde mit dem Hund spazieren, erledige je nach Wetter Gartenarbeiten, usw. Kommentar hinsichtlich Einkommensvergleich (Punkt 3): Eine Stellungnahme hierzu empfehle sich (allenfalls) nach Klärung von Punkt 4. Kommentar zur Arbeitsfähigkeit in einer beruflichen Tätigkeit / berufliche Massnahmen (Punkt 4): Aus interdisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin bei der Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit zu 30 % arbeitsunfähig, was von Dr. med. H.____, RAD, im Bericht vom 22. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) bestätigt werde. Die Gegenpartei bestreite diese Einschätzung. Zusammenfassend müsse – so die Gegenpartei – von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % bis 50 % unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse und des Längsschnitts der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Depression ausgegangen werden. Zur Klärung sei eine BEFAS anzuordnen. Es gelte nun, die Beschwerdeführerin wieder einzugliedern und dafür werde die Unterstützung der Beschwerdegegnerin benötigt. Dem Einwandschreiben sei ein ärztlicher Bericht beigelegt worden (Sprechstundenbericht der Neuropsychosomatik im P.____ vom 31. Oktober 2017, vgl. E. II. 5.2.14 hiervor). Quintessenz: Zwecks Klärung dieser Angelegenheit empfehle sich eine erneute Beurteilung durch den RAD. Zusammenzug: Es werde festgehalten, dass mit dem Einwand vom 19. Dezember 2017 in Bezug auf den Status und die Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt keine neuen Tatsachen hätten geltend gemacht werden können. 6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 21. Februar 2018 (A.S. 12) u.a. im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 3. Juli 2017 stützt (vgl. E. II. 5.2.11 hiervor), ist zu prüfen, ob diesem Gutachten Beweiswert zukommt: 6.1 Das Gutachten von Prof. Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, lic. phil. M.____, Fachpsychologin FSP, MSc N.____, Neuropsychologin DAS, Psychologin MSc, und Dr. med. Dipl.-Psych. O.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 3.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So wurde die Beschwerdeführerin einer ausführlichen neurologischen, psychiatrischen, internistischen und neuropsychologischen Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen (IV-Nrn. 104.1 S. 16 f., 104.2 S. 2 ff., 104.3 S. 3 ff., 104.4 S. 2 ff.). Damit wurden auch die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mitberücksichtigt. Ausser den in sämtlichen Teilgutachten erhobenen objektiven Befunden (IV-Nrn. 104.1 S. 16 f., 104.2 S. 6 ff., 104.3 S. 6 f. 104.4 S. 4) wurden psychometrische Zusatzuntersuchungen (HAMD, MADRS, Mini-ICF-Rating) durchgeführt und ein kognitives Leistungsprofil erstellt (IV-Nrn. 104.2 S. 8 ff., 104.4 S. 4 ff.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen sämtlicher relevanter medizinischer Akten in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 104.1 S. 4 ff.) und den im psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nrn. 104.2 S. 1 f., 104.4 S. 1 ff.), wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So bezeichnete der neurologischen Gutachters Prof. Dr. med. L.____, die festgestellten Diagnosen mit «subjektiv». Diese gutachterliche Einschätzung vermag aufgrund der erhobenen und sich als weitgehend unauffällig

präsentierenden objektiven Befunden (vgl. IV-Nr. 104.1 S. 16 f.) zu überzeugen. Denn die durch die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration beklagten Beschwerden – u.a. einer beidseitigen Fühlminderung, rechtsbetont an der ganzen rechten Körperhälfte, und einer verminderten Wärmeempfindung rechts, eines belastungsabhängigen Tremors im rechten Bein, einer «Hyperreflexie», fehlender Schmerzempfindung, einer Koordinationsstörung und Kopfschmerzen (IV-Nr. 104.1 S. 14 und 19 oben) – konnten nicht auf ein objektivierbares Korrelat zurückgeführt werden. Daher ist auch die Ausführung des neurologischen Gutachters nachvollziehbar, wonach die Hauptdiagnosen eines «subjektiven» Tremors der rechten Beins, zeitweise am ganzen Körper; einer «subjektiven» hemikorporellen Hyp- und Thermhypästhesie sowie einer «subjektiven» Hyperreflexie, kein pathologisches Korrelat hätten und am ehesten im Rahmen des schlanken Habitus zu sehen seien. Aufgrund der durch den Psychiater Dr. med. Dipl.-Psych. O. ___ bei seiner Exploration u.a. erhobenen Befunden (keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und -helligkeit; zu allen Qualitäten voll orientiert; aufrecht erhaltene Aufmerksamkeit und ungestörte Konzentration sowie ungestörter Redefluss und geordneter Gedankengang, leicht auf die erlebte Erschöpfung und die erlebten körperlichen Beschwerden eingeschränkt, aber umstellfähig; keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen in Form eines Fremdbeeinflussungserlebens; keine Hinweise auf hypochondrische Erlebnisverarbeitung im engeren Sinn, aber ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung; keine phobischen Gedankengänge, zwanghafte Handlungen oder Zwangsgedanken, keine paroxysmalen Ängste; allenfalls leicht gedrückte Grundstimmung; nicht labil, oder dysphorisch, unverminderte affektive Modulationsfähigkeit, situative Aufhellungen seien im Gespräch immer wieder spontan auftretend, aber auch «provozierbar», keine Hinweise auf akute oder latente Suizidalität oder eines Lebensüberdrußgefühls; nicht verminderter Antrieb, IV-Nr. 104.2 S. 7) und der aktuellen Therapie mit Cipralext 30 mg (1-0-0-0) und Trittico 25 mg (0-0-1-0) vermag die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach zum Untersuchungszeitpunkt die rezidivierende depressive Störung unter medikamentös-antidepressiver Therapie weitgehend remittiert sei (IV-Nr. 104.2 S. 11). Dafür sprechen im Übrigen auch die Ergebnisse der durchgeführten Fremdbeurteilungstests. So wies die Beschwerdeführerin bei der Hamilton Depressionsskala (HAMD) insgesamt 6 Punkte und bei der Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS) total 7 Punkte auf. Beide entsprechen keinem depressiven Syndrom (IV-Nr. 104.2 S. 8). Die vom psychiatrischen Gutachter ferner festgestellten «weiterhin bestehenden neurasthenischen Restbeschwerden» (IV-Nr. 104.2 S. 11) sind ebenfalls nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin nach wie vor über eine rasche Ermüdbarkeit im Alltag berichtete, die dazu führe, dass sie vermehrt Pausen bei der Erledigung von Aufgaben einhalten müsse (IV-Nr. 104.2 S. 4). Der psychiatrische Gutachter vermochte sodann in plausibler Weise darzutun, dass diese vermehrte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit im Sinne einer neurasthenischen Restsymptomatik einer länger dauernden depressiven Störung zu beurteilen seien (IV-Nr. 104.2 S. 12). Dr. med. K. ___ führte in seinem internistischen Teilgutachten im Weiteren aus, es fänden sich bis auf die deutlichen Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen keinerlei Auffälligkeiten, insbesondere kein arrhythmischer Puls oder Hinweis auf eine strukturelle kardiopulmonale Erkrankung (IV-Nr. 104.3 S. 8). Diese gutachterlichen Darlegungen überzeugen aufgrund der unauffälligen objektivierten klinischen Befunde. So wurde bspw. der Blutdruck im Sitzen

links mit 115/74 mmHg und rechts mit 124/75 mmHg angegeben und der Puls mit 70 Schlägen pro Minute als regelmässig beschrieben (IV-Nr. 104.3 S. 6). Es leuchtet daher ein, dass der internistische Gutachter aus internistischer Sicht keine Diagnosen feststellen konnte. Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung hielten lic. phil. M. ___ und MSc N. ___ fest, es resultiere testpsychologisch ein «leicht bis mittelstark beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil (ICD-10 F06.7)» und die Hauptschwierigkeiten der Beschwerdeführerin bestünden im attentionalen Bereich. Diese gutachterliche Beurteilung erweist sich insbesondere aufgrund der anschliessenden Begründung als schlüssig. So hätten sich eine verminderte Aufmerksamkeitsaktivierung, eine reduzierte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sowie schwankende Reaktionszeiten gezeigt. Zudem sei im Rahmen der Untersuchung eine reduzierte Belastbarkeit beobachtet worden und mit zunehmender Müdigkeit sei auch die Fehlerrate gestiegen. Im Weiteren wurde durch die Gutachter in nachvollziehbarer Weise darauf hingewiesen, dass im Testverhalten ein grosser Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auffalle, so werte sie ihre Leistung ab und ärgere sich darüber, dass sie Mühe habe, was in der Folge zu einer Leistungsblockade führen könne (IV-Nr. 104.4 S. 6). Diese Beobachtungen deckten sich mit den erhobenen Befunden, in deren Rahmen festgehalten wurde, dass sich bei der Beschwerdeführerin betreffend die Wahrnehmung ihrer Leistung ein depressiver Verarbeitungsstil im Sinne einer erhöhten negativen Selbstkritik finde, wobei sie ihre Leistung und Performanz in einzelnen Aufgaben abwerte (IV-Nr. 104.4 S. 4). Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J. ___ vom 3. Juli 2017 grundsätzlich voller Beweiswert zu. 6.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 6.2.1 hiernach), dann auf das neuropsychiatrische (vgl. E. II. 6.2.2 hiernach) und anschliessend auf die somatischen Teilgutachten (vgl. E. II. 6.2.3 und 6.2.4 hiernach) einzugehen: 6.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. O. ___ vom 23. Mai 2017 (vgl. IV-Nr. 104.2) ergibt sich Folgendes: Eingehend auf den Austrittsbericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des Z. ___ vom 25. April 2016 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor), in welchem als Nebendiagnose u.a. eine «rezidivierenden depressive Störung» diagnostiziert wurde, ist festzuhalten, dass dieser Bericht nicht durch qualifizierte psychiatrische Fachpersonen verfasst wurde und dieser psychiatrischen Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. Q. ___ vom 7. November 2016 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor), in dem dieser auch eine «rezidivierende depressive Störung» auswies. Da der Hausarzt aber auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist, vermag seiner psychiatrischen Diagnosestellung ebenfalls kaum Beweiswert zuzukommen. Durch die konstante Einnahme der Antidepressiva ging er bei der Beschwerdeführerin zudem vom gleichen Zustand wie in den letzten Jahren aus, womit eine verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie ein verminderter Antrieb gegeben seien. Aufgrund von vorübergehend verstärkten depressiven Symptomen und Schlafstörungen hielt Dr. med. Q. ___ sodann im Bericht vom 30. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) fest, die depressive Symptomatik habe mittels Dosierung des Medikamentes Trittico rasch stabilisiert werden können. Eine psychiatrische Diagnose wies er indes nicht aus und stellte gar fest, die Beschwerdeführerin sei beim letzten Besuch vom 27. April 2017 psychisch ausgeglichen gewesen. Die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung» wurde daraufhin im provisorischen Austrittsbericht des AC. ___ vom 7. Juni 2017 wieder gestellt (vgl. E. II.

5.2.10 hiervor). Da sich aber dem Bericht weder eine substantiierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung entnehmen lässt noch ersichtlich ist, dass diese Diagnose durch auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachpersonen gestellt wurde, kommt auch dieser psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zu. Folglich wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. O.____ vom 23. Mai 2014 durch die vorangehenden medizinischen Akten nicht geschmälert. 6.2.2 In Bezug auf das neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. M.____ und MSc N.____ vom 11. Mai 2017 (IV-Nr. 104.4) sind den vorliegenden medizinischen Akten keine vorangehenden neuropsychologischen Berichte zu entnehmen, so dass der Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens nicht in Frage gestellt wird. 6.2.3 Im neurologischen Teilgutachten vom 6. Juli 2017 (IV-Nr. 104.1) hielt Prof. Dr. med. L.____ fest, es zeigten sich zwischen der Aktenlage und der durch ihn erhobenen Anamnese und Befunden keine wesentlichen Diskrepanzen. So würden sich die neurologischen Befunde und Interpretationen insbesondere mit der neurologischen Beurteilung im AC.____ vom Juli 2017 (konsiliarische Beurteilung) decken. So hätten auch die Kollegen am AC.____ die Tremor-Problematik als ein nicht-organisches, sondern funktionelles Problem betrachtet und die rechtshemikorporelle Sensibilitätsstörung als organisch nicht erklärbar interpretiert. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann unter Heranziehung des Berichts vom 7. Juni 2017 (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor) gefolgt werden. So wurde bei der Hauptdiagnose eines «unsicheren Gangs, intermittierender Tremor an den Extremitäten rechtsbetont, Taubheitsgefühl am rechten Körper, subjektive Tonuserhöhung in den Extremitäten, innere Anspannung und Angstgefühle» festgehalten, bislang habe keine organische neurologische Komponente nachgewiesen werden können und es werde differenzialdiagnostisch eine funktionelle neurologische Störung in Betracht gezogen. In diesem Sinn wurde im Übrigen auch bereits im Austrittsbericht des Z.____ vom 25. April 2016 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor) eine «globale Schwäche und Hyperreflexie unklarer Ätiologie» diagnostiziert, wobei insbesondere eine Hyperreflexie der Arme und Beine hervorgehoben wurde. Die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ führte anschliessend in der Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor) aus, es seien seit dem 19. Februar 2016 auch neurologische Symptome (u.a. Hyperreflexie, Gefühlsstörungen, Unsicherheit beim Laufen, Geschmacksstörungen) aufgetreten, die zu weitreichenden medizinischen Abklärungen geführt hätten, wobei letztlich keine eindeutige Ursache für die bestehenden Beschwerden habe gefunden werden können. Eine «beinbetonte Tetrahyperreflexie, Ataxie und diffus eingeschränktes Berührungs- und Schmerzempfinden unklarer Ätiologie» wiesen im Weiteren auch das P.____, Universitätsklinik für Infektiologie, im Bericht vom 3. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor) und der Hausarzt Dr. med. Q.____ im Arztbericht vom 7. November 2016 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) aus. Die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ erklärte sodann in ihrer Stellungnahme vom 23. Januar 2017 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor), es lägen zur aktuellen neurologischen Situation weiterhin keine Berichte vor. Mit diesen Ausführungen und ärztlichen Einschätzungen stimmt die im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens der J.____ festgestellte Diagnose einer subjektiven «Hyperreflexie», ohne pathologisches Korrelat, am ehesten im Rahmen des schlanken Habitus, überein. In Bezug auf die durch die behandelnde Neurologin Dr. med. I.____ am 31. Januar und 30. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.2.6 und 5.2.8 hiervor) verfassten Berichte kann zunächst festgehalten werden, dass die von ihr im Verlaufsbericht vom 31. Januar 2017 festgestellte Diagnose eines «Verdachts auf Status nach Meningoencephalitis, seit Februar 2016» in der Folge nicht bestätigt werden konnte. Zudem vermochte Dr. med. I.____ auch nicht aufzuzeigen, auf welche

Befunderhebungen sie diese Verdachtsdiagnose genau stützte. Aus diesem Bericht geht weiter auch nicht hervor, weshalb die neurologische Behandlung nur vom 10. März bis zum 6. Dezember 2016 andauerte bzw., weshalb die Behandlung abgeschlossen wurde. Zudem ging Dr. med. I. ___ zum einen von einer möglichen Defektheilung aus, erwähnte aber zugleich eine im weiteren Verlauf evtl. durchzuführende, neuropsychologische Untersuchung. Dieser insgesamt relativ kurz ausgefallene Verlaufsbericht vom 31. Januar 2017 vermag somit im vorliegenden Zusammenhang insgesamt nicht zu überzeugen. In diesem Sinn hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ in ihrer Stellungnahme vom 27. Februar 2017 (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor) fest, Dr. med. I. ___ deute eine mögliche Defektheilung an und schlage im Verlauf eine Abklärung im Fachgebiet der Neuropsychologie vor. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf den Bericht von Dr. med. I. ___ vom 30. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.2.8 hiervor). In diesem wurde insbesondere der bisherige Verlauf beschrieben, wonach bei der Beschwerdeführerin seit dem 19. Februar 2016 plötzlich rechtsbetonte sensomotorische Defizite unklarer Ätiologie bestünden und aktuell eine dramatische Verschlechterung eingetreten sei. Dennoch sind auch diesem Bericht weder eine nachvollziehbare Diagnosestellung noch eine schlüssige Befunderhebung zu entnehmen. Der Bericht beinhaltet vielmehr einzig die Vermutungen von Dr. med. I. ___, wonach es sich um einen organischen Kern bei der Verschlechterung handle und die unklare Verschlechterung seit Mai 2017 wahrscheinlich funktionell überlagert sei. Damit erweist sich auch dieser Bericht der behandelnden Neurologin als nicht weiterführend. Die durch sie empfohlene Hospitalisation wurde in der Folge umgesetzt, indem die Beschwerdeführerin vom 1. bis 7. Juni 2017 im AC. ___ hospitalisiert war. Im provisorischen Austrittsbericht vom 7. Juni 2017 (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor) wurde u.a. ein intermittierender Tremor an den Extremitäten rechtsbetont ausgewiesen und zudem festgehalten, es sei bislang keine organische neurologische Krankheit nachgewiesen worden. Diese Einschätzungen werden im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der J. ___ – wie oben ausgeführt – gestützt. Im Weiteren wurde auch die im neurologischen Teilgutachten ausgewiesene Diagnose einer «subjektiv hemikorporellen Hypästhesie und Thermhypästhesie», welche keinem anatomischen Muster folge (IV-Nr. 104.1 S. 18), bereits in den zeitlich vorangehenden Akten beschrieben. So wurde im Austrittsbericht des Z. ___ vom 25. April 2016 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor) von einem reduzierten Schmerz- und Temperaturempfinden gesprochen, was sodann auch im Bericht vom 3. Mai 2016 des P. ___, Universitätsklinik für Infektiologie, und durch den Hausarzt Dr. med. Q. ___ im Bericht vom 7. November 2016 bestätigt wurde (vgl. E. II. 5.2.3 f. hiervor). Schliesslich führte man im Austrittsbericht vom 7. Juni 2017 (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor) u.a. ein «Taubheitsgefühl am rechten Körper» auf. Im Weiteren wurde dort auch bereits die im Gutachten gestellte Diagnose einer «anamnestisch episodischen Migräne» (IV-Nr. 104.4 S. 18) aufgeführt, indem von «spontan regredienten Kopfschmerzen unklarer Ätiologie» gesprochen wurde. Folglich vermögen die dem neurologischen Teilgutachten zeitlich vorangehenden medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu verringern. 6.2.4 Im internistischen Teilgutachten vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 104.3) hielt Dr. med. K. ___ fest, es zeigten sich bis auf deutliche Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen keinerlei Auffälligkeiten. Insbesondere sei kein arrhythmischer Puls oder Hinweis auf eine strukturelle kardiopulmonale Erkrankung ersichtlich. Es seien auch anamnestisch und aktenkundlich keine internistischen Erkrankungen beschrieben (S. 8). Diesen Ausführungen kann aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten gefolgt werden. So stammen die durch den Hausarzt Dr. med. Q. ___ im Bericht vom 30. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.2.9

hiervor) festgestellten Diagnosen einer «beinbetonten Tetrahyperreflexie sowie diffus eingeschränktes Berührungs- und Schmerzempfinden ungeklärter Ätiologie» sowie die «rezidivierende depressive Störung» nicht aus dem allgemeinmedizinischen Fachgebiet. Zu der durch den Hausarzt weiter diagnostizierten «mässigen Energie- und Proteinmangelernährung mit Untergewicht (BMI 17,3)» hielt Dr. med. K. ___ im Rahmen seines Teilgutachtens fest, es habe ein BMI von 18.37 kg/m² errechnet werden können (IV-Nr. 104.3 S. 6) und die Beschwerdeführerin gebe an, in körperlichen Belastungssituationen (schnelles Gehen, Bergaufgehen oder Treppensteigen) keinerlei Beschwerden zu verspüren, aber sie sei eher untrainiert und schlecht belastbar und berichte von Kurzatmigkeit. Daher kann bei den Befunden zwischen den beiden Allgemeinmedizinern keine erhebliche Veränderung festgestellt werden. Somit wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens durch die zuvor verfassten medizinischen Berichte nicht gemindert.

6.3 Die vor dem Gutachten des Begutachtungsinstituts J. ___ vom 3. Juli 2017 verfassten medizinischen Berichte vermögen dessen Beweiswert somit nicht zu schmälern.

6.4 An den vorangehenden Schlussfolgerungen vermag auch der nach dem Gutachten des Begutachtungsinstituts J. ___ vom 3. Juli 2017 verfasste medizinische Bericht von PD Dr. med. AF. ___ vom 27. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.14 hiervor) nichts zu ändern. So ist der in diesem Bericht ausgewiesenen psychiatrischen Diagnose kaum Beweiswert beizumessen, da sich PD Dr. med. AF. ___ auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisiert hat. Zudem basiert die weiter ausgewiesene Diagnose einer «funktionellen neurologischen Störung gemäss ICD-10 F44.4 mit rechtsseitigem Hemisyndrom» weitestgehend auf den im neurologischen Teilgutachten der J. ___ erhobenen Befunden. So hielt PD Dr. med. AF. ___ fest, die Gesichtspereimeter seien normal, die Pupillen isokor und isoreaktiv, die Okulomotorik unauffällig, die Berührung vermindert an der rechten Gesichtshälfte und an der rechten Körperseite mit midline-Splitting. Absinken ohne Pronation und leichtes Absinken auch am rechten Bein. Kraft mit give way weakness am rechten Arm und Bein. Reflexe normalbetont und symmetrisch, Cutaneus plantar Reflex in Flexion beidseits, Tonus normal, kein Klonus. Cutaneus Reflexe am Bauch alle anwesend. Keine Ataxie, Gangbild mit Unsicherheit aber Fersen- Zehenspitzen und Strichgang realisierbar. Entsprechende Befunde wurden auch durch den neurologischen Gutachter Prof. Dr. med. L. ___ erhoben. So stellte er aufgrund seiner Untersuchung (IV-Nr. 104.1 S. 17) ein fingerperimetrisch intaktes Gesichtsfeld mit normaler Pupillen- und Blickmotorik fest. Weiter bestehe in Bezug auf das Gesicht eine Hypästhesie in der rechten Gesichtshälfte ab Medianebene. Die Kraft sei beidseits normal. Durch die Kraftprüfung am rechten Ellbogen ausgelöst Tremor des rechten Armes (mittelschlägig und mittelfrequent, auf Ablenkung fast verschwindend, dann wieder im Ausmass zunehmend trotz ruhigem Sitzen). Unsicheres Gangbild mit fehlendem Abrollen beidseits, Zehengang / Fersengang, Strichgang / Blindgang möglich. Somit wurden durch die beiden Neurologen keine im Wesentlichen voneinander abweichenden Befunde erhoben, so dass von einem in etwa gleichbleibenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausgegangen werden kann. Daher wird der Beweiswert des Gutachtens vom 3. Juli 2017 durch den Bericht vom 27. November 2017 nicht geschmälert. Es kann der Auffassung der Beschwerdeführerin, wonach ihre neurologische Situation weiterhin ungeklärt sei (A.S. 6), nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht darzutun, weshalb die neurologische Situation «weiterhin ungeklärt» sein soll.

6.5 Es ist auf die gegen das Gutachten des Begutachtungsinstituts J. ___ gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

6.5.1 Beim Vorbringen der Beschwerdeführerin,

wonach die Einschränkungen im kognitiven Leistungsprofil auf die rezidivierende depressive Störung zurückzuführen seien und daher mitberücksichtigt werden müssten (A.S. 6 unten), verkennt die Beschwerdeführerin, dass die Begutachtungsstelle J.____ sowohl die Diagnose eines «leicht bis mittelstark beeinträchtigten kognitiven Leistungsprofils (ICD-10 F06.7)», als auch diejenige einer «rezidivierenden depressiven Störung, zum Untersuchungszeitpunkt weitgehend remittiert bei weiterhin bestehender neurasthener Restsymptomatik (ICD-10 F33.4)» als Diagnosen «mit Auswirkung» auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen hat. Das Argument, es sei mit dem erneuten Auftreten einer depressiven Episode zu rechnen, ist medizinischer Natur und vermag die Ergebnisse des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ nicht infrage zu stellen. Daher kann der Argumentation der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. So wurden sowohl die festgestellte, remittierte depressive Störung als auch die kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen durch die Gutachter im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung hinreichend berücksichtigt.

6.5.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich weiter auf den Standpunkt, es sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (A.S. 7 Mitte). Denn dies stimme mit der in den Tests festgestellten Ermüdbarkeit nach vier Stunden überein. Die Abweichung von dieser Zeitlimite werde von den Gutachtern nicht begründet. Wie oben festgehalten (vgl. E. II. 5.2.11 hiervor), hielten die Gutachter fest, in einer Verweistätigkeit bestehe bei der Beschwerdeführerin sowohl aus neuropsychologischer als auch aus psychiatrischer Sicht je eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 104.1 S. 24). Diese Einschränkungen wurde wie folgt beziffert: Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine zwischen 30 - 50 % und aus psychiatrischer Sicht eine von 20 %. Daraus schlossen die Gutachter, es bestehe in einer Verweistätigkeit zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 30 - 50 %, welche aber in der Gesamtschau eher bei 30 % liege. Die von der Beschwerdeführerin zur Begründung herangezogene Zeitlimite von vier Stunden vermag daran nichts zu ändern. So wurde bei den durchgeführten neuropsychologischen Tests klar festgehalten (IV-Nr. 104.4 S. 4 Mitte), dass die Belastbarkeit über eine Untersuchungsdauer von vier Stunden gegeben sei (15 Minuten Pause durchgeführt), wobei sich jedoch eine erhöhte Ermüdbarkeit zeige. Daraus lässt sich indes einzig ableiten, dass die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin während der Untersuchungsdauer von 4 Stunden gegeben ist. Weitere Rückschlüsse können daraus nicht gezogen werden. Weiter liegt der Sinn der interdisziplinären Beurteilung, welche die Konsensunterschriften aller beteiligten Fachpersonen trägt, auch darin, eine Präzisierung von Bandbreiten zu ermöglichen, welche sich aus einzelnen Teilgutachten ergeben. Hier ist dies besonders bedeutsam, weil die relevanteste Einschränkung neuropsychologisch begründet wird und daher im Kontext der medizinischen Untersuchungen interpretiert werden muss.

6.5.3 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen (A.S. 7 Mitte), das Bundesgericht habe in den Urteilen vom 30. November 2017 (vgl. 8C_841/2016) festgelegt, dass sämtliche psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen nach dem strukturierten Beweisverfahren erfolgen müssten. Diese Ausführung ist korrekt. So hat das Bundesgericht in den mittlerweile publizierten Urteilen BGE 143 V 409 sowie 143 V 418 klargestellt, dass auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1). Im vorliegenden Fall hatten sich die Gutachter der Begutachtungsstelle J.____ im Rahmen des ihnen durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragenkataloges (vgl.

IV-Nr. 97) mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinanderzusetzen (vgl. IV-Nr. 104.1 S. 25 ff.). So ging der psychiatrische Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. O.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Mai 2017 auf diese Indikatoren ein. Dabei hielt er fest, die in den Akten dokumentierte rezidivierende depressive Störung, im Verlauf phasenweise schwergradig ausgeprägt, habe zum Untersuchungszeitpunkt im Sinne einer ausgeprägten depressiven Episode nicht mehr objektiviert werden können (IV-Nr. 104.2 S. 12). Dem aktendokumentierten Verlauf und den Eigenangaben der Beschwerdeführerin sei zu entnehmen, dass sie seit längerem nicht mehr in psychiatrischer Behandlung sei, jedoch eine medikamentös-antidepressive Therapie im Sinne einer Erhaltungsdosis bestehe, die die psychische Stabilität der Beschwerdeführerin aufrecht halte (IV-Nr. 104.2 S. 13). Da es aufgrund der vorliegenden Akten keine Hinweise betreffend eine längerdauernde intensive psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin gibt und die Beschwerdeführerin im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens vom 6. Juli 2017 einzig auf eine seit dem Spitalaufenthalt in [...] im Juni 2017 bestehende psychiatrische Begleittherapie hinwies (IV-Nr. 104.1 S. 14 unten), ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin damit die medikamentöse antidepressive Unterstützung ansprach. Denn gegenüber dem psychiatrischen Gutachter gab sie explizit an (IV-Nr. 104.2 S. 5), sich keiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Zudem führte die Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen Exploration aus, sie besuche aktuell keine Therapie mehr. Die Psychotherapie bei Frau V.____ habe sie im August 2016 abgeschlossen und sie denke, dass keine ambulante Psychotherapie mehr nötig sei (IV-Nr. 104.4 S. 4 oben). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurden die Indikatoren somit im Rahmen des durchgeführten Gutachtens hinreichend berücksichtigt. Eine nähere Auseinandersetzung war angesichts der geringen Ausprägungen der erhobenen Befunde nicht notwendig. 6.6 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 3. Juli 2017 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 21. Februar 2018 (A.S. 12 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als IPS-Pflegefachfrau zu 100 % arbeitsunfähig ist. In einer angepassten Verweistätigkeit (Mitarbeiterin Tierheim oder Betreuung dementer Menschen) ist die Beschwerdeführerin indes zu 30 bis 50 % arbeitsunfähig, wobei gemäss den Gutachtern die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht eher bei 30 % liege. In diesem Sinn führte auch die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) aus, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit. Die von der Beschwerdeführerin beantragte Durchführung einer BEFAS (A.S. 10) ist vor diesem Hintergrund für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich. 7. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2014 (IV-Nr. 74) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Januar 2018 in anspruch relevanter Weise verändert. So wurde der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Oktober 2014 im Wesentlichen aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes eine Viertelsrente zugesprochen. So kam es im Herbst 2011 zu einer Dekompensation mit einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und einer Suizidalität sowie zu einer Angst- und Panikstörung. Daher hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer rentenzusprechenden Verfügung fest, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit dem 11. Juli 2011 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in ihrer

Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Ihr sei die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau nicht mehr zumutbar. Jedoch sei ihr eine angepasste Tätigkeit, wie sie diese jetzt ausübe, in einem wöchentlichen Pensum von 20 Stunden ohne Leistungseinbusse zumutbar. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2018 stützte sich die Beschwerdegegnerin – wie oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.6 hiervor) – zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle J. ___ vom 3. Juli 2017. Demzufolge hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 24. Oktober 2014 erheblich verbessert. So hielt Dr. med. Dipl.-Psych. O. ___ im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 23. Mai 2017 in Bezug auf die in den Akten beschriebene schwere depressive Episode ohne psychotisches Syndrom (vgl. E. II. 5.1.2 und 5.1.3 hiervor) fest (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 15 f.), die depressive Symptomatik sei zum Untersuchungszeitpunkt als weitgehend remittiert zu beurteilen. Es habe sich zum Untersuchungszeitpunkt keine depressive Symptomatik gemäss ICD-10 gefunden. Auch eine, wie im Bericht von Dr. med. Q. ___ am 11. Dezember 2013 (IV-Nr. 62 S. 5 ff.) und im Bericht von Dr. med. U. ___ vom 12. Januar 2012 (vgl. E. II. 5.1.3 hiervor) beschriebene Angstsymptomatik habe zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr bestanden. Als neurasthene Symptome seien zum Untersuchungszeitpunkt noch eine vermehrte Erschöpfbarkeit und verminderte Leistungsfähigkeit sowie rasche Ermüdbarkeit festgestellt worden, wie sie schon im Arztbericht von Dr. med. Q. ___ vom 11. Dezember 2013 (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 5 ff.) beschrieben worden seien. Diese neurasthenische Symptomatik konnte im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens objektiviert werden («leicht bis mittelstark beeinträchtigendes kognitives Leistungsprofil, ICD-10 F06.7», IV-Nr. 104.4 S. 6). Folglich hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 24. Oktober 2014 wesentlich verbessert. So attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin – den im Übrigen auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) feststellte, indem sie von einer im psychiatrischen Teilgutachten klar bejahten Verbesserung der psychischen Situation sprach – liegt ein Grund zur Rentenrevision (vgl. E. II. 4.1 hiervor) vor und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenrevision eingeleitet hat.

8. Nachfolgend ist der Statusfrage nachzugehen:

8.1 Für die Statusfrage ist einzig massgebend, ob und bejahendenfalls in welchem Umfang eine versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Diese – stets hypothetische – Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1).

8.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde.

Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30 f., 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1).

8.3 Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 107 f.).

8.4 Die vorliegenden Akten zeigen folgendes Bild: Anlässlich der Intake-Besprechung vom 21. Februar 2012 (IV-Nr. 13) habe die Beschwerdeführerin ein Wunschapensum ohne Behinderung von 60 % angegeben. Sie arbeite aktuell als Pflegefachfrau in der Überwachungsstation in einem Pensum von 60 %, das ihrem persönlichen Wunsch entspreche. Sie habe diesen Job per 31. Oktober 2011 gekündigt (vgl. IV-Nr. 65 S. 9), da sie in diesem schon lange nicht mehr glücklich gewesen sei. Im Abklärungsbericht des Abklärungsfachmannes G.____ vom 10. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.1.7 hiervor) wurde sodann festgehalten, die Beschwerdeführerin habe vor dem Eintritt der Krankheit seit Jahren aus persönlichen Gründen in einem Grundpensum von 60 % gearbeitet. Bei voller Gesundheit hätte der Erwerbsanteil gemäss dem Früherfassungsgespräch vom 21. Februar 2012 und aus der Aktenlage der beruflichen Eingliederung sowie gemäss Besprechung mit der Beschwerdeführerin und deren Ehemann vom 9. Juli 2014 60 % betragen. Die restlichen 40 % entfielen auf den Aufgabenbereich Haushalt. Im Rahmen des Revisions-Gesprächs vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 80) habe sich die Beschwerdeführerin dahingehend geäussert, dass sie noch immer als Hunde-Nanny in einem Arbeitspensum von circa 55 % zu einem Stundenlohn von CHF 26.00 arbeite. Seit dem 26. Februar 2016 arbeite sie nicht mehr. Die Beschwerdeführerin sei verheiratet, wohne zusammen mit dem Ehemann in einem Haus und habe keine Kinder. Ihr Wunschapensum betrage 60 %. Der Abklärungsfachmann G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 29. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.13 hiervor) u.a. fest, es ergebe sich keine Änderung in Sachen Status.

8.5 Die Frage nach dem Pensum der hypothetischen Erwerbstätigkeit ist anhand der konkreten Umstände zu prüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der im gleichen Haushalt lebende Ehemann die Beschwerdeführerin im Haushalt unterstützt. Seit Ende Mai 2017 ist die Beschwerdeführerin arbeitslos (vgl. IV-Nrn. 104.1 S. 16, 119 S. 3 unten). Finanzielle Probleme sind gemäss den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Zudem hat die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin bereits im Intake-Gespräch 21. Februar 2012 angegeben, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem reduzierten Arbeitspensum von 60 % tätig wäre. Es handelt sich dabei um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst

sein können (BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_678/2017 vom 12. März 2018 E. 4.4 mit Hinweisen). Das Wunschkensum von 60 % bestätigte sie sodann anlässlich des Revisionsgesprächs vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 80). Der Arbeitsvertrag bei der damaligen Arbeitgeberin der W.____ lautete dementsprechend auf 60 % (vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 65).

8.6 Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass entsprechend den Ausführungen des Abklärungsfachmannes G.____ insbesondere in der Stellungnahme vom 8. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.15 hiervor) und aufgrund der vorliegenden Akten überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Beschwerdeführerin während des hier zu beurteilenden Zeitraums – bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2018 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) – bei voller Gesundheit weiterhin einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 60 % nachgegangen wäre, wobei sie daneben noch den Haushalt erledigt hätte. Es ist daher von einem Status von 60 % (ausserhäusliche Erwerbstätigkeit) : 40 % (Haushalt) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat daher bei der Feststellung des IV-Grades zu Recht die gemischte Methode angewendet. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie die Frage nach dem hypothetischen Arbeitspensum im Gesundheitsfall nicht korrekt verstanden habe (A.S. 5), kann nicht gefolgt werden. Der Werdegang und die Ausbildung der Beschwerdeführerin lassen es als unwahrscheinlich erscheinen, dass diesbezüglich Verständigungsprobleme bestanden haben könnten. Die vorliegenden Informationen sprechen für die Annahme eines Pensums von 60 %. So ist den vorliegenden Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als IPS-Pflegefachfrau vor ihrer Kündigung in einem Arbeitspensum von 60 % beschäftigt war (vgl. E. II. 8.4 hiervor) und sie stets ein Wunschkensum von ebenfalls 60 % angab. In Bezug auf das von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorgebrachte 80%ige Arbeitspensum, das sie ohne gesundheitliche Einschränkungen ausüben würde, kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin ein solches Pensum lediglich vorübergehend ausgeübt hat, nämlich, als sie das Pensum aufstocken musste. So hielt der Abklärungsfachmann G.____ im Abklärungsbericht Haushalt vom 10. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.1.7 hiervor) fest, die Beschwerdeführerin habe in der Funktion als Pflegefachfrau die vielen Minusstunden mit mehr Arbeit aufgefangen. Sie habe in dieser Phase zu 80 % gearbeitet. Dementsprechend hielt der Abklärungsfachmann G.____ auch in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.15 hiervor) fest, für die Aufnahme einer hypothetischen Erwerbsfähigkeit von 80 % fehlten aussagekräftige Anhaltspunkte. Es kann zudem darauf hingewiesen werden, dass die Beschwerdeführerin gemäss den vorliegenden Akten vor dem hier hängigen Beschwerdeverfahren – dies insbesondere auch hinsichtlich der in Rechtskraft erwachenden Verfügung vom 24. Oktober 2014 – die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten 60%ige Erwerbstätigkeit bislang noch nie beanstandet hat. Es kann daher nicht auf das von der Beschwerdeführerin vorgebrachte hypothetische Arbeitspensum von 80 % abgestellt werden.

9. Der Abklärungsfachmann G.____ führte in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.15 hiervor) aus, es sei nicht von einer relevanten Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich Haushalt auszugehen. Dabei verwies er auch auf die Beurteilungen der Gutachter der Begutachtungsstelle J.____ vom 3. Juli 2017 betreffend den Haushalt. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für erhebliche Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt. So resultiere im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung (also testpsychologisch) ein leicht bis mittelstark beeinträchtigendes kognitives Leistungsprofil. Die Hauptschwierigkeiten beständen im attentionalen Bereich. Dabei zeigten sich eine

verminderte Aufmerksamkeitsaktivierung, eine reduzierte Informationsgeschwindigkeit sowie schwankende Reaktionszeiten. Der Abklärungsfachmann verwies dabei weiter auf die Schadenminderungspflicht, wonach eine im Haushalt tätige Person ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen habe. Ausserdem wies er darauf hin, dass die Haushaltsarbeiten in der Regel körperlich leicht bis gelegentlich als mittelschwer einzustufen seien und in Wechselbelastung und mit Ruhepausen dazwischen ausgeführt werden könnten. Zudem würden im Haushalt immer wiederkehrende Aufgaben erledigt (sog. Routinearbeiten). Solche Tätigkeiten würden dem zumutbaren Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen. Diese Ausführungen sind in allen Teilen schlüssig und überzeugend. Aufgrund der Resultate der medizinischen Begutachtung, der dort festgestellten Einschränkungen sowie der familiären Situation ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung im Haushalt zu verneinen. Eine Abklärung vor Ort ist vor diesem Hintergrund entbehrlich. Im Weiteren ist aufgrund der Ausführungen unter E. II. 8.4 hiervor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin bei der Ausübung der Haushaltstätigkeiten keine Einschränkung besteht. 10.

Zusammenfassend liefern somit das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 3. Juli 2017 sowie die Stellungnahmen des Abklärungsfachmannes G.____ vom 29. September 2017 und 8. Januar 2018 ein stimmiges und umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation und die Auswirkungen auf die Erwerbs- und Haushaltsführungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Der Sachverhalt erweist sich damit als umfassend und vollständig geklärt. 11. Es ist auf die Invaliditätsbemessung durch die Beschwerdegegnerin (A.S. 13) einzugehen: 11.1 Die Beschwerdegegnerin ist für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise von dem bereits in der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 24. Oktober 2014 herangezogenen Erwerbseinkommen im Jahr 2013 von CHF 58'492.00 ausgegangen (vgl. auch E. II. 5.1.7 hiervor) und hat dieses auf ein Pensum von 100 % aufgerechnet (CHF 97'486.70) und an die Lohnentwicklung (2013 - 2016, Ziff. 86 - 88 [: 101,7 x 102,6]) angepasst. Damit ergibt sich ein Valideneinkommen von gerundet CHF 98'349.00. Der Beschwerdeführerin kann in einer adaptierten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 70 % auch mit den gesundheitlichen Einschränkungen vollumfänglich zugemutet werden. Daher hat die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen korrekterweise auf den Tabellenlohn (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total Frauen, Niveau 1) von CHF 4'300.00 abgestellt und diesen auf die übliche Anzahl Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochgerechnet sowie an die Teuerung 2014 - 2016 angepasst (T1.10 Nominallohnindex, 2011-2017 [: 103,3 x 104,4]). Durch die Berücksichtigung eines der Beschwerdeführerin zumutbaren Arbeitspensums von 70 % ergibt sich somit ein Invalideneinkommen von CHF 38'056.00. Die sich daraus ergebende Erwerbseinbusse beläuft sich auf CHF 60'290.00. Damit beträgt die Einschränkung in Prozent 61,31 %. Gestützt auf die vorliegend anzuwendende gemischte Bemessungsmethode (60 % Erwerbstätigkeit : 40 % Haushalt) ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen von 61,31 % in einer Verweistätigkeit ein Invaliditätsgrad von gerundet total 37 %. 11.2 In Bezug auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen (A.S. 9), lässt sich Folgendes ausführen: 11.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art

und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Da es als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit trotz der bestehenden neurasthenischen Restsymptomatik bei einer zeitlichen Präsenz von 70 % verwerten kann, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen und die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumente zu Recht ausser Acht gelassen: So gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 44 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Aufgrund der dokumentierten Akten bestehen bei der Beschwerdeführerin ausserdem keine sprachlichen Schwierigkeiten, die auch nicht zu einem Abzug berechtigen würden. Auch aus dem allgemein gehaltenen Vorbringen (A.S. 9), wonach nicht davon ausgegangen werden könne, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ein Durchschnittseinkommen werde erwirtschaften können, vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn die durch die Beschwerdeführerin diesbezüglich vorgebrachten Gründe (neurasthenische Restproblematik, reduzierte Belastbarkeit, zunehmende Ermüdbarkeit) werden in der bereits reduzierten Arbeitsfähigkeit von 70 % hinreichend berücksichtigt.

11.2.2 Daher ist kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen und das Ergebnis der Beschwerdegegnerin zu bestätigen. Bei einem Invaliditätsgrad von 37 % besteht damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr.

11.2.3 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, die Rente hätte erst nach Durchführung beruflicher Massnahmen aufgehoben werden dürfen, ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach grundsätzlich davon auszugehen ist, die versicherte Person könne eine festgestellte wiedererlangte oder verbesserte Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Selbsteingliederung verwerten. Die vorgängige Durchführung befähigender Eingliederungsmassnahmen – unter Weiterausrichtung der Rente – ist praxisgemäss nur bei Versicherten erforderlich, welche das 55. Altersjahr überschritten oder die Rente seit mindestens 15 Jahren bezogen haben (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.1 S. 7 mit Hinweisen). Die 1974 geborene Beschwerdeführerin bezieht seit 2013 eine Rente. Die beiden genannten Werte sind damit deutlich unterschritten.

12. Laut dem Dispositiv der angefochtenen Verfügung wird ein Anspruch auf Massnahmen zur beruflichen Eingliederung abgewiesen. In den Erwägungen hält die Beschwerdegegnerin demgegenüber fettgedruckt fest, die Beschwerdeführerin habe grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art und werde gebeten, der IV-Stelle schriftlich mitzuteilen, wenn sie diese Unterstützung in Anspruch nehmen wolle. Eine Verfügung ist nicht ausschliesslich nach ihrem (zuweilen nicht sehr treffend abgefassten) Wortlaut zu verstehen, sondern es ist – vorbehaltlich der hier nicht relevanten Problematik des Vertrauensschutzes – nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt zu

fragen (vgl. BGE 141 V 255 E. 1 S. 257, 132 V 74 E. 2 S. 76 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.1). Im Vorbescheid vom 17. November 2017 hatte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einzig die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt. Im Begleitschreiben wurde erklärt, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch auf eine Rente geprüft (IV-Nr. 113). Die Beschwerdeführerin liess im Einwandschreiben vom 19. Dezember 2017 (IV-Nr. 117) berufliche Massnahmen beantragen, wobei sie festhielt, es sei zur Klärung «eine BEFAS anzuordnen», damit die Arbeitsfähigkeit geklärt werden könne. Weiter gelte es, die Beschwerdeführerin wieder einzugliedern, wofür sie die Unterstützung der Beschwerdegegnerin benötige. Sie strebe eine Anstellung in der Administration im Gesundheitswesen an. Zusammenfassend müsse festgestellt werden, dass vor der Rentenaufhebung die beruflichen Massnahmen an die Hand genommen werden müssten (IV-Nr. 117 S. 3). Beantragt wurden demnach einerseits berufliche Abklärungsmassnahmen (BEFAS) zur Feststellung der Leistungsfähigkeit und des Invaliditätsgrades. Diese sind, wie dargelegt, nicht erforderlich, weil der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin hinreichend geklärt sind. Andererseits machte die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eigentliche berufliche Eingliederungsmassnahmen geltend, wobei ergänzt wurde, diese seien vor der Rentenaufhebung an die Hand zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin war gehalten, über diese Anträge zu befinden. Vor diesem Hintergrund besteht der rechtliche Gehalt des Dispositivs und der Erwägungen der Verfügung vom 21. Februar 2018 darin, dass die Beschwerdegegnerin die unter der Bezeichnung «berufliche Massnahmen» beantragten beruflichen Abklärungsmassnahmen zur Bestimmung des Invaliditätsgrades sowie die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung ablehnte. Beides ist nach dem Gesagten korrekt. Demgegenüber bejahte die Beschwerdegegnerin – angesichts der Invaliditätsgrades von 37 % ebenfalls zu Recht – einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen nach der Rentenaufhebung. Die Bedeutung der angefochtenen Verfügung ist in diesem Sinn klarzustellen. Materiell ist der Entscheid auch in diesem Punkt korrekt und die Beschwerde diesbezüglich ebenfalls abzuweisen. Anzufügen bleibt, dass die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren klargestellt hat, dass sie die Unterstützung mittels beruflicher Eingliederungsmassnahmen in Anspruch nehmen will. 13. Damit ist die Verfügung vom 21. Februar 2018 (A.S. 12 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 14. 14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 14.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 14

14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

14.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu

bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit 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 Zwischenentscheidungen (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

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_11/2019 vom 16. Juli 2019 bestätigt.

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