

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.131 vom 11. Februar 2022**

SO Obergericht, 2022-02-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.131\\_d20220211](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.131_d20220211)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.131 du 11 février 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.131 del 11 febbraio 2022

## **Regeste**

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) sind. 2.2 Arbeitsunfähigkeit ist gemäss Art. 6 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art.

### **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2021 (A.S. 1 ff.) dar, die Beschwerdeführerin wäre gemäss Situationsbericht Haushalt vom 16. April 2020 heute bei voller Gesundheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin ausschliesslich Im Haushalt tätig. Im eingeholten psychiatrischen und neurologischen Gutachten sei im Haushalt eine gesundheitliche Einschränkung von 30 % festgestellt worden. Im Gutachten sei bezüglich Einschränkung im Haushalt die Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen nicht berücksichtigt worden. Im Ergebnis sei die Beschwerdeführerin nicht zu mindestens 40 % im Aufgabenbereich Haushalt eingeschränkt. Ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % werde nicht erreicht und das Gesuch müsse abgelehnt werden.

Die zuständige Abklärungsfachperson habe sich mit der Statusfrage befasst. Zusammenfassend könne gemäss diesen Berichten festgehalten werden, dass die

Beschwerdeführerin letztmals im Jahr 2000 (während sieben Monaten) gearbeitet habe. Seither sei sie ausserhäuslich nicht mehr erwerbstätig gewesen. Wie dem Gutachten entnommen werden könne, sei sie auch vor der Einreise in die Schweiz im Jahre 2000 ausschliesslich als Hausfrau und Mutter tätig gewesen. Die anlässlich der Begutachtung getätigte Äusserung, es wäre im Gesundheitsfalle geplant gewesen, dass sie wieder einer Arbeitstätigkeit nachgehen würde, werde durch keine äusseren Umstände wie bspw. die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in niedrigem Pensum oder zumindest durch entsprechende Bemühungen gestützt. Dass die Beschwerdeführerin trotz der eher knappen finanziellen Verhältnisse nie entsprechende Bemühungen in Angriff genommen habe, lasse eine Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit eher als unwahrscheinlich erscheinen. Das jüngste Kind der Beschwerdeführerin sei heute bereits 13 Jahre alt. Die anderen drei Kinder seien bereits erwachsen. Die Beschwerdeführerin hätte somit bereits vor Jahren Bemühungen um eine (Teilzeit-)Arbeitstätigkeit an die Hand nehmen können. Das vorliegende bidisziplinäre Gutachten erfülle sämtliche höchstrichterlichen Anforderungen, um vollen Beweiswert zu geniessen. Die Berichte des Spitals E.\_\_\_\_ seien den Gutachtern bekannt gewesen und in den Gutachten berücksichtigt und gewürdigt worden.

5.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde vom 18. August 2021 (A.S. 6 ff.) entgegenhalten, es sei nicht zutreffend, dass sie auch bei Gesundheit zu 100 % im Haushalt tätig wäre. Tatsächlich habe sie im Jahr 2001 eine ausserhäusliche Arbeit in einem Pensum von 80 % ausgeübt, die sie aufgrund der Geburt ihres dritten Kindes jedoch wieder habe aufgeben müssen, um sich um das Kind zu kümmern. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sie bei Gesundheit wieder eine Stelle zumindest in einem 50%-Pensum aufgenommen hätte, sobald das Alter des jüngsten Kindes dies zugelassen hätte, was zumindest mit dem Beginn der obligatorischen Schulzeit der Fall gewesen wäre. Es hätte mit einem Status zu 50 % ausserhäuslich berufstätig gerechnet werden müssen. Hierzu habe sie gegenüber den Gutachtern auch angegeben, dass sie bei Gesundheit wieder eine Arbeitsstelle aufgenommen hätte, sobald die Kinder etwas älter seien. Diese Angabe sei noch vor Einschaltung einer anwaltlichen Vertretung erfolgt und müsse als glaubwürdige Aussage der ersten Stunde angesehen werden. Da der Ehemann der Beschwerdeführerin zudem als Taxifahrer selbständig tätig sei und nicht über ein derart hohes Einkommen verfüge, müsse zudem davon ausgegangen werden, dass aufgrund der wirtschaftlichen Gegebenheiten auch eine (teilweise) Arbeitsaufnahme der Beschwerdeführerin bei Gesundheit erfolgt wäre. Im Familienrecht werde nach einer Scheidung für den bisher ausschliesslich im Haushalt tätigen Ehepartner zumindest ab der obligatorischen Schulzeit (Einschulung des jüngsten Kindes) eine Erwerbsobliegenheit von 50 %, ab dem Eintritt in die Sekundarstufe I sogar von 80 % zugemutet. Zudem spreche die Erwerbsbiografie in der Schweiz dafür, dass die Beschwerdeführerin bei Gesundheit wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätte. Sie sei 2000 aus der [...] in die Schweiz eingereist und habe innerhalb weniger Monate eine Arbeitsstelle in der Wäscherei gefunden sowie dann in einer Pizzeria. Die letzte Arbeitsstelle habe sie bis kurz vor der Geburt des dritten Kindes im März 2001 innegehabt und wegen der bevorstehenden Geburt aufgegeben. Im Jahr 2004 habe sie noch Deutsch- und Bewerbungskurse über das RAV absolviert. Es erscheine nicht selbstverständlich, dass eine Frau aus der [...], die nicht über gute Sprachkenntnisse oder eine anerkannte Berufsausbildung verfüge, in der Schweiz so schnell beruflich Fuss fasse. Dass sie bis dahin in der [...] nicht berufstätig gewesen sei, sei einerseits der Erziehung der beiden ältesten Kinder, andererseits möglicherweise auch kulturellen Unterschieden bzw.

unterschiedlichen Rollenverständnissen geschuldet. Da 2008 das vierte Kind geboren worden sei, spreche auch die Tatsache, dass sie danach keine neue Stelle mehr angenommen habe, nicht gegen sie. Insbesondere sei ihr die Aufnahme einer Berufstätigkeit mit zwei kleinen Kindern nicht zumutbar gewesen. 2015 seien dann laut Gutachten die ersten Anfallsereignisse aufgetreten, so dass ab dann eine Arbeitsaufnahme gesundheitsbedingt nicht mehr zumutbar gewesen sei. Vor diesem Hintergrund erscheine es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei Gesundheit zumindest in einem Pensum von 50 %, wenn nicht sogar mit dem bisherigen Pensum von 80 % ausserhäuslich gearbeitet hätte.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei vorliegend die Wechselwirkung nicht berücksichtigt worden. Laut Gutachten wäre der Beschwerdeführerin bei Aufnahme einer angepassten Teilzeittätigkeit und einer Haushaltsführung im übrigen Teil zudem nicht die Aufnahme einer 50%igen Tätigkeit, sondern allenfalls einer Tätigkeit von 16 Stunden pro Woche zumutbar. Dies aufgrund der Wechselwirkung zwischen der ausserhäuslichen Tätigkeit und der Tätigkeit im Aufgabenbereich. Lege man diese Angaben zugrunde, so wäre bei einer Leistungsfähigkeit von 16 Stunden pro Woche allenfalls noch eine 40%ige ausserhäusliche Tätigkeit zumutbar, sodass im Erwerb mit einem IV-Grad von zumindest 60 % gerechnet werden müsste.

Schliesslich wäre allenfalls aufgrund der Epilepsie der Beschwerdeführerin, die als Anfallsleiden qualifiziert werden müsse, aufgrund des schubweisen Verlaufs der Krankheit sowie der nicht kalkulierbaren Absenzen auch noch ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen, der sich im Bereich von zumindest 10 bis 15 % bewegen müsste.

Sofern man der Ansicht der Beschwerdegegnerin folgen und davon ausgehen wollte, dass Frauen, die bisher aufgrund der Geburt und Erziehung von vier Kindern nur kurze Zeit einer Erwerbstätigkeit hätten nachgehen können, auch künftig keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würden, so läge hierin auch eine Diskriminierung dieser Frauen. Man würde ihnen unterstellen, immer nur Hausfrau und Mutter bleiben zu wollen und ihnen den Wunsch sowie die Möglichkeit absprechen, auch nach einer längeren Familienzeit wieder beruflich Fuss zu fassen. Auch müsse berücksichtigt werden, dass gerade Frauen, die Jahrzehnte lang Hausfrau und Mutter gewesen seien und sich um die Erziehung von Kindern gekümmert hätten, der Nachweis, dass sie ab einem gewissen Alter der Kinder wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen hätten, regelmässig erschwert sei. Würde man allein die bisherige Erwerbsbiografie berücksichtigen, so könnte die betroffene Versicherte mangels Berufstätigkeit nie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass sie bei Gesundheit und ab einem gewissen Alter des jüngsten Kinds wieder gearbeitet hätte.

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

6.1 Im Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 24. Januar 2018 (IV-Nr. 5 mit Beilagen) wird zur medizinischen Situation ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide seit ca. Februar 2016 an einer Epilepsie, deren Ursache unklar sei und im Spital E.\_\_\_\_ abgeklärt werde. Bisher sei die Beschwerdeführerin nicht sicher anfallsfrei. Weiter bestünden der Verdacht auf zusätzliche Panikattacken und neuropsychologische Defizite. Ein EEG vom 30. November 2017 sei normal ausgefallen und der neurologische Befund vom 16. Februar 2017 sei ohne fokal-neurologische Defizite.

Dies seien Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe weiter eine koronare Herzkrankheit, mit Myokardinfarkt am 15. September 2015. Die Prognose sei abhängig vom Ansprechen auf die antiepileptische Therapie.

6.2 Im Austrittsbericht der M.\_\_\_\_ des Spitals E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2017 (IV-Nr. 5 S. 5 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Bei der Beschwerdeführerin träten seit etwa zwei bis drei Jahren mit einer Häufigkeit von bis zu fünfmal pro Tag kurze stereotype Anfälle mit Handautomatismen, Kaubewegungen, fehlender Reaktion auf Ansprache und Tonuserhöhung auf. Nach Etablierung einer medikamentösen Therapie seien die Anfälle zwar in der Frequenz rückläufig, träten jedoch weiterhin bis zu fünfmal pro Woche auf. Seit einigen Monaten habe die Beschwerdeführerin vorübergehende Verkrampfungen in der linken Hand, ohne Bewusstseinsverlust. Ein bereits vorgängig durchgeführtes MRI des Schädels habe ein Meningeom links parietal gezeigt, welches als ursächlich für die Anfälle vermutet worden sei. Klinisch zeige sich bei Eintritt eine wache orientierte Patientin ohne neurologische Defizite in der somatischen neurologischen Untersuchung. Die bereits vorgängig durchgeführte neuropsychologische Testung habe allerdings leichte bis mittelschwere exekutive (verbales Arbeitsgedächtnis, verbale und nonverbale Ideenproduktion, verbales und nonverbales Schlussfolgern; klinisch auch bezüglich der Handlungsplanung), attentionale (selektive und geteilte Aufmerksamkeit), sprachliche (Wortfindung) sowie visuokonstruktive Einschränkungen ergeben. Die Ursache der Epilepsie sei am ehesten strukturell bei bildmorphologischen Hinweisen auf eine mesiotemporale Sklerose rechts zu sehen. Zusammengefasst sprächen die Semiologie, die interiktale EEG-Aktivität, und in 5/6 Anfällen die iktale EEG-Aktivität eher für einen rechtsmesiotemporalen Ursprung. In einem Anfall sei das iktale EEG Muster eher mit einem linkshemisphärischen Ursprung vereinbar gewesen. Bei diesem Anfall sei ein Ursprung links parietal (Meningiom) unwahrscheinlich, könne jedoch nicht mit 100%iger Sicherheit ausgeschlossen werden. Beim Meningeom links parietal handle es sich um einen klinisch höchstwahrscheinlich asymptomatischen Befund. Die Ursache der mesiotemporalen Sklerose bleibe offen. Differentialdiagnostisch müsse diese im Rahmen einer autoimmunen / limbischen Enzephalitis gesehen werden. Hierzu passend wären auch die kognitiven Veränderungen. Allerdings seien die Antikörper diesbezüglich allesamt negativ. Gegen diese Differentialdiagnose spreche auch, dass die Beschwerden bereits seit zweieinhalb Jahren bestünden und keine relevante Dynamik zu bestehen scheine. Der Liquorbefund sei unauffällig. Mindestens ein Teil der kognitiven Auffälligkeiten liessen sich auch durch einen neu diagnostizierten ausgeprägten Vitamin B12-Mangel erklären, dessen Ursache unklar bleibe.

6.3 Im Bericht der M.\_\_\_\_ des Spitals E.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2017 (IV-Nr. 8 S. 2 f.) über eine neurokognitive Untersuchung vom 12. Oktober 2017 wird festgehalten, es liessen sich ■ im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen ■ leichte bis mittelschwere exekutive (verbales Arbeitsgedächtnis, verbale und nonverbale Ideenproduktion, verbales und nonverbales Schlussfolgern; klinisch auch bezüglich der Handlungsplanung), attentionale (selektive und geteilte Aufmerksamkeit), sprachliche (Wortfindung) sowie visuokonstruktive Einschränkungen bei einer leichten depressiven Symptomatik objektivieren. Verschiedene Befunde würden auf eine Konfundierung durch die fehlende formale Bildung hindeuten, allerdings könne das tiefe Bildungsniveau weder die Art und das Ausmass der Einschränkungen noch das heterogene neurokognitive Profil mit auch

durchschnittlichen mnestischen sowie exekutiven Leistungen erklären, weshalb eine Akzentuierung der Minderleistungen durch die strukturellen Veränderungen (Meningeom parietal links; gliotischer Prozess im frontalen Marklager) möglich sei. Bei Zunahme der depressiven Verstimmung könne eine psychiatrische Begleitung sinnvoll sein.

6.4 Im Arztbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Februar 2018 (IV-Nr. 9), werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben:

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird ein Vitamin B 12 Mangel erhoben.

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit September 2015. Die Beschwerdeführerin leide seit 2015, anfänglich einmal pro Woche, an einer plötzlichen Bewusstseinsstörung ohne Reaktion auf Ansprache kombiniert mit Kopf- und Nackenschmerzen. Im September 2015 habe sie einen Myokardinfarkt (NSTEMI) gehabt, der mittels einer Stent Platzierung behandelt worden sei. Im November 2015 sei ein MRI des Hirnes erfolgt, das einen Hirntumor (Meningeom parietal) links ergeben habe. Im Februar 2017 sei die neurologische Abklärung eingeleitet worden, die eine Epilepsie gezeigt habe. Daraufhin sei eine antiepileptische Behandlung eingeleitet und im Weiteren, im Oktober 2017, bei der anamnestisch klaren neurokognitiven Störung, eine weitere Abklärung in der Neurologie des Spitals E.\_\_\_\_ organisiert worden.

6.5 Im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt Kardiologie, und med. pract. I.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Kardiologie, Spital J.\_\_\_\_, vom 13. September 2016 (IV-Nr. 16), werden diese Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin stelle sich ein Jahr nach einem akuten Vorderwand-NSTEMI zur kardialen Verlaufskontrolle vor. Sie sei in altersentsprechend gutem Allgemeinbefinden. Der Nikotinkonsum sei sistiert und die körperliche Belastbarkeit gut. Zeichen der kardialen Dekompensation liessen sich klinisch nicht feststellen. Das Ruhe-EKG zeige bis auf eine Q-Zacke inferior (wie im Vorbefund) keine weiteren akuten Pathologien. Auch echokardiographisch finde sich eine gute linksventrikuläre Funktion. In Kenntnis des Koronarstatus lasse sich eine diskrete Hypokinesie apikoseptal nachweisen. Die globale linksventrikuläre Funktion sei erhalten.

6.6 Den Berichten des Spitals E.\_\_\_\_ über ein MR Schädel nativ und KM, MR-Diffusion, MR Funktion Schädel vom 16. Januar 2018 (IV-Nr. 17 S. 1 f.) sowie über ein CT Thorax-Abdomen vom 23. März 2018 (IV-Nr. 17 S. 3 ff.) lässt sich Folgendes entnehmen:

Befund MR Schädel nativ und KM, MR-Diffusion vom 16. Januar 2018: Gegenüber den Voruntersuchungen stationäre Signalalteration des Hippokampus und der Amygdala rechts DD mesiotemporale Sklerose. Grössenstationäres Meningiom links hoch parietal entlang der Konvexität.

CT Thorax-Abdomen vom 23. März 2018: Solitärer Nodulus im rechten Unterlappen. Des Weiteren keine tumorsuspekte Raumforderung und keine Lymphadenopathie thorakoabdominopelvin.

6.7 Im Austrittsbericht der M.\_\_\_\_ des Spitals E.\_\_\_\_ vom 28. März 2018 (IV-Nr. 19 S. 8 ff.), werden als Diagnosen gestellt:

Die Hospitalisation der Beschwerdeführerin sei zur geplanten Verlaufskontrolle inklusive Langzeit-Video-erfolgt. Unter der anfallsunterdrückenden Therapie sei es zuletzt innerhalb von vier Monaten zu insgesamt vier Anfällen gekommen. Fremdanamnestic präsentiert sich diese Anfälle anders als die als sicher epileptisch einzuordnenden Temporallappenanfälle mit einer initialen Hyperventilation, Atemnot, Verkrampfung der linken Hand und Zuckungen des rechten Arms, gefolgt von Mutismus sowie sensomotorischer Hemisymptomatik links. Bei Eintritt zeige sich ein klinisch-neurologisch unauffälliger Befund. Ursache der neuartigen Episoden seien funktionelle Anfälle. Während des über drei Tagen abgeleiteten Langzeit-Video-EEGs hätten bei unveränderter Fortführung der anfallsunterdrückenden Therapie zwei Ereignisse mit Hyperventilation, Schreien und Strecken der Arme registriert werden können. Klinisch fänden sich mehrere positive Hinweise auf nicht-epileptische Anfälle (geschlossene Augen, irreguläre Bewegungen, Plegie der Arme bds. ohne auf das Gesicht zu fallen). Ebenso sei das EEG während dieser Episoden unauffällig gewesen. Die Beschwerdeführerin sei der Neuropsychosomatik vorgestellt worden, die die Einschätzung bestätigt habe. Die im Telemetrie Bericht vom Oktober 2017 beschriebenen epileptischen Anfälle (damals Schmatzen, Automatismen der linken Hand) seien aktuell nicht mehr beobachtet worden. Interiktal habe das EEG unverändert im Vergleich zu Oktober 2017 einen leichten Verlangsamungsherd rechts fronto-temporal mit ausschliesslich im Non-REM-Schlaf einzelstehenden Spike-Waves gezeigt. Die Ursache der mesiotemporalen Sklerose rechts bleibe weiterhin unklar. Bei aktuell stationärer Signalalteration des Hippokampus und der Amygdala rechts im Vergleich zur Voruntersuchung im Oktober 2017, unauffälligen Tumorscreening mittels CT Thorax/Abdomen, sowie stabiler Klinik hinsichtlich der Epilepsie sei eine autoimmune / limbische Enzephalitis wenig wahrscheinlich. Nebenfundlich zeige sich das bekannte Meningiom links hoch parietal grössenstationär.

Im anschliessenden Sprechstundenbericht vom 30. November 2018 (IV-Nr. 19 S. 5 ff.) wird festgehalten, nach der Erstkonsultation am 13. April 2018 sei es der Beschwerdeführerin vorübergehend etwas besser gegangen, dann im Verlauf hätten sich wieder eine zunehmende Stimmungsverschlechterung und auch rezidivierende Episoden gezeigt mit linksseitigem Gefühlsverlust, teilweise auch Kraftverlust resp. Schwierigkeiten bei der Bewegungsinitiation, krampfartigem Zusammenziehen der linken Hand und teilweise auch Sprachschwierigkeiten mit «Zungenkrampf». Die Beschwerdeführerin habe deshalb einer psychiatrischen Begleitung (in [...] Sprache) zugestimmt. Diese werde als sehr positiv empfunden. Im Rahmen deren sei sie sich auch bewusst worden, dass die linksseitigen Beschwerden häufig an Erinnerungen assoziiert seien.

6.8 Im Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019 (IV-Nr. 20) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit August 2018 unter entsprechender Medikation anfallsfrei. Es bestehe aber eine schwere Depression mit Insomnie und Todeswunsch.

6.9 Im Arztbericht med. pract. K.\_\_\_\_, Neuropsychosomatik Spital E.\_\_\_\_, vom 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 21 S. 1 ff.) wird ausgeführt, aus rein neurologischer Sicht sei die Prognose zur Arbeitsfähigkeit aktuell grundsätzlich gut, es werde aber eine psychosomatische Evaluation empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit müsste insbesondere aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden. Grundsätzlich empfehle sich ein langsam progressiver Wiedereinstieg. Die Prognose zur Wiedereingliederung sei aus rein neurologischer Sicht gut.

6.10 In einem weiteren Sprechstundenbericht der M.\_\_\_\_ des Spitals E.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2018 (IV-Nr. 21 S. 8 ff.) halten die behandelnden Ärzte fest, bei der Beschwerdeführerin liege eine strukturelle Epilepsie am ehesten im Rahmen einer beginnenden mesiotemporalen Sklerose rechtsseitig, klinisch charakterisiert durch Schmatz- und Kaubewegungen sowie Automatismen der rechten Hand, aktenanamnestisch auch Überstrecken des linken Beines, vor. Hinzu kämen funktionelle nicht-epileptische Anfälle, charakterisiert durch eine linksseitige armbetonte sensomotorische Halbseitensymptomatik mit schreiender Patientin, Hyperventilation und streckenden Bewegungen der Arme, welche mehrfach registriert worden seien während der Langzeit Videotelemetrie im März 2018, definitionsgemäss ohne EEG-Korrelat. Die Beschwerdeführerin könne bereits gut zwischen diesen zwei semiologisch verschiedenen Episoden unterscheiden. Die Epilepsie sei aktuell unter Medikation gut kontrolliert und subjektiv für die Beschwerdeführerin nur wenig störend, insbesondere auch bei jeweils fürs Ereignis bestehender Amnesie. Hinsichtlich dem «zweiten Anfallstyp» ■ den Hauptbeschwerden der Beschwerdeführerin ■ sei ihr erklärt worden, dass es sich um nicht-epileptische funktionelle Anfälle handle, zu verstehen als «Programmstörung». Therapeutisch liessen sich diese nicht durch medikamentöse Ansätze therapieren, sondern mittels verhaltenstherapeutischer Massnahmen.

Im Sprechstundenbericht vom 11. Januar 2019 (IV-Nr. 21 S. 5 ff.) wurden dann folgende Diagnosen gestellt:

Nebendiagnosen:

Der Charakter funktioneller neurologischer Störungen, zu verstehen als «Programmstörung» und definitionsgemäss ohne strukturelles Korrelat, seien der Beschwerdeführerin erklärt worden. Dementsprechend seien funktionelle neurologische Störungen potentiell reversibel. Obwohl psychosoziale Belastungssituationen kein absolutes Diagnosekriterium seien, seien dies gut bekannte Risikofaktoren. Der Entscheid der Beschwerdeführerin, psychiatrische Hilfe aufzusuchen, werde deshalb begrüsst. Hinsichtlich der zusätzlich bestehenden Epilepsie bestünden aktuell keine Hinweise auf Anfallsrezidive. Dabei habe die Beschwerdeführerin den (semiologischen und ätiologischen) Unterschied zwischen epileptischen und nicht-epileptischen funktionellen Anfällen gut verstanden.

6.11 Im Bericht von med. pract. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. April 2019 (IV-Nr. 23), wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 3. September 2018 in ambulant-psychiatrischer Behandlung. Sie habe eine ausgeprägte Beunruhigung bezüglich ihrer neurologischen Situation gezeigt. Die psychiatrische Behandlung habe insbesondere darin bestanden, ihr in [ ] Sprache ein besseres Verständnis der Diagnosen zu ermöglichen, die von neurologischer Seite gestellt worden seien. Des Weiteren sei es darum gegangen, allfällige Zusammenhänge und auslösende Faktoren für die funktionellen Anfälle ausfindig zu machen. Mit diesem Vorgehen hätten offenbar die Beunruhigung und die Ängste gemildert werden können. Der Schlaf habe sich verbessert, Suizidgedanken kämen aktuell kaum noch vor, die anfänglichen, sehr auffälligen Denkstörungen mit Sprunghaftigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen seien praktisch verschwunden. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei bisher nicht Focus der Behandlung gewesen. Nach dem erfreulichen Rückgang der Depressions- und Angst-Symptomatik ergebe sich jetzt die Möglichkeit, die verbleibenden Beeinträchtigungen durch die verschiedenen Aspekte der funktionellen Störungen genauer

anzugehen. Hinzu kämen Beeinträchtigungen durch kognitive Störungen, die ebenfalls bereits von den neurologischen Kolleginnen und Kollegen diagnostiziert worden seien.

6.12 Die Beschwerdeführerin hat bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Verhaltensneurologie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Gutachten eingeholt. Dieses wurde am 23. September 2019 (IV-Nrn. 36.1 und 36.2) erstattet.

6.12.1 Im neurologischen Teilgutachten wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin angegeben (IV-Nr. 36.1 S. 7 ff.), ihre linke Körperhälfte, Bein, Rumpf und linke Schulter fühlten sich wie eingeschlafen an. Auch das Gesicht sei betroffen. Dieses Gefühl sei unterschiedlich intensiv. Wenn das Gefühl stark ausgeprägt sei, sei auch die Sprache betroffen. Es sei so, dass die Sprache eigentlich vorhanden wäre, aber das Gefühl sei derart intensiv, sie spüre sich selbst nicht mehr auf der linken Seite, dass sie nicht mehr wisse, ob sie noch richtig spreche. Zu derartigen Missempfindungen komme es ca. vier bis fünfmal pro Woche. Die Dauer sei stark unterschiedlich. Wenn sie keine Gefühlsstörung der linken Seite habe, dann sei das Gefühl zwar in Ordnung, sie habe aber dennoch das Gefühl, die linke Körperhälfte sei schwächer und fühle sich müde an. Des Weiteren leide sie unter einer Epilepsie. Zu einem letzten Ereignis sei es ungefähr vor zwei Monaten gekommen. Sie selber merke es nicht, wenn sie einen Anfall habe. Wenn sie einen Anfall habe, dies habe sie im Spital so sehen können, weil man sie bei einem Anfall gefilmt habe, sei es so, dass das Gesicht wie steif werde und sie den Mund und die Finger der rechten Hand bewege. Wenn sie Anfälle im Stehen habe, könne es vorkommen, dass sie dann stürze. Sie habe sicher Anfälle im Stehen, Sitzen. Ob auch im Liegen Anfälle auftreten, könne sie nicht angeben. Seit sie Medikamente einnehme sei es so, dass sie pro Monat gemäss ihren Kindern vielleicht ein paar Mal Anfälle habe. Vorher seien die Anfälle quasi täglich aufgetreten. Nach einem Anfallsereignis fühle sie sich müde, habe auch eine Art Kribbeln im Kopf. Bei einem Anfall komme es zu keinem Harnverlust. Sie habe sich selten auf die Zunge gebissen. Ihr Schlaf sei beeinträchtigt, sie habe insbesondere Probleme durchzuschlafen, schlafe ca. drei bis vier Stunden, dann erwache sie wieder. Tagsüber sei sie vermehrt müde. Es sei so, dass sie wegen der Gefühlsstörung der linken Körperhälfte unter Gleichgewichtsproblemen leide und sie das Haus deswegen nicht so oft verlasse. Am Mittag lege sie sich wie am Morgen hin. Dabei schlafe sie nicht. Sie sei vergesslich.

Es sei erstmals vor etwa zwei Jahren zu epileptischen Ereignissen gekommen. Die Gefühlsstörung der linken Körperhälfte bestehe etwa seit einem Jahr. Die Medikamente vertrage sie im Allgemeinen gut. Des Weiteren leide sie unter Kopfschmerzen, diese seit ca. vier bis fünf Jahren. Sie habe sich darüber keine besonderen Gedanken gemacht, sei davon ausgegangen, dass dies normale Kopfschmerzen seien. Kopfschmerzen habe sie praktisch jeden zweiten Tag, es sei ein brennender Schmerz. Der Schmerz sei hauptsächlich im Genick rechtsbetont. Am meisten beeinträchtigt sei sie durch ihre Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Die Reinigungsarbeiten würden durch die Schwägerin erledigt. Sie selber koche manchmal, wenn es mit den Händen besser gehe. Die Wäsche erledige die älteste Tochter. Einkaufen würde sie gemeinsam mit ihrem Gatten. Sie denke, dass ihr eine Tätigkeit ausser Haus nicht möglich sei.

Der neurologische Gutachter erhebt folgende Befunde (IV-Nr. 36.1 S. 11 ff.): Der Schädel sei nicht klopfempfindlich, die supra- und infraorbitalen Nervenaustrittspunkte indolent. Die Karotiden seien beidseits gut pulsierend und auskultatorisch unauffällig. Es bestehe kein Meningismus. Die perioralen Reflexe seien nicht gesteigert. Im Bereich der

Hirnnerven zeigten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten. In Bezug auf die Sensibilität im Gesicht werde eine Hypaesthesie links angegeben. Die Sprache sei unauffällig. Im Bereich der oberen Extremitäten zeige sich an der linken Hand die grobe Kraft mit Fehlinnervation und Giving Way. Der Finger-Nasen-Versuch links sei inkonstant dysmetrisch mit zielgerichtetem Danebengreifen. Die Sensibilität für Berührung, Schmerzempfindung und Temperatursinn links sei vermindert. Am Rumpf bestehe eine Klopfdolenz und Druckdolenz der oberen HWS. Die Sensibilität zeige sich mit scharf mittellinienbegrenzter Hypaesthesie links. Es bestehe ein rechtsbetontes, insbesondere oberes und weniger auch mittleres Cervicalsyndrom mit Druckdolenz über den rechtsseitigen cervicalen Facettengelenken, weiter ein leicht bis mässig ausgeprägter muskulärer Hartspann im Schulter- / Nackengürtelbereich. Weiter zeige sich eine ausgeprägte Druckdolenz über der Occipitalis-Major Austrittsstelle rechts mit Irradiation der Schmerzen bis in die Stirn. An den unteren Extremitäten seien Trophik und Tonus beidseits unauffällig. Auch hier zeige sich die grobe Kraft links mit Fehlinnervation und Giving Way. Positionsversuche in Rückenlage beidseits präsentierten sich mit Absinken. Der Knie-Hacken-Versuch beidseits sei dysmetrisch. PSR und ASR symmetrisch seien nur bei Bahnung auslösbar. Die Sensibilität für Berührung und Schmerzempfindung sowie Temperatursinn links sei reduziert. Der unauffällige Gang sei unterschiedlich, teils unsicher und schwankend, teils unauffällig mit guten Mitbewegungen. Der Strichgang sei unsicher.

Bei der Verhaltensbeobachtung seien gemäss Übersetzerin keine Wortfindungsstörungen gegeben. Die Aufmerksamkeit im Gespräch sei im Laufe der Untersuchung abnehmend, die Ablenkbarkeit leicht vermehrt. Es bestehe eine leichte Konfabulations- und Perseverationstendenz. Das psychomotorische Verhalten sei vermindert. Die Beschwerdeführerin habe 24 Stunden vor der Untersuchung Medikamente eingenommen. Psychisch sei der Antrieb auffällig vermindert, das affektive Verhalten in der Testsituation adäquat, mit wechselnder Kooperation. Die Testinstruktionen habe die Beschwerdeführerin gut verstanden. Das Arbeitstempo sei reduziert, das Leistungsniveau unterschiedlich. Die einfache Aufmerksamkeit bei Sequenzenabruf sei vermindert, die Konzentrationsleistung über einen längeren Zeitraum qualitativ leicht bis mässig vermindert und quantitativ durchschnittlich, ohne Leistungseinbrüche. Das Sprachverständnis sowie der mündliche Ausdruck seien bildungsentsprechend. Die Spontansprache sei verlangsamt, gemäss Übersetzerin ohne Paraphrasen und ohne Wortfindungsstörungen. Das Sprachsinverständnis sei intakt, die verbale Erfassungsspanne reduziert. Die Wortproduktion nach inhaltlichem und phonematischem Kriterium sei vermindert. Die verbalen mnestischen Funktionen im Rey-Auditory-Verbal-Learning-Test seien mit unterdurchschnittlicher unmittelbarer Aufnahme, verminderter Lernfähigkeit bei wiederholter Darbietung und reduzierter Konsolidierung bei Gedächtnisabruf nach Latenz von 30 Min. Bei den Rechenfunktionen bestehe eine auffällige Minderleistung auch bei einfachen Divisionen und Multiplikationen, wobei nicht klar sei, ob die Schulbildung dafür verantwortlich sei. Das visuell figurative Gedächtnis sei unmittelbar reduziert, bei Spätabruf verminderte Leistung. Die links-rechts-Unterscheidung sei leicht reduziert. Die Kopie einer komplexen dreidimensionalen Figur erfolge mit einem Planungsdefizit, sei nicht nach übergeordneten Elementen ausgerichtet. Ebenfalls vermindert sei die fraktionierte Motorik. Der motorische Output sei knapp genügend. Das Abstraktionsvermögen sei intakt, das Suppressions- und Interferenzvermögen beeinträchtigt. Das kognitive Tempo im Zahlenverbindungstest sei unterdurchschnittlich.

Zur Validität der Befunde wird festgehalten (IV-Nr. 36.1 S. 14), dass das Validierungsverfahren grenzwertig ausfalle. Anhand der durchgeführten Untersuchungen hätten sich statistische Auffälligkeiten ergeben. Für nicht durchgehend valide Befunde spreche der Umstand, dass unterschiedliche Tests, welche zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlaufe der Untersuchung durchgeführt worden seien, jedoch eine vergleichbare Funktion auf unterschiedliche Art erfassten, nicht immer vergleichbare Befunde ergeben hätten.

Es werden folgende Diagnosen erhoben (IV-Nr. 36.1 S. 14 f.):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

6.12.2 Im psychiatrischen Teilkutachten wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin angegeben (IV-Nr. 36.2 S. 1 ff.), sie sei sehr nervös, angespannt, habe Ängste und körperlich sei ihre linke Seite wie gelähmt. Sie habe viel weniger Gefühl und immer Kopfschmerzen. Sie habe Epilepsie und Anfälle. Es gebe noch andere Anfälle, die Krisen, dann werde sie steif, dann könne sie nichts machen, sie könne sich nicht bewegen, das passiere fast täglich. Wenn sie im Stress sei, wenn sie etwas machen müsse, jemanden erreichen müsse, dies seien Stresssituationen für die Steifheit. Es betreffe vor allem die linke Seite und nicht die rechte. Sie habe auch Angst. Sie habe vor ein paar Jahren einen Herzinfarkt gehabt. So habe sie Ängste vor allem wenn sie schlafen gehe oder wenn sie in dunklen Räumen sei oder in einem Fahrstuhl, dann nehme die Angst zu. Manchmal sei es auch so, dass wenn sie diese Ängste habe, dann könne sie nicht sprechen und nicht begreifen was passiere. Auf Nachfrage bejahe sie zum Beispiel Ameisenlaufen. Die Konzentration sei deutlich schlechter, seit sie die Epilepsie habe. Sie sei oft vergesslich, mache auch Sachen, dass sie den Herd brennen lasse oder versuche, die Wohnungstür der Familie unter ihr aufzuschliessen. Sie grüble auch sehr viel, sie könne eigentlich gar nicht sagen worüber. Wenn sie schlafen gehe, habe sie das Gefühl, als wenn jemand hinter ihr sei, das mache ihr Angst. Geräusche und Stimmen höre sie nicht. Sie habe manchmal das Gefühl neben sich zu stehen, vor allem in den Angstzuständen. Ihre Stimmung sei sehr wechselhaft, mal gut, dann mal sehr schlecht. Sie sei häufig ratlos und hoffnungslos, wenn es um ihre Krankheit gehe und so gefühllos, sie sei auch erschöpft und müde, manchmal auch gereizt und innerlich unruhig. Sie fühle sich wertlos und habe ein vermindertes Selbstvertrauen. Schuldgefühle habe sie keine. Sie habe Zwangshandlungen, in denen sie zwanghafte Ordnung in der Wohnung erreichen wolle, wenn dem nicht so sei, dann werde sie ganz unruhig. Sie habe Phobien in dunklen Räumen und im Fahrstuhl. Sie habe Ängste, wenn es plötzlich Lärm gebe, sie habe draussen Angst, wenn sie alleine unterwegs sei und dass sie einen Anfall haben könnte. Manchmal habe sie auch Panikattacken mit Schwitzen. Ihr Antrieb sei reduziert. Es gebe keine bestimmte Tageszeit, wo es ihr am schlechtesten gehe. Sie habe schon manchmal aggressive Ausbrüche, dann, wenn es schlimm komme, könne sie auch einmal mit einem Gegenstand schmeissen. Sich selber verletzen würde sie nicht. Im Moment habe sie keine Suizidgedanken mehr. Vor eineinhalb Jahren habe sie Suizidgedanken gehabt, sie sei ganz nahe dran gewesen an einem Suizidversuch. Sie habe in [...] am Bahnhof gestanden und sich auf die Geleise vor den Zug werfen wollen. Dann sei ihr ihre kleine Tochter in den Sinn gekommen und dann auch nach und nach die anderen Kinder. Wenn sie Suizidgedanken habe, dann denke sie an ihre Kinder, das halte sie davon ab. Sie habe auch schon früher für eine kurze Zeit Suizidgedanken gehabt. Sie freue sich im Moment fast über nichts ausser über ihre jüngste Tochter. Sie habe wenig Interessen,

versuche im Internet zu surfen, sonst mache sie eigentlich gar nichts. Sie schlafe schlecht trotz der Medikamente und brauche ungefähr eine Stunde, bis sie einschlafe und erwache dann drei oder vier Stunden später. Sie erwache zwischen 05.00 und 05.30 Uhr. Sie gehe ca. um 24.00 Uhr ins Bett und brauche mindestens eine Stunde, bis sie eingeschlafen sei. Einen Mittagsschlaf mache sie nicht. Ihr Appetit sei wechselhaft, mal esse sie viel, dann nehme sie zu, dann habe sie wieder keinen Appetit, dann nehme sie wieder ab. Ihre Libido sei reduziert.

Zur Entstehung berichtete die Beschwerdeführerin (IV-Nr. 36.2 S. 3 f.), sie habe vor ca. vier oder fünf Jahren einen Herzinfarkt gehabt. Vor zwei Jahren sei die Epilepsie diagnostiziert worden. Es hätten dann die psychischen Beschwerden angefangen. Sie habe bereits vor ca. 13 Jahren eine Phase gehabt wo sie Schlafstörungen gehabt habe, nervös gewesen sei, gereizt, explosiv. Sie habe das jedoch nicht ernst genommen. Nach dem Herzinfarkt habe sie dann Ängste bekommen, die sich insbesondere nach der Epilepsie verstärkt hätten, dass sie draussen ohnmächtig werden könne. Sie habe im Grunde genommen seitdem sie in der Schweiz sei, seit 2000, immer wieder Stimmungsschwankungen gehabt. Mal habe sie keine Lust gehabt und sei sehr sensibel gewesen, dann sei es ihr wieder besser gegangen. Vor der vierten Schwangerschaft, wo sie die depressive Phase gehabt habe, habe sie auch Suizidgedanken gehabt, diese seien jedoch dann vorbei gegangen. In Behandlung sei sie deswegen früher nie gewesen. Seitdem sie in psychotherapeutischer Behandlung sei, habe sie über all ihre Probleme sprechen können. Der Behandler spreche [ ], was eine gute Voraussetzung sei. Erst jetzt habe sie begriffen, was vielleicht auch schon früher mit ihr los gewesen sei. Mit Medikamenten seien die Schlafstörungen etwas weniger geworden, insgesamt sei jedoch ihr Zustand eher schlechter. In psychiatrischer Behandlung sei sie früher einmal pro Woche gewesen, jetzt noch alle zwei Wochen eine Stunde. Sie gebe sich Mühe, trotz ihrer Beschwerden soweit möglich aktiv zu bleiben und ihren Alltag selbstständig zu bestreiten. Sie gehe in ärztliche Therapie, was ihr helfe, und sie nehme die Tabletten. Sie habe allerdings Angst, dass es immer so bleiben oder noch schlimmer werde.

Ihr Tagesablauf sehe so aus (IV-Nr. 36.2 S. 7), dass sie hauptsächlich zu Hause sei. Sie stehe ca. um 06.00 Uhr auf, mache das Frühstück und schicke dann ihre Tochter um 07.30 Uhr in die Schule. Meistens lege sie sich nachher wieder hin, sie schlafe nicht, aber sie ruhe sich bis mittags aus. Der Mann, der sie nicht alleine lassen wolle, bleibe bis dann zu Hause. Er habe Angst, es könne ihr etwas passieren. Sie sei vergesslich und habe auch schon die Herdplatte brennen lassen. Der Mann gehe dann ohne Mittagessen arbeiten, die kleine Tochter komme nach Hause, sie würden etwas zusammen essen. Nachmittags gehe die Tochter wieder zurück in die Schule. Wenn es ihr gut gehe, versuche sie etwas zum Abendessen zu kochen. Dazwischen komme nachmittags die Schwägerin und helfe ihr im Haushalt gegen Bezahlung. Abendessen würden sie alle gemeinsam, der jüngere Sohn helfe viel beim Tisch decken, Tisch abräumen und Küche aufräumen. Nach dem Abendessen würden sie sich ein bisschen unterhalten, dann schaue sie noch fern, bis sie dann um Mitternacht ins Bett gehe. Am Wochenende seien die Kinder zu Hause, jeweils samstags gehe sie mit ihrem Mann zusammen frühstücken, weil der Mann etwas alleine mit ihr machen möchte. Sie begleite ihn dann auch zum Einkaufen. Je nach ihrem Zustand gehe er manchmal auch alleine. Zuletzt seien sie im Juli in den Ferien in [ ] gewesen. Es seien eigentlich fünf Wochen geplant gewesen, es sei jedoch nicht gut gegangen. Ihre Beschwerden und ihre krisenhaften Krampfanfälle hätten zugenommen. Sie hätten dann den

Urlaub abgebrochen und seien nach drei Wochen wieder zurückgekommen. Im Haushalt mache sie immer weniger, seit den letzten fünf Monaten fast gar nichts mehr. Wenn sie etwas mache, versuche sie langsam aufzuräumen, sonst zeige sie den anderen, was gemacht werden solle.

Die Gutachterin erhebt folgende Befunde (IV-Nr. 36.2 S. 8 f.): Die Beschwerdeführerin wirke im Sozialkontakt und in der äusseren Erscheinung sehr erschöpft, affektiv flach, einsilbig und sehr leidend. Sie sei höflich und bemüht, freundlich und kooperativ zu sein. Konzentration und Aufmerksamkeit seien reduziert. Die Beschwerdeführerin ermüde während der zweieinhalbstündigen psychiatrischen Begutachtung zusehends. Das formale Denken sei unsicher kohärent, leicht verlangsamt. Die Beschwerdeführerin gebe Grübeln und Gedankendrängen an. Das inhaltliche Denken sei unauffällig, ohne Anhaltspunkt für Sinnestäuschungen im Sinne von illusionärem Verkennen und Halluzinationen, Ich-Störungen mit Derealisationserleben, dem Gefühl neben sich zu stehen oder anderen Depersonalisationserleben. Die Stimmung sei schwankend, derzeit mehrheitlich betrübt und daher auffällig verändert, mit Ratlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, immer wieder dem Gefühl der Gefühllosigkeit, einer Störung der Vitalgefühle mit erhöhter Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit, Gereiztheit, innerer Unruhe, Insuffizienzgefühlen, vermindertem Selbstwertgefühl. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei vermindert, insgesamt sei der Affekt flach und wenig moduliert. Es bestünden Zwangsimpulse, Zwangshandlungen und Zwangsgedanken mit dem Wunsch einer grösstmöglichen Ordnung in der Wohnung. Die Beschwerdeführerin habe Phobien vor dunklen Räumen und vor dem Lift, Ängste vor zu vielen Menschen, Angst draussen ohnmächtig zu werden, einen epileptischen Anfall zu erleiden. Die Ängste steigerten sich bisweilen zu Panikattacken mit Schwindel und Schwitzen, Lärmempfindlichkeit. Antrieb und Psychomotorik seien verändert mit Antriebsarmut und flacher Mimik, ohne zirkadiane Besonderheiten. Wiederholt gebe es impulsartige aggressive Ausbrüche, ohne selbstverletzendes Verhalten. Suizidgedanken würden derzeit verneint. Es zeige sich ein sozialer Rückzug wegen den Ängsten vor den epileptischen Anfällen, Freudlosigkeit und Interessenlosigkeit. Die Beschwerdeführerin habe Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen und morgendlichem Früherwachen.

In der Hamilton Depressionsskala (HAMD) erreiche die Beschwerdeführerin 20 Punkte, was für das Vorliegen einer mittelgradig depressiven Episode spreche.

Folgende Diagnosen werden erhoben (IV-Nr. 36.2 S. 10):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

keine

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt in der angefochtenen Verfügung auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ ab, dessen Beweiswert nicht bestritten wird und als gegeben zu erachten ist. Das Gutachten wurde in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Angaben und von ausgewiesenen Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Auch inhaltlich erweist sich

das Gutachten als stimmig und es ist gestützt auf das in BGE 141 V 281 festgehaltene Konzept über das strukturierte Beweisverfahren (Indikatoren) abgefasst.

7.2 Der neurologische Gutachter kommt inhaltlich und in Einklang mit der bestehenden Aktenlage zum nachvollziehbaren Schluss (IV-Nr. 36.1 S. 15), dass bei der Beschwerdeführerin eine strukturelle Epilepsie vorliegt und es in diesem Zusammenhang zu Anfällen mit Schmatz- und Kaubewegungen sowie Automatismen der rechten Hand, Überstrecken des linken Beins mit anschliessender Amnesie und Müdigkeit kommt. Zusätzlich ■ und auch das steht in Übereinstimmung zu den übrigen medizinischen Unterlagen ■ gibt es nicht epileptische (psychogene) Anfallsereignisse. Das Vorliegen einer epileptischen Störung sei belegt durch eine Langzeit-Video-Telemetrie mit Registrierung von epileptischen Ereignissen und Verlangsamungsherd rechts fronto-temporal. Im Rahmen von Video-Telemetrien seien auch eindeutig funktionelle, nicht epileptische Anfälle registriert worden, hält der Gutachter fest. Weiter habe eine MR-Untersuchung des Schädels vom 16. Januar 2019 eine Signalalteration des Hippocampus und der Amygdala rechts sowie ein grössenstationäres Meningeom links hochparietal entlang der Konvexität gezeigt. Zusätzlich zu den epileptischen Ereignissen bestehen gutachterlich gesehen kognitive Beeinträchtigungen, die als mässig bezeichnet werden. Die Ursache hierfür könne auch in der hochdosierten antiepileptischen Behandlung sowie seelischen Interferenzen gesehen werden. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beeinträchtigungen im Bereich der linken Körperhälfte mit Hypästhesie derselben seien indessen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als funktionell und nicht organisch zu bezeichnen. Des Weiteren wird eine Fatigue mit vermehrter Ermüdbarkeit und verminderter Belastbarkeit erwähnt. Insgesamt erachtet der Gutachter die Beeinträchtigungen und Einschränkungen als mässig bis teilweise mittelschwer, was gestützt auf die Befundlage nachvollziehbar erscheint. Die Quantifizierung der kognitiven Beeinträchtigung sei erschwert durch das Untersuchungsverhalten der Beschwerdeführerin. Der Gutachter verweist in diesem Zusammenhang auf das grenzwertig ausgefallene Validierungsverfahren. Es ergäben sich auch weitere Hinweise für eine Verdeutlichungstendenz. Für nicht durchgehend valide Befunde spreche der Umstand, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführte, unterschiedliche Tests, die eine vergleichbare Funktion auf verschiedene Weise erfassten, nicht immer vergleichbare Befunde ergeben hätten. Der Gutachter geht aufgrund dessen eher von einer Verdeutlichungstendenz als von einer Aggravation aus bei mehr oder weniger bewusstem Versuch, ihn vom Vorhandensein von Beschwerden zu überzeugen. Auch diese Einschätzung erscheint plausibel. In Bezug auf frühere Beurteilung weist der Gutachter darauf hin, dass differenzialdiagnostisch eine autoimmune Encephalitis wie aber auch eine mesiotemporale Sklerose diskutiert würden. Klinisch-neurologisch falle bei der Beschwerdeführerin eine Hemihypästhesie links auf, welche organisch nicht zugeordnet werden könne. Im Bereich des Rumpfes sei diese scharf mittellinienbegrenzt. Zudem imponiere im Finger-Nasen-Versuch links ein zielgerichtetes Danebengreifen, welches inkonstant auftrete. Die verhaltensneurologisch / psychometrische Untersuchung sei nicht durchgehend als valide zu bezeichnen. Die erhobenen Befunde seien weitgehend vereinbar mit den Befunden von Voruntersuchern, wobei der Gutachter darauf hinweist, dass im Rahmen einer vorgängig durchgeführten neuropsychologischen Voruntersuchung kein Validierungsverfahren angewandt wurde. Auch wenn die Befunde der aktuellen verhaltensneurologischen Untersuchung als nicht sicher valide bezeichnet werden müssten, schlussfolgert der Gutachter, dass die Annahme einer kognitiven Beeinträchtigung leichten

bis höchstens mässigen Masses durchaus plausibel sei. Dies einerseits aufgrund der Diagnosestellung einer strukturellen Epilepsie, aber auch aufgrund der hochdosierten Medikation. Dasselbe gilt auch für die Annahme einer vermehrten Ermüdbarkeit und verminderten Belastbarkeit. Die durchgeführte Behandlung erachtet der Gutachter als zielgerichtet und adäquat. Das Eingliederungspotenzial wird aufgrund der hohen Behinderungsüberzeugung und des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin ihr ganzes Leben lang faktisch nie ausser Hause gearbeitet hat, als sehr stark eingeschränkt bezeichnet. Als medizinisch begründete Einschränkung sei die Epilepsie zu sehen sowie in diesem Rahmen die vermehrte Ermüdbarkeit, verminderte Belastbarkeit (auch aufgrund der Medikation) sowie die Annahme von leicht- bis höchstens mässig ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen. Bei einer angepassten Tätigkeit müsste es sich um eine Tätigkeit handeln ohne Eigen- oder Fremdgefährdung, ohne Schicht- oder Nacharbeit, ohne vermehrte Anforderung an die Fähigkeit neue Inhalte aufzunehmen oder die Konzentrationsfähigkeit auf Dauer zu erhalten. In einer solchen Tätigkeit wäre eine Präsenz von sechs Stunden möglich. Während dieser Zeit bestehe eine zusätzliche Einschränkung von 20 % aufgrund eines erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt 50 %. Dies gelte ab dem Zeitpunkt der ersten Anfallsereignisse, also ab September 2015.

7.3 Die psychiatrische Gutachterin kommt in ihrer Beurteilung zum nachvollziehbaren Schluss (IV-Nr. 36.2 S. 10 ff.), dass bei der Beschwerdeführerin ausgeprägte und diagnoserelevante Befunde vorlägen, also ein relevanter Schweregrad der Störung gegeben ist. Aufgrund der Untersuchungsbefunde, der Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage müsse gemäss ICD-10-Kriterien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode ICD-10 F33.1, diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin erfülle drei diagnostische Leitlinien der typischen Symptome, nämlich gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit nach Diagnosekriterien gemäss ICD-10. Darüber hinaus lägen vier andere häufige Symptome vor wie verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle der Wertlosigkeit und Schlafstörungen. Gemäss den typischen Symptomen und anderen häufigen Symptomen sowie dem klinischen Bild, müsse von einer mittelgradig depressiven Episode ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin berichte, bereits in früheren Jahren wiederholte depressive Stimmungseinbrüche gehabt zu haben. Ihr sei eine Phase von 2009 erinnerlich, wo sie Schlafstörungen gehabt habe, gereizt und ungeduldig gewesen sei, lustlos, freudlos mit mangelndem Antrieb. Nach dem Herzinfarkt 2015 habe sie zusätzlich Ängste entwickelt. Nach der Diagnose der Epilepsie vor zwei Jahren hätten die depressiven Symptome wieder deutlich zugenommen inklusive Suizidgedanken. Seit September 2018 bestehe nun eine integrierte, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und die Beschwerdeführerin erhalte ein Antidepressivum. Aufgrund des hier geschilderten Verlaufes und der anamnestischen Angaben müsse die depressive Störung als rezidivierend beurteilt werden. Darüber hinaus leide die Beschwerdeführerin an einer Agoraphobie mit Panikstörung. Sie erfülle diesbezüglich alle drei Diagnosekriterien. Sie zeige Ängste, alleine das Haus zu verlassen, um sich auf öffentlichen Plätzen oder in Menschenmengen zu bewegen. Sie empfinde Panik bei dem Gedanken zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben und dann auf fremde Menschen angewiesen zu sein. Die Ängste exazerbierten mit Schwindel, Entfremdungsgefühlen und Schwitzen. Die Agoraphobie mit Panikstörung habe sich nach dem erlittenen Herzinfarkt im September 2015 entwickelt. Ausserdem müsse eine

somatoforme autonome Funktionsstörung sonstiger Organe und Systeme diagnostiziert werden. Auch diesbezüglich erfülle die Beschwerdeführerin die diagnostischen Leitlinien. Bei ihr beziehe und äussere sich die somatoforme autonome Funktionsstörung auf funktionelle neurologische Störungen mit funktionellen, nicht epileptischen Anfällen, sensibler Halbseitensymptomatik links, Mutismus, Verkrampfung der linken Hand und Hyperventilation. Die Krampfanfälle seien im psychiatrischen Untersuchungsgespräch von der Beschwerdeführerin spontan berichtet worden. Sie könne eindeutig die funktionellen neurologischen Anfälle von den epileptischen Anfällen unterscheiden. Als Ursprung bzw. Grundlage der hier diagnostizierten Störungen müsse weiter von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und ängstlichen Anteilen ausgegangen werden. Die diagnostischen Leitlinien (deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen, andauerndes und gleichförmiges Auftreten dieser Verhaltensmuster, Verhaltensmuster tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend, in der Kindheit oder Jugend beginnende Störung, die sich auf Dauer manifestiert, zu deutlich subjektivem Leiden führende Störung, meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden) seien erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe ihre Kindheit unter schwierigen Bedingungen verbracht (Verlust des Vaters im Alter von fast sechs Jahren, der die Beschwerdeführerin sehr früh in die Verantwortung genommen habe). Sie habe von sich eine Opfervorstellung, die sie nie habe durchbrechen können. Gleichzeitig habe sie aber auch einen starken Selbsterhaltungswillen und sie habe ihrer Familie beweisen wollen, dass sie alleine zu Recht komme. Dabei habe sie sich Anforderungen von aussen rücksichtslos angepasst und die eigenen Wünsche zurückgestellt. Dies habe jedoch nicht ihrer psychischen Reife entsprochen, genauso wenig wie in der Kindheit, als sie sich als Kind um die trauernde Mutter gekümmert habe und dabei überfordert gewesen sei. Es müsse daher davon ausgegangen werden, dass die schwere Persönlichkeitsstörung sowie die depressive Symptomatik in den Kindheits- und Jugenderlebnissen wurzle. Die realen und nachvollziehbaren Ängste bei Zustand nach Herzinfarkt im September 2015 und die Diagnose der strukturellen Epilepsie sowie die Diagnose eines Meningeoms anlässlich eines Schädel-MRT hätten bei der Beschwerdeführerin unkontrollierbare Ängste und Panikattacken ausgelöst, dies auf dem Boden der histrionisch-ängstlichen Persönlichkeitsstörung. In der Folge sei diese dekompenziert und neben der rezidivierenden depressiven Störung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik und Suizidalität habe sie eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie somatoforme autonome Funktionsstörungen mit neurologischen Funktionsstörungen und funktionellen, nicht epileptischen Anfällen, sensibler Halbseitensymptomatik links, Mutismus, Verkrampfung der linken Hand und Hyperventilation entwickelt. Trotz ihrer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die sie im September 2018 aufgenommen habe, habe die Beschwerdeführerin ihre Vergangenheit in keiner Weise verarbeitet. Dies sei aufgrund der Persönlichkeitsproblematik erschwert. Die diagnostischen Herleitungen, die die psychiatrische Gutachterin vornimmt, erscheinen mit Blick auf die erhobenen Befunde allesamt einleuchtend.

Zu den Ressourcen hält die Gutachterin fest (IV-Nr. 36.2 S. 15 f.), dass die innerpsychischen Ressourcen aufgrund der Summierung der festgestellten Befunde unter dem bisherigen Verlauf gemäss Aktenlage nicht stabil seien. Die persönlichen Ressourcen seien deutlich reduziert. Mobilisierbaren Ressourcen seien im sozialen Bereich vorhanden.

Die mobilisierbaren Ressourcen auf persönlicher Ebene hingen indessen vom weiteren Therapieverlauf ab. Die Beschwerdeführerin sei kommunikationsfähig und introspektionsfähig. Es bestünden eine Therapieadhärenz und eine Therapiemotivation. Die Therapie zeitige bisher im Längsschnitt betrachtet einen positiven Verlauf, indem die Beschwerdeführerin zu ihrem Therapeuten Vertrauen habe und subjektiv von den Gesprächen und von der antidepressiven, schlafanstossenden Medikation profitiere. Dennoch müsse bisher im Längsschnitt betrachtet ein chronischer Verlauf mit schrittweiser Verschlechterung der Gesamtsituation mit einer Tendenz zum chronischen Verlauf festgestellt werden. Es bestehe derzeit kein Eingliederungspotential auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Restarbeitsfähigkeit fliesse bei der Beschwerdeführerin in die Rolle als Hausfrau und Mutter ein, d.h. in den Haushalt und die Kindererziehung. Die aktuelle Behandlung sei von der Struktur her *lege artis*, sollte jedoch optimiert werden. Die Prognose sei ungünstig. Die Weiterführung der integrierten psychiatrisch psychotherapeutischen sowie antidepressiven Behandlung sei dringend induziert. Weitere Behandlungsoptionen bestünden (in erster Linie Optimierung der antidepressiven Behandlung mit einem angstlösenden, stimmungsaufhellenden und antriebsfördernden Antidepressivum sowie einer Optimierung der schlafanstossenden antidepressiven, stimmungsstabilisierenden Medikation, psychosoziale Betreuung durch die Psychiatrie-Spitex mit wöchentlichen Terminen). Die Beschwerdeführerin habe, folge man ihren subjektiven Angaben und vergleiche sie mit den objektiven Befunden, einen grossen Leidensdruck. Das Aktivitätsniveau sei reduziert im Vergleich zur Zeit vor der Erkrankung. Die beklagten Beschwerden entsprächen der Befunderhebung. Die Darstellung der Symptomatik sei kohärent, plausibel und konsistent. Anhaltspunkte für eine Aggravation oder eine Verdeutlichungstendenz bestünden nicht. Diesen stimmigen gutachterlichen Ausführungen ist insgesamt zu folgen.

Zur Arbeitsfähigkeit hält die Gutachterin fest (IV-Nr. 36.2 S. 19 f.), als zuletzt ausgeübte Tätigkeit müsse die Haushaltstätigkeit und die Tätigkeit als Mutter und Hausfrau angesehen werden. In dieser Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin Vollzeit anwesend sein. Es bestehe eine Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfes nach Rückzug und Erholung. Der genaue Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit sei schwierig zu beurteilen. Diese Einschätzung gelte seit der psychiatrischen Behandlung seit September 2018. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie könne sich vorstellen maximal 50 % ausser Haus in einer freiwilligen sozialen Tätigkeit zu arbeiten. In einem freiwilligen sozialen Engagement sei sie jedoch als zu 100 % arbeitsunfähig anzusehen. In einer anderen Tätigkeit, wie zuletzt vor 18 Jahren in einer Pizzeria, sei die Beschwerdeführerin als 100 % arbeitsunfähig anzusehen, in der Wäscherei als zu 50 %. Sie könne sich aufgrund ihrer Gesundheitsschädigung nicht an stark schwankende Arbeitsbedingungen, Leistungsdruck, Überzeitanforderung und Stress anpassen. Eine Schichtarbeit müsse aufgrund der affektiven Störung vermieden werden.

7.4 In ihrer Konsensbeurteilung halten die Gutachter zusammenfassend fest (IV-Nr. 36.2 S. 22 ff.), schon im Jahr 2000 bei der Einreise in die Schweiz habe die Beschwerdeführerin wiederholte depressive Episoden gehabt. 2001 habe sie ihr drittes Kind geboren, 2008 ihr viertes. Sie sei bis auf das Jahr 2000 seit der Heirat als Mutter und Hausfrau tätig gewesen. Sie habe sich keine ausserhäusliche Tätigkeit vorstellen können, weil sie sich dadurch überfordert gefühlt habe. So sei es ihr über all die Jahre möglich gewesen, in einem ihr angepassten Rahmen ihr Leben zu gestalten und beruflichen Anforderungen ausser Haus

aus dem Weg zu gehen. Die belastenden Lebensereignisse durch körperliche Erkrankungen, beginnend 2015 mit einem Myokardinfarkt, hätten zusehends zur psychischen Dekompensation geführt. Aus neurologischer Sicht bestehe eine strukturelle Epilepsie bei mesiotemporaler Sklerose. Differenzialdiagnostisch werde eine limbische Encephalitis diskutiert. Des Weiteren sei von einer leicht bis maximal mässig ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigung auszugehen. Aufgrund der erwähnten Beeinträchtigungen und Einschränkungen bestehe ausschliesslich eine Arbeitsfähigkeit in an die Bildung und Konstitution der Beschwerdeführerin angepassten Tätigkeiten, ohne Eigen- oder Fremdgefährdung, ohne Schicht- oder Nachtarbeit und mit nur geringen Anforderungen an die Fähigkeit, neue Inhalte aufzunehmen oder die Konzentration auf Dauer aufrecht zu erhalten. In einer derartigen Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % auszugehen. Im Haushalt bestehe eine leichte Beeinträchtigung aufgrund der vermehrten Ermüdbarkeit und der verminderten Belastbarkeit, welche auf maximal 20 % einzuschätzen sei. Im Rahmen der Konsensbesprechung seien die Gutachterin und der Gutachter nach eingehender Diskussion zum Schluss gekommen, dass die in den Fachgebieten begründeten Teil-Arbeitsunfähigkeiten nicht additiv verrechnet werden könnten. Aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht sei die Beschwerdeführerin derzeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Hausfrau und Mutter zu 70 % arbeitsfähig, bezogen auf ein 100%-Pensum. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig, bezogen auf ein 100%-Pensum. Das Gleiche gelte aus neurologischer Sicht.

Zusammengefasst ist gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung für die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter von einer Leistungsfähigkeit von 70 % bezogen auf ein 100%-Pensum auszugehen, in einer angepassten ausserhäuslichen Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 %.

8. Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invaliditätsgrades zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Beschwerdeführerin bei Gesundheit keiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen würde. Die Beschwerdeführerin macht in dieser Hinsicht geltend, dass sie mindestens in einem 50%-Pensum tätig wäre.

8.1 Die Statusfrage bzw. die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ausserhäuslich tätig wäre, ist eine stets hypothetische Annahme. Sie 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). Entscheidend ist 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 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). Die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

8.2 Für den konkreten Fall lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Heimat [...] während fünf Jahren die Schule besucht und keinen Beruf erlernt, weil sie aufgrund der familiären Verhältnisse (der Vater war früh verstorben) ihrer Mutter helfen musste. 1986 heiratete sie, ein Jahr später kam das erste Kind zur Welt, 1994 das zweite. In der [...] war sie ausschliesslich Hausfrau und Mutter und ist nie einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen. Im Jahr 2000 zog die Familie in die Schweiz. Hier arbeitete die Beschwerdeführerin während fünf Monaten in einer Wäscherei und für weitere fünf bis sechs Monate in einer Pizzeria. Es handelte sich um Hilfsarbeiter-Anstellungen (vgl. IV-Anmeldung, IV-Nr. 2). Zu diesem Zeitpunkt war ihr zweites Kind sechs Jahre alt und die Beschwerdeführerin sowie ihre Familie konnten sich offensichtlich so organisieren, dass ihr eine berufliche Tätigkeit möglich war. Als dann 2001 das dritte Kind zur Welt kam, stellte die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit ein und sie war ab März 2001 wieder ausschliesslich als Hausfrau und Mutter tätig (vgl. u.a. neurologisches Gutachten, IV-Nr. 36.1 S. 9). 2008 kam das vierte Kind zur Welt. Der Ehemann ist selbständiger Taxifahrer und sorgt für das Einkommen der Familie. Schulden bestehen nach Angaben der Beschwerdeführerin keine (vgl. neurologisches Gutachten, IV-Nr. 36.1 S. 10). Im Rahmen der neurologischen Begutachtung gab sie in Bezug auf berufliche Tätigkeiten an, dass sie einer Berufstätigkeit nachgehen würde, wenn sie gesund wäre. Das habe sie auch so vorher geplant, dass wenn die Kinder etwas älter wären, sie wieder einer Arbeitstätigkeit nachgehen würde (vgl. IV-Nr. 36.1 S. 10). Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin gab die Beschwerdeführerin an, es sei ihre Idee gewesen, in die Schweiz zu emigrieren. Sie habe dann gemerkt, dass es in der Schweiz sehr schwierig gewesen sei, eine Stelle zu finden. Sie habe zuerst in einer Wäscherei und dann in einem Pizza-Restaurant gearbeitet und sei dann bald wieder schwanger geworden, so dass sie danach nicht mehr ausser Haus gearbeitet habe. 2008 sei dann noch die kleine Tochter zur Welt gekommen. Sie könne sich keine Arbeit ausser Haus vorstellen. Wenn sie nicht krank wäre, würde sie zum Beispiel freiwillige soziale Arbeit machen oder mit Kindern tätig sein, mit einem maximalen Pensum vom 50 %. Mehr als 50 % würde sie nicht arbeiten, da sie ja noch ein Kleinkind habe (IV-Nr. 36.2 S. 8).

Die Beschwerdeführerin war zum Begutachtungszeitpunkt, als sie die Angaben über eine allfällige Erwerbstätigkeit bei Gesundheit machte, 53 Jahre alt. Das jüngste Kind war zu diesem Zeitpunkt 11 Jahre alt. Die gesundheitliche Beeinträchtigung besteht seit September 2015 (neurologische Einschränkungen). Zu diesem Zeitpunkt war das jüngste Kind sieben Jahre alt. Es wäre der Beschwerdeführerin grundsätzlich schon vor Eintritt des Gesundheitsschadens möglich gewesen, zumindest eine Teilzeittätigkeit aufzunehmen, wie sie das schon im Jahr 2000 gemacht hatte, als ihr zweites Kind sechs Jahre alt war. Auch hat sie zwischen der Geburt des dritten und vierten Kindes, die sieben Jahre auseinanderliegen, keine Anstalten getroffen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, ausgenommen von RAV-Kursen im Jahr 2004 (als das dritte Kind drei Jahre alt war). Der Ehemann bestreitet den Lebensunterhalt für die Familie seit fast zwanzig Jahren alleine. Es bestehen keine Schulden. Wäre es aufgrund der finanziellen Lage nötig gewesen, dass die

Beschwerdeführerin eine Erwerbstätigkeit aufnimmt, hätte sie dies mit grösster Wahrscheinlichkeit im Verlauf dieser letzten 20 Jahre getan. Im psychiatrischen Gutachten wird zur Erwerbsfrage nachvollziehbar dargelegt, dass sich die Beschwerdeführerin ihr Leben über all die Jahre so eingerichtet habe, dass sie beruflichen Anforderungen ausser Haus habe aus dem Weg gehen können. Vor diesem Hintergrund spricht kaum etwas für die Annahme, dass sie bei Gesundheit tatsächlich eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätte. Zudem besteht gutachterlich gesehen, was unbestritten ist, eine Teilarbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin hätte somit auch in den Jahren seit Eintritt des Gesundheitsschadens eine Teilzeitarbeit aufnehmen oder sich um eine solche bemühen können, was aber nicht der Fall war. Aus den allgemeinen Ausführungen zur Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit im Familienrecht bei einer Scheidung und zur Diskriminierung von Frauen, die während der Dauer der Kindererziehung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, lassen sich für den konkreten Fall keine Erkenntnisse gewinnen, weil immer im Einzelfall und aufgrund der konkreten Umstände gefragt werden muss, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausgegangen werden muss. Im vorliegenden Fall ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätte. Ihre Aussagen im Rahmen der Begutachtung, wonach sie geplant hätte, wieder zu 50 % zu arbeiten, wenn der Gesundheitsschaden nicht bestanden hätte, erscheinen zwar nicht als bewusste Aussage, um eine Rentenberechtigung zu erzielen. Es lässt sich jedoch einzig aufgrund dieser Aussage auch nicht davon ausgehen, dass sie im Gesundheitsfall tatsächlich so vorgegangen wäre. Die oben genannten Umstände lassen auf das Gegenteil schliessen. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin ausschliesslich im Haushalt tätig wäre.

9. Die gutachterlich festgelegten Leistungseinschränkungen im Haushalt werden beschwerdeweise nicht in Frage gestellt und sind nachvollziehbar begründet. Der neurologische Gutachter sieht aufgrund der vermehrten Ermüdbarkeit und der verminderten Belastbarkeit eine Einschränkung von 20 %, die psychiatrische Gutachterin wegen erhöhten Pausenbedarfs nach Rückzug und Erholung eine solche von 30 % bei einer Vollzeit-Anwesenheit. In der Konsensbesprechung haben die Gutachter auch festgehalten, dass sich diese Einschränkungen nicht addierten, was nachvollziehbar erscheint, zumal die gleichen Gründe für die Einschränkungen genannt werden. Diese Einschränkungen gelten gleichermassen für die Wohnungs- und Hauspflege (inkl. Einkauf und weitere Besorgungen), die Ernährung, Wäsche- und Kleiderpflege und die Kinderbetreuung. Die Beschwerdegegnerin weist zu Recht darauf hin, dass die genannte Leistungseinschränkung sich nur auf den Pausen- bzw. Erholungsbedarf der Beschwerdeführerin bezieht, somit also die für den Ehemann und die im Haushalt lebenden Kinder bestehende Schadenminderungspflicht dabei nicht berücksichtigt ist. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509). Dies gilt auch für den Ehemann, der zwar in einem 100%-Pensum tätig ist, sich als selbständiger Taxifahrer aber die Arbeit einteilen kann. Ohnehin muss auch eine alleinstehende Person, die Vollzeit tätig ist, daneben noch den Haushalt bestreiten. Selbst wenn man aber davon ausgehen würde, dass die familiäre Schadenminderungspflicht in der gutachterlich postulierten Leistungsfähigkeit von 70 % schon miteinbezogen ist, würde kein rentenbegründeter Invaliditätsgrad vorliegen, denn dieser läge bei 30 % und damit unter der

Grenze von 40 %. Eine Haushaltsabklärung erwies sich im vorliegenden Fall als nicht angezeigt, da bei hier vorherrschenden psychischen / neurologischen Leiden ohnehin die fachärztliche Beurteilung höheres Gewicht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.7.1). Nach dem Gesagten liegt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Massnahmen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

10.2 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. 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 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

Yalcin

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 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.

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