

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.301 vom 24. Oktober 2017**

SO Obergericht, 2017-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.301](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.301)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.301 du 24 octobre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.301 del 24 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die 1957 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 16. März 2009 wegen konstanten Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühlen, dauerndem Zittern sowie Bauch- und Magenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 15. November 2010 erfolgte (Gutachten vom 16. November 2010, IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 42). Am 11. Mai 2011 wurde eine Abklärung im Haushalt der Beschwerdeführerin durchgeführt (IV-Nr. 46). Die Beschwerdegegnerin lehnte daraufhin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente aufgrund eines in Anwendung der gemischten Methode (Erwerbstätigkeit als Lehrerin: 76 %, Tätigkeit im Haushalt: 24 %) ermittelten Invaliditätsgrades von 26 % bzw. 16 % (ab April 2010) mit rechtskräftiger Verfügung vom 16. September 2011 ab (IV-Nr. 48).

1.2 Am 11. Dezember 2015 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV zum Leistungsbezug neu an (IV-Nr. 50). Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge ein bidisziplinäres (neurologisches/neurootologisches und psychiatrisches) Gutachten in der C.\_\_\_\_ (im Folgenden:), welches im Oktober 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 17. März 2017; IV-Nr. 78). Die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 5. April 2017 zum vorerwähnten Gutachten stellte die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) den C.\_\_\_\_-Gutachtern zur Vernehmlassung zu. Diese wurde am 26. Juni 2017 erstattet (IV-Nr. 84). Am 21. Juli 2017 nahm der RAD Stellung (IV-Nr. 86). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 24. Oktober 2017 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen sei keine wesentliche Änderung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar. Aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Heilpädagogin weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, sei grundsätzlich kein neuer Einkommensvergleich anzustellen. Es bleibe unverändert bei einem Invaliditätsgrad von 16 % (IV-Nr. 92).

### **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben

gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20 ) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird somit zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). 3.

### **E. 3**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es

sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

5.1 Gemäss dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 wurde die Beschwerdeführerin am 15. November 2010 untersucht und begutachtet. Die diagnostische Beurteilung lautet wie folgt: «Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10: F32.00; akzentuierte abhängige und anankastische Persönlichkeitszüge, ICD-10: Z73.1». Eine psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht gestellt.

Im Rahmen der Zusammenfassung und diagnostischen Beurteilung wurde angegeben, die Explorandin sei als zweite von zwei Schwestern in einem Dorf im Kanton [...] aufgewachsen. Den frühen Tod des Vaters, als sie selbst fünf Jahre alt gewesen sei, habe sie als sehr schlimm erlebt. Anschliessend habe sie eine schwierige Zeit durchgemacht, in welcher sie die Mutter nicht aus den Augen gelassen habe, aus Angst, diese ebenfalls zu verlieren. Ihre Kindheit sei von Armut geprägt gewesen. Nach dem Besuch der Primar- und Bezirksschule habe sie das Lehrerseminar absolviert, später die Ausbildung zur Heilpädagogin. Bis zu ihrer Schwangerschaft habe sie in verschiedenen Stellen zu 100 %, später in Teilzeitpensen gearbeitet. Zuletzt habe sie an zwei verschiedenen Arbeitsstellen für drei verschiedene Arbeitgeber in einem Pensum von knapp 75 Prozent (23 Wochenlektionen) gearbeitet. Die Explorandin selbst führe ihre depressive Entwicklung auf das Zusammenkommen mehrerer Belastungsfaktoren zurück, wie Konflikte mit der Schulkommission, die Hausdurchsuchung wegen Konsum von kinderpornographischen Bildern durch den Ehemann und mehrere Autounfälle. Im November 2008 sei die Explorandin von ihrem Hausarzt krank geschrieben worden. Ihre drei Arbeitsverträge habe sie selbst gekündigt. Unter der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche auch verschiedene Antidepressiva umfasst habe, sei es zu einer fluktuierenden und schliesslich anhaltenden Besserung der Symptomatik gekommen. Seit August 2009 arbeite die Explorandin in unterschiedlichen Teilzeitpensen. Mit dem vorübergehenden 50%-Pensum sei sie erneut an ihre Grenzen geraten. Mit ihrem gegenwärtigen Pensum von 12 Wochenlektionen (ca. 41 Stellenprozent) fühle sie sich mehr als ausgelastet. Diagnostisch handle es sich um eine Komorbidität einer leichten depressiven Episode und akzentuierter Persönlichkeitszüge. Nach einer anfänglich zumindest mittelgradigen depressiven Symptomatik sei mittlerweile nur noch eine leichtgradig depressive Symptomatik festzustellen. An depressiven Symptomen finde man eine leichtgradige depressive Niedergeschlagenheit, eine gesteigerte Ermüdbarkeit, subjektive Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Einschlafstörungen und einen leichten sozialen Rückzug. Eine Freudlosigkeit, ein verminderter Antrieb, Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle, eine psychomotorische Agitiertheit

oder Hemmung, eine ausgeprägte Appetitverminderung mit Gewichtsverlust hingegen seien nicht festzustellen. Die subjektiven Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hätten im Rahmen der dreistündigen Untersuchung nicht objektiviert werden können. Der Gewichtsverlust der letzten Zeit sei intentional. Somit seien die diagnostischen Kriterien einer leichtgradig depressiven Störung gemäss ICD-10 erfüllt.

Im Weiteren führte die Gutachterin aus, die Persönlichkeit der Explorandin sei durch eine abhängige Beziehungsgestaltung gekennzeichnet. Bereits nach dem frühen Tod ihres Vaters habe sie eine Phase von ängstlicher Anklammerung an ihre Mutter durchgemacht, verbunden mit erhöhten Verlustängsten. In den Unterlagen werde die enge Beziehungsgestaltung zu Ehemann und Tochter der Explorandin deutlich, von welchen die Explorandin bis Sommer 2009 nie länger getrennt gewesen sei. Einen stationären Aufenthalt habe sie mit dem Hinweis abgelehnt, dass sie für ihre erwachsene Tochter da sein wolle. Der Auszug der Tochter aus dem Elternhaus sei ihr sehr schwer gefallen. Ferner bestünden Schwierigkeiten, sich für die eigenen Bedürfnisse einzusetzen und sich gegenüber Forderungen Dritter abzugrenzen. Die Explorandin zeige ein überangepasstes Verhalten, verbunden mit einer gewissen Suggestibilität gegenüber Autoritätspersonen. Sie habe geschildert, dass sie ungern für sich selbst kämpfe und keinen Streit möge. Ihre Arbeitsstellen habe sie unter Druck von Seiten des Arbeitgebers gekündigt. Während der aktuellen Untersuchung habe sie sich sehr bemüht bis überangepasst gezeigt, die Fragen korrekt zu beantworten und habe sich mehrfach für ihr Zuspätkommen entschuldigt. Die Explorandin lege grossen Wert auf Genauigkeit und stelle hohe Leistungsanforderungen an sich selbst. Auch von ihrem behandelnden Psychiater sei sie als gewissenhaft, angepasst und korrekt beschrieben worden. Diese akzentuierten Persönlichkeitszüge nähmen nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung an, welche eine Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen erfordere. Die leicht erhöhte Anzahl von Stellenwechseln der Explorandin sei bedingt durch die Art ihrer Arbeit, welche häufig mit niedrigen Teilzeitpensen an verschiedenen Arbeitsorten verbunden sei. Es habe sich kein Hinweis auf vermehrte Arbeitskonflikte ergeben. Bis Sommer 2008 habe die Explorandin eine stabile und enge Ehebeziehung geführt.

Zur Bedeutung der sogenannten psychosozialen Belastungsfaktoren führte die Gutachterin aus, die Ausdrücke psychosoziale Belastungsfaktoren oder Belastungssituationen finde man bereits in den Diagnosestellungen des Hausarztes in seinen Berichten vom Februar und April 2009. Als Belastungssituation führe Dr. med. D. \_\_\_ die Hausdurchsuchung wegen Konsum kinderpornographischer Bilder des Ehemannes der Explorandin bzw. eine anfänglich erhebliche Beziehungsproblematik mit dem Ehemann an. Entsprechend den Angaben des Hausarztes und des Psychiaters habe sich die Beziehungsproblematik im Verlauf deutlich gebessert. Mit der Erkenntnis, dass der Ehemann pornographische Bilder konsumiert habe, sei die Ehe der Explorandin zunächst in Frage gestellt gewesen. Infolge ihrer abhängigen Persönlichkeitsstruktur stelle ein solches drohendes Verlusterlebnis eine existentielle Bedrohung für die Explorandin dar. Die Ressourcen und Copingstrategien für den Umgang mit einer solchen Situation seien persönlichkeitsbedingt deutlich reduziert. Insofern handle es sich bei den geschilderten psychosozialen Belastungsfaktoren nicht um ursächliche Faktoren. Die nachfolgende Krankheitsentwicklung und verzögerte Besserung der Symptomatik könne nur im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur der Explorandin verstanden werden.

Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung und Stellungnahme zu divergierenden Diagnosen anderer Ärzte sei festzuhalten, dass der Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_ u.a. die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stelle, ohne diese näher zu begründen. Eine PTBS liege hingegen eindeutig nicht vor. In der Biographie der Explorandin finde sich kein Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses, welches bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Die polizeiliche Hausdurchsuchung erfülle diese Kriterien nicht. Die Reaktion der Explorandin auf diese Ereignisse sei vielmehr, wie geschildert, nur im Zusammenhang mit ihrer Persönlichkeitsstruktur und somit erhöhten Vulnerabilität erklärbar. Auch die für die Diagnosestellung einer PTBS erforderliche Klinik mit Flashbacks/Nachhallerinnerungen, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, etc. fehle vollständig. Die Explorandin habe das Vorliegen eines Schlaf-Apnoe-Syndroms geschildert. Unter Behandlung habe sich eine Besserung ergeben. Laut den Ärzten bestehe kein Handlungsbedarf. Es sei wenig wahrscheinlich, dass ein Schlaf-Apnoesyndrom (SAS) von einem Schweregrad bestehe, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Bei einer solchen wäre eine seit dem Aufstehen bestehende erhöhte Tagesmüdigkeit und nicht eine im Laufe des Tages zunehmende, belastungsabhängige Müdigkeit zu erwarten, wie sie die Explorandin schildere. Zudem spreche die situationsabhängig gute körperliche Belastbarkeit der Explorandin im Rahmen ihrer Wanderungen gegen ein ausgeprägtes SAS. Zur genaueren Beurteilung wäre eine polysomnographische Verlaufskontrolle nach erfolgter Behandlung notwendig.

Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf äusserte sich die Gutachterin dahingehend, in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (bezogen auf ein Vollzeitpensum). Bei einem gleichmässig über die Wochentage verteilten, zumutbaren 70%-Pensum bestehe dabei eine leichte Leistungsminderung mit einer resultierenden Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 %. Zwischen den Arbeitseinsätzen bestehe eine Notwendigkeit zur Erholung. Die Minderung der Arbeitseinsätze sei bedingt sowohl durch die depressiven Symptome, insbesondere die erhöhte Ermüdbarkeit, Aufmerksamkeitsstörung und Umstellungserschweren der Explorandin, als auch durch ihre persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten wie reduziertes Abgrenzungsvermögen und erhöhte Leistungsanforderungen gegenüber sich selbst. Die genaue und korrekte Arbeitsweise der Explorandin erfordere einen erhöhten Zeit- und Energieaufwand. Die subjektive Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin sei angesichts der Schilderung ihrer anstrengenden Freizeitaktivitäten (beispielsweise 28 km lange Wanderung, insgesamt vier Ferienreisen im Jahr 2009, auch wenn diese auf Empfehlung des Hausarztes durchgeführt worden seien) nicht nachvollziehbar. Auch die Angabe der Explorandin, sich zwischenzeitlich «tipp topp» gefühlt und deswegen ihr Antidepressivum abgesetzt zu haben, spreche gegen einen ausgeprägten Leidensdruck und eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Die derzeitige 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe seit ca. April 2010; bereits zuvor habe die Explorandin ein 50%-Pensum bewältigen können. In der Versorgung eines Zweipersonenhaushaltes mit der Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung hingegen bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Minderung der Leistungsfähigkeit.

Zur Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten hielt die Expertin fest, Tätigkeiten mit geringeren Anforderungen bezüglich Abgrenzungsvermögen und emotionaler Belastbarkeit, d.h. ohne einen engen Kontakt mit Schülern oder anderen Klienten, sowie mit extern vorgegebener, umrissener Aufgabenstellung, geringeren Anforderungen an Entscheidungsfindung und Multitasking, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von ca. 80 %.

Die Stellungnahme zu divergierenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen anderer Ärzte lautete dahingehend, sowohl der Hausarzt als auch der behandelnde Psychiater der Explorandin seien zu Beginn vom baldigen Wiedererreichen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Explorandin in ihrer angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin ausgegangen. Bei den in der Folgezeit bescheinigten Arbeitsfähigkeiten entstehe der Eindruck, dass sich die Beurteilungen überwiegend auf die subjektiven Angaben der Explorandin gestützt und an dem jeweiligen Arbeitspensum der Explorandin orientiert hätten, und nicht umgekehrt. So bescheinige der Hausarzt der Explorandin in seinem Bericht vom April 2010 etwa eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. August 2009 bzw. bezeichne das damalige Arbeitspensum von 43 % als Maximum. Dr. med. D.\_\_\_\_ stelle fest, dass andere Tätigkeiten der Explorandin nicht zumutbar seien, ohne dies zu begründen. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. F.\_\_\_\_, bescheinige der Explorandin eine «73 1/3prozentige Arbeitsunfähigkeit» vom 1. August bis 30. November 2009. Anschliessend habe die Explorandin über zwei Monate ein 50%-Pensum absolviert, wobei sie gemäss ihren Angaben an ihre Grenzen gekommen sei. In seinem Bericht vom Mai 2010 schreibe Dr. med. F.\_\_\_\_, dass die bisherige Tätigkeit mit acht Schulstunden pro Woche zumutbar und offen sei, ob die Patientin die ab Sommer 2010 geplanten 12 Stunden auf Dauer leisten könne. Dies stehe in Widerspruch zu dem im gleichen Bericht beschriebenen Absetzversuch der antidepressiven Medikation und des homöopathischen Behandlungsversuchs und zu den im gleichen Bericht beschriebenen Fortschritten der Explorandin.

Zu den medizinischen Massnahmen wurde angegeben, die ambulante psychiatrische Behandlung einschliesslich antidepressiver Medikation sollte fortgeführt und die antidepressive Medikation langfristig eingenommen werden. Auch wenn sich kein Hinweis auf eine Malcompliance der gewissenhaften Explorandin in Bezug auf die Einnahme ihrer antidepressiven Medikation ergeben habe, sollten gelegentliche Spiegelkontrollen eine ausreichende Wirkstoffkonzentration des Antidepressivums sichern. Falls nicht bereits geschehen, sei eine Bestimmung der Schilddrüsenhormone zum Ausschluss einer Hypothyreose indiziert. Unter Fortführung dieser Behandlung sei eine weitere Besserung der depressiven Symptomatik und somit auch der Arbeitsfähigkeit der Explorandin möglich. Berufliche Massnahmen seien angesichts der vorhandenen Arbeitsfähigkeit, welche nicht weit vom ursprünglichen Arbeitspensum der Explorandin von knapp 75 % entfernt liege, und angesichts des bisherigen Verlaufs nicht indiziert. Das Erreichen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht realistisch. Die Explorandin habe trotz und mit ihren akzentuierten Persönlichkeitszügen über mehrere Jahre zu 100 % und später zu 75 % gearbeitet. Angesichts des mittlerweile nur noch leichten Schweregrades der depressiven Symptomatik und der vorhandenen Arbeitsfähigkeit sei ein stationärer Aufenthalt mittlerweile nicht mehr indiziert (IV-Nr. 42).

5.2 Dem Bericht der Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin () vom 16. Mai 2011 über die Abklärung im Haushalt vom 11. Mai 2011 kann im Wesentlichen entnommen werden, die Versicherte berichte, dass es ihr schon besser gegangen sei als in den letzten drei Wochen. Sie könne zu wenig schlafen, komme morgens nicht aus dem Bett und sei tagsüber müde. Sie zittere viel mehr und das Kopfweh sei wieder mehr oder weniger stark. Es habe anfangs Jahr angefangen und sich während der letzten drei Wochen verstärkt. Sie müsse oft weinen. Dr. med. F.\_\_\_\_ erkläre die Situation mit der sich verändernden schulischen Situation. Sie unterrichte aktuell im Kindergarten. Im Sommer müsste sie mit

einem jetzt betreuten Kind in die erste Klasse wechseln. Erste Klasse habe sie noch nie gegeben, was sie beschäftige. Der Grund für die Veränderung in der Schule sei, dass zu wenig Heilpädagoginnen zur Verfügung stünden; so müsse der Kindergarten zurückstehen. Die Gallensteinoperation im November 2010 sei gut verlaufen. Das Essen gehe gut. Die Therapie bei Dr. med. F.\_\_\_\_ habe zuletzt vierzehntäglich, vorher wöchentlich stattgefunden. Die Versicherte lenke ihr Auto selber; ein Fahrrad habe sie nicht mehr. Seit dem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ im November 2010 seien keine neuen Leiden hinzugekommen.

Zum Status wurde angegeben, ohne Behinderung würde die Versicherte einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Gemäss dem Protokoll vom 12. März 2009 würde das Wunschpensum ohne Behinderung 20 Lektionen (zwischen 60 und 66 2/3 %) betragen. Das Totalpensum belaufe sich auf 22 Lektionen oder 73 bis 74 %. Die Erwerbssituation ohne Gesundheitsschaden sei während der Abklärung thematisiert worden. Die Versicherte berichte, dass dies im ersten Gespräch so gewesen sei mit den 20 Lektionen. Danach sei die Tochter ausgezogen und sie wäre gerne bei 22 Lektionen geblieben oder hätte sogar noch ein oder zwei Lektionen mehr gemacht. Irgendwann wolle sie ein solches Pensum wieder ausüben können. Nach den Gründen gefragt habe die Versicherte angegeben, die Tochter koste seither mehr und sie komme nicht mehr tagtäglich und «plappere sie voll». Sie sei auch vorher nie die perfekte Hausfrau gewesen und habe gerne Schule gegeben. Sie habe wegen der Tochter reduziert, als diese in die Schule gekommen sei. Obwohl diese schon über 20-jährig gewesen sei, sei sie sehr mitteilungsbedürftig gewesen und habe jeweils von morgens bis abends alles erzählt. Einen Arbeitsplatz zu finden wäre überhaupt nicht schwierig, da es zu wenige Heilpädagogen gebe. Entgegen der früheren Angaben hätte sie 20 bis 24 Lektionen gearbeitet, je nach Arbeitssituation. Nach dem Vorlesen habe die Versicherte bestätigt, dass dies korrekt verstanden worden sei. Das Vollpensum beinhalte 29 Lektionen. Diese Angaben seien glaubhaft und nachvollziehbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte die Versicherte ohne Gesundheitsschaden in einer Bandbreite von 20 bis 24 Lektionen, je nach Schule und Situation, weiter als Heilpädagogin unterrichtet. Ein durchschnittliches Pensum von 22 Lektionen entspreche gerundet 76 %. Der Status laute demnach wie folgt: 76 % Erwerb, 24 % Haushalt.

Zu den bisherigen Arbeitsverhältnissen wurde ausgeführt, der letzte effektive Arbeitstag in der Gemeinde [...] sei der 17. November 2008 gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei durch die Versicherte per Ende Schuljahr 2009 wegen häufiger Ausfälle aufgelöst worden. Der letzte Arbeitstag in der Gemeinde [...] sei ebenfalls der 17. November 2008 gewesen. Die Kündigung der Stelle sei durch die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen per 31. Juli 2009 erfolgt. In der Gemeinde [...] habe die Explorandin insgesamt 17 Lektionen gearbeitet, wobei sie für zwei Lektionen beim Kanton angestellt gewesen sei. Per Ende Schuljahr 2008/2009 habe die Versicherte ihre Anstellungen gekündigt. Die Ausfälle hätten den Einsatz von Stellvertretungen schwierig gemacht. Im Gegenzug habe das Schul-inspektorat ihr die Anstellung in [...] verschafft. Ab Schuljahr 2010/2011 bestehe nun ein unbefristeter Arbeitsvertrag für 12 Lektionen.

Bei den einzelnen Haushaltsverrichtungen (Haushaltführung, Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen, Wäsche und Kleiderpflege, Betreuung von Kindern oder anderen Familienangehörigen, Verschiedenes) wurden keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bzw. Behinderungen festgestellt (IV-Nr. 46).

6. Demgegenüber präsentiert sich der aktuelle medizinische Sachverhalt wie folgt:

## 6.1

6.1.1 Vom 19. bis 24. Juli 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im G.\_\_\_\_ auf. Die Hauptdiagnosen lauteten wie folgt: «Drehschwindel nach links mit/bei 1. DD Kleinhirn-/Hirnstammischämie unter Detektionsgrenze DD Gefäßschlinge im Bereich ICA; 2. CT Schädel 19.07.15: keine Ischämie, keine Blutung, keine Sinusvenenthrombose; 3. MRT Schädel am 21.07.2015: keine frische Ischämie. Gefäßschlinge im Bereich ICA links; 4. Neurovaskulärer Ultraschall vom 20.07.2015: keine höhergradige Stenose. Unauffälliges Flussprofil; 5. Holter EKG vom 21.07.2015: Grundrhythmus: Sinusrhythmus; Respiratorische Alkalose bei Hyperventilation unklarer Ätiologie; 6. DD Nikotinentzug, DD zentrale Genese mit/bei 7. Thoraxschmerzen links, negative Herzenzyme, keine ST-Streckenveränderungen; 8. aBGA vom 23.07.2015: respiratorische Partialinsuffizienz; 9. cvRF: Nikotinabusus, pos. Familienanamnese, Dyslipidämie; Hypokaliämie, 10. Labor 19.07.15: Kalium 3.0 mmol/l». Als Nebendiagnosen wurden ein Barrett-Oesophagus bei Refluxkrankheit, eine Hypercholesterinämie, ein leichtes OSAS sowie eine Depression (Status nach Burnout 2010) angegeben. Die Ärzte attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 20. bis 31. Juli 2015 und führten im Rahmen der Beurteilung aus, die Zuweisung der 58-jährigen Patientin sei durch den Rettungsdienst bei anhaltenden Thoraxschmerzen erfolgt. Klinisch habe sich bei Eintritt eine hyperventilierende Patientin in einem kardiopulmonal stabilen Allgemeinzustand gezeigt. Im durchgeführten Schädel CT habe man keine Ischämie, Blutung oder Sinusvenenthrombose nachweisen können. Auch im ergänzenden MRT habe sich kein Hinweis für eine frische Ischämie gezeigt. Es bestehe der minime Verdacht einer MR-tomographisch nachgewiesenen Gefäßschlinge im Bereich der ICA links, welche die Schwindelsymptomatik erklären könnte. Da auch die Möglichkeit einer Kleinhirnischämie unter der Detektionsgrenze bestehe, habe man die Patientin wie einen Schlaganfall behandelt und die Ursachenabklärung mittels Holter-EKG und neurovaskulärem Ultraschall durchgeführt. Beide Untersuchungen seien unauffällig gewesen. Sekundärprophylaktisch sei eine Therapie mit Aspirin installiert worden. Differentialdiagnostisch sei an eine periphere Genese zu denken. Hierfür habe man jedoch keine klinischen Hinweise, insbesondere keinen Spontannystagmus, gefunden. Bei der relativ jungen Patientin sei eine HNO-ärztliche Abklärung erfolgt. Die Kalorik habe einen unauffälligen Befund ergeben. Nebenbefundlich habe sich bei Eintritt eine respiratorische Alkalose gezeigt, die im Rahmen einer Hyperventilation gewertet worden sei. In der Verlaufs-ABGA habe sich eine respiratorische Partialinsuffizienz gezeigt, die mit einem chronischen Nikotinkonsum in Einklang gebracht werden könne. Die Patientin habe am 24. Juli 2015 zurück in die häusliche Umgebung entlassen werden können (IV-Nr. 78.7 S. 2 ff.).

6.1.2 Dem Konsilium des G.\_\_\_\_, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, vom 24. Juli 2015 können die Diagnosen «unklarer Schwindel» sowie «Status nach Hyperventilation» entnommen werden. Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe am Wochenende zuvor plötzlich ein Sturmgefühl und danach thorakale Schmerzen mit nachfolgender Hyperventilation erlitten; daraufhin habe der Schwindel zugenommen. Es sei ein deutlicher konstanter Drehschwindel gewesen. Im Verlauf seien auch leichte Kopfschmerzen aufgetreten. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin leide an einem unklaren Schwindel, momentan sehe man keinen Hinweis für eine Ursache im Gleichgewichtsorgan. Die Klinik sowie die Anamnese sprächen nicht für eine Schwindelparoxysmie (bei Gefäß-Nerven-Kontakt; IV-Nr. 78.7 S. 7 f.).

6.2 Vom 2. bis 5. Oktober 2015 war die Beschwerdeführerin im G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Hauptdiagnosen lauteten wie folgt: «1. Va. Hirnstammischämie unter Detektionsgrenze, DD Kleinhirnischämie DD Gefässschlinge im Bereich ICA, CT Schädel 19.07.15: keine Ischämie, keine Blutung, keine Sinusvenenthrombose, MRT Schädel am 21.07.2015: keine frische Ischämie. Gefässschlinge im Bereich ICA links, neurovaskulärer Ultraschall vom 20.07.2015: keine höhergradige Stenose. Unauffälliges Flussprofil, Holter EKG vom 21.07.2015: Grundrhythmus: Sinusrhythmus, aktuell: seit dem 02.10.2015 deutliche Verschlechterung des schwankenden, wellenförmigen Schwindels mit Lageabhängigkeit; 2. Noch unklare Zuckungen linke Extremitäten seit August 2015. Im Weiteren bestanden folgende Nebendiagnosen: «3. Barrett-Oesophagus bei Refluxkrankheit; 4. Hypercholesterinämie; 5. Leichtes OSAS; 6. Depression, Status nach Burnout 2010; 7. Aktenanamnestisch St.n. Atorvastatin-Myopathie». Zur Beurteilung, Therapie und Verlauf wurde angegeben, es sei die notfallmässige Vorstellung der 58-jährigen Patientin bei einer Exazerbation eines Schwindels bei St.n. möglichem Hirnstamminfarkt am 21. Juli 2015 erfolgt. Klinisch habe sich die Patientin in einem stabilen Allgemeinzustand, normoton, normokard und afebril befunden, ohne objektivierbare neurologische Ausfälle. Während der Hospitalisation sei es nur zu einer mässigen Besserung der Symptomatik gekommen.

Zur Anamnese wurde im Anhang angegeben, die Patientin sei im Juli 2015 mit der gleichen Symptomatik hospitalisiert gewesen. Damals habe man die Symptome auf eine Kleinhirn- oder Hirnstammischämie unter der Detektionsgrenze des MRI zurückgeführt. Die Patientin berichte, dass die Symptome seit der Hospitalisation phasenweise etwas regredient, jedoch nie komplett sistiert gewesen seien. Die Zuckungen führten dazu, dass die Patientin zu wenig Schlaf finde. Aktuell schlafe sie etwa 2 bis 3 Stunden nachts. Am Morgen des Eintrittstages habe sie dann einen Schwindel von viel stärkerer Intensität festgestellt. Dieser sei schwankend-wellenförmig und ähne der Symptomatik, welche im Juli 2015 bestanden habe. Zur genaueren Abklärung der Zuckungen, welche sich vor allem im linken Arm, jedoch auch in beiden Beinen manifestiert hätten, sei ein neurologischer Termin in der nächsten Woche vorgesehen (IV-Nr. 56 S. 3 ff.).

Dem neurologischen Sprechstundenbericht des G.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2015 kann unter «Beurteilung und Procedere» entnommen werden, die Patientin sei Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie, zur Mitbeurteilung vorgestellt worden. Neurologische Ausfälle finde man auch anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht. Retrospektiv wäre aufgrund der Anamnese mit dem mindestens zweimaligen heftigen Liftschwindel und sich einstellenden Kopfschmerzen (inzwischen anhaltend) allenfalls eine vestibuläre Migräne denkbar bei St.n. Migräne im Jugendalter, getriggert durch den abrupten Nikotinstopp im Vorfeld. Eine phobische bzw. somatoforme Komponente sei sicher vorhanden, was sich schon letztmals in der Diskrepanz zwischen subjektiven Angaben und der klinischen Untersuchung gezeigt habe, wie auch aktuell bei Angabe von Kopfschmerzen VAS 9/10 und insgesamt nicht schmerzgeplagtem Verhalten. Die von der Patientin beklagte Bewegungsstörung vor allem nachts bleibe unklar. Eine erneute bildgebende Diagnostik oder gar eine LP erschienen derzeit nicht indiziert (IV-Nr. 56 S. 6 ff.).

6.3 Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 11. Januar 2016 die Diagnose «Status nach Hirnstammischämie 19.07.2015, erhebliche Sehstörung bei internukleärer Ophthalmoplegie und Oszillopsien» sowie die Nebendiagnose «Status nach Burnout-Syndrom 2008». Unter dem Titel «Anamnese und Befunde» wurde angegeben, im

Juli 2015 habe die Patientin eine Hirnstammischämie mit akuten Schwindel- und Sehstörungen erlitten. Residuell bestünden erhebliche Einschränkungen beim Sehen, welche sich v.a. beim Lesen auswirkten. Nach ca. 10 Zeilen komme es zu Oszillopsien, d.h. zu unkontrollierten, ruckartigen Augenbewegungen, so dass die Wörter hin und her wackelten, weshalb das Lesen nicht fortgeführt werden könne. Auch bei der Arbeit mit kleineren Gegenständen in der Küche habe sie Mühe, selbst Rüsten von Gemüse könne sie weniger gut. Fernsehen sei nicht möglich. In bewegten Objekten sitzen sei ebenfalls sehr stark ermüdend (Auto, Zug). Auto fahren dürfe sie bis auf weiteres nicht. Kürzlich habe die Patientin als Heilpädagogin an einem Mittagstisch aushelfen wollen, wobei sie jedoch komplett auf das eigene Sehen fixiert gewesen sei und gar nicht habe eingreifen können. Zusammenfassend bestehe für die gelernte Heilpädagogin ab Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb die Evaluation einer IV-Berentung notwendig werde. Ein Zusammenhang mit der früheren Burnout-Untersuchung bestehe nicht (IV-Nr. 56 S. 1 f.).

6.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Augenarzt FMH, hielt in seinem Bericht vom 27. Januar 2016 fest, bei seiner Untersuchung habe er beidseits einen vollen Visus bei normalem Augendruck feststellen können. Es bestünden altersentsprechende vordere sowie hintere Augenabschnitte. Bei der Augenmotilitätsprüfung bestehe eine normale Augenmotilität (keine internukleäre Ophthalmoplegie), auch der Binokularstatus sei normal (keine Prismen notwendig). Die durchgeführte Gesichtsfeldprüfung sowie das OCT (Scanning Laser Aufnahme der Papille) seien normal. Den subjektiv angegebenen Schwindel sowie die Binokularproblematik könne er mit seinen Untersuchungsmöglichkeiten nicht erklären. Bei Status nach Hirnstamminfarkt seien höchstwahrscheinlich übergeordnete neurologische Ausfälle da, die er nicht erkennen könne. Von seiner Seite könne der Patientin nicht geholfen werden (IV-Nr. 64 S. 5).

6.5 Aus dem neurologischen Sprechstundenbericht des G.\_\_\_\_ vom 5. April 2016 geht hervor, die Kopfschmerzen seien seit Monaten nicht mehr aufgetreten, jedoch hätten die spontanen Augenbewegungen subjektiv an Intensität zugenommen. Der Patientin sei es z.B. nur möglich, ca. 3 Zeilen zu lesen, dann «hüpfen» die Buchstaben umher. Autofahren sei nicht möglich, genauso wie Stricken. Ihre Tätigkeit als Heilpädagogin habe sie nicht mehr aufnehmen können. Lamotrigin habe an den Augenbewegungsstörungen nichts geändert. Es bestünden keine Doppelbilder, keine Gesichtsfeldeinengungen und auch keine Metamorphopsien. Eine ophthalmologische Abklärung sei unauffällig gewesen. Zu den neurologischen Untersuchungsbefunden wurde ausgeführt, es bestehe eine teilweise leicht sakkardierte Blickfolge in alle Richtungen. Es bestehe ein erschöpflicher Endstell-Nystagmus nach rechts und links, auch unter der Frenzelbrille sei kein pathologischer Nystagmus erkennbar. Die Ursache der Augenbewegungsstörung bleibe weiter ungeklärt. Differenzialdiagnostisch stünden intermittierende Oszillopsien bei Verdacht auf Hirnstammischämie im Juli 2015 im Vordergrund. Ferner sei differenzialdiagnostisch eine phobische Komponente nicht auszuschliessen (IV-Nr. 65 S. 5 f.).

6.6 Dem Bericht des E.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Neurologie, vom 15. April 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Oszillopsien und visueller Schwindel unklarer Ätiologie, DD bei Verdacht auf MR-negative Hirnstammischämie am 19.07.2015, Verdacht auf Sicca-Symptomatik, OU Hyperopie, Astigmatismus, Presbyopie». Zur Beurteilung wurde angegeben, die Patientin sei zur Beurteilung einer akut aufgetretenen und nun seit rund 9 Monaten anhaltenden Sehstörung mit erheblicher

Alltagsbeeinträchtigung zugewiesen worden, nachdem bereits im Vorfeld neurologische und ophthalmologische Untersuchungen stattgefunden hätten. Das von ihr beschriebene Gefühl einer sich subjektiv bewegenden visuellen Umgebung könne als Oszillopsie beschrieben werden, doch finde man in der klinischen Untersuchung letztlich keine dieses Symptom typischerweise erklärende Befunde, insbesondere keine Hinweise auf eine gestörte Fixation, einen Nystagmus oder eine Beeinträchtigung des vestibulären Systems. Die Patientin beschreibe darüber hinaus einen durch visuelle Reize ausgelösten Schwindel (visuell vertigo), wobei sich keine Beeinträchtigung des Visus oder höherer visueller Funktionen nachweisen lasse. Derartige Symptome seien auch nach der Erholung einer transienten Beeinträchtigung des vestibulären Systems beschrieben, wie sie bei der Patientin angesichts von Schwindel und Gangunsicherheit im Juli 2015 vermutet werden müsse, wobei die Ursache des damals aufgetretenen vestibulären Syndroms nachvollziehbar unklar geblieben sei. Obschon die Patientin auch über Schwindel klage, halte man angesichts der Tatsache, dass dieser klar visuell evoziert sei, eine apparative vestibuläre Testung unter therapeutischen Gesichtspunkten nicht für hilfreich. Für die Behandlung des visuellen Schwindels seien Massnahmen der vestibulären Rehabilitation mit Exposition gegenüber den als unangenehm empfundenen bewegten Reizen (z.B. optokinetische Stimulation) in steigender Intensität und Dauer zu empfehlen.

Aufgrund der brennenden Augen beim Lesen, welche eine zusätzliche visuelle Beeinträchtigung darstellten, bestehe der Verdacht auf eine Sicca-Problematik. Der Patientin seien probatorisch für einen Monat eine befeuchtende Therapie mit Lacrycon-Augentropfen verordnet worden. Aktuell seien keine weiteren Kontrollen geplant (IV-Nr. 65 S. 8 f.).

6.7 In seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 21. April 2016 attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Lehrerin seit dem 19. Juli 2015 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Rahmen der Anamnese wurde festgehalten, die Patientin habe am 19. Juli 2015 einen ischämischen Hirninfarkt erlitten. Residuell bestünden nun invalidisierende Sehstörungen, welche sich vor allem darin äusserten, dass die Patientin nicht lesen könne. Beim Versuch zu lesen komme es zum Verwackeln des ganzen Gesichtsfeldes (Oszillopsien), weshalb das Lesen nach wenigen Minuten abgebrochen werden müsse. Aus diesem Grund könne sie auch nicht gut auf unebenem Gelände (Wurzeln) gehen. Der Schwindel, welcher anfangs massiv gewesen sei, habe in der Zwischenzeit unter Physiotherapie und Heimübungen (Drehbewegungen) gebessert, zu Stürzen sei es nicht mehr gekommen. Eine Schlafstörung habe recht gut auf Trittico/Cipralext angesprochen, ebenso eine reaktive depressive Episode, wobei die Stimmung derzeit deutlich besser sei. Ebenso helfe Madopar bei Restlesslegs-Beschwerden, den Schlaf erfolgreich zu verbessern. Das Stimmungstief und die Schlafstörungen hätten sich zurzeit gebessert, residuell bestünden Oszillopsien (Wackelbilder) vor allem beim Lesen, wobei das Lesen einer ganzen Seite zurzeit nicht möglich sei. Unter «Therapeutische Massnahmen/Prognosen» wurde angegeben, zusammengefasst leide die Patientin seit einer ischämischen Hirnstammischämie unter zentralen Sehstörungen, welche es ihr verunmöglichten zu lesen. Ihre Tätigkeit als Heilpädagogin könne sie aus diesem Grund bis auf Weiteres nicht wieder aufnehmen. Inwiefern sich diese Symptomatik in der Zukunft bessern werde, könne man derzeit nicht beurteilen.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die Sehstörung verunmögliche der Patientin das Lesen, weshalb die bisherige Tätigkeit als Heilpädagogin nicht aufgenommen

werden könne. Diese Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien jedoch zuzumuten. Grundsätzlich wären der Patientin viele einfache manuelle Tätigkeiten ohne Leseansprüche körperlich zumutbar. Diese müssten allerdings angepasst sein an das reduzierte Sehvermögen und die reduzierte Gehfähigkeit durch die Sehstörung. Eine solche Tätigkeit sei während 8 Stunden pro Tag ohne verminderte Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 65 S. 1 ff.).

6.8 Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie, G.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. April 2016 Sehstörungen, einen Verdacht auf Oszillopsien, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Hirnstammischämie, Drehschwindelattacken sowie Lateropulsien und hielt fest, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei jedoch angezeigt. Ob der Patientin die bisherige oder eine andere Tätigkeit zuzumuten seien, sei zurzeit schwierig zu beurteilen, da sie mit den Augen nicht fixieren könne. Die Fixation bzw. das Sehen seien zurzeit erheblich eingeschränkt. Eine Lehrtätigkeit oder Computerarbeit seien aktuell nicht möglich (IV-Nr. 66).

6.9 Im Bericht des G.\_\_\_\_ vom 27. April 2016 (neurologischer Sprechstundenbericht vom 26. April 2016) wurde festgehalten, die Beschwerden seien unverändert, es bestünden weiterhin invalidisierende Sehstörungen, am ehesten Oszillopsien beider Augen. Zu den neurologischen Untersuchungsbefunden wurde angegeben, diese seien unauffällig. Aktuell seien keine Oszillopsien festzustellen. Das MRI des Neurokraniums vom 25. April 2016 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 21. Juli 2015 einen stabilen Befund. Es bestünden keine Hinweise für eine Hirnstammischämie, Raumforderung o.ä.. Zur Konsultation im Zentrum für Seh- und Wahrnehmungsstörungen des E.\_\_\_\_ (Universitätsklinik für Neurologie) wurde festgehalten, in der klinischen Untersuchung seien keine die Oszillopsien erklärenden Befunde festgestellt worden, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine gestörte Fixation, einen Nystagmus oder auf eine Beeinträchtigung des vestibulären Systems ergeben. Eine vestibuläre Testung sei unter therapeutischen Gesichtspunkten nicht für hilfreich erklärt worden. Für die Behandlung des visuellen Schwindels seien Massnahmen der vestibulären Rehabilitation mit Exposition gegenüber den als unangenehm empfundenen Reizen vorgeschlagen worden.

Unter «Beurteilung und Prozedere» wurde angegeben, die Ursache der Oszillopsien bleibe weiter ungeklärt. Sowohl im Verlaufs-MRI des Schädels vom 25. April 2016 als auch in der neuro-ophthalmologischen Konsultation im E.\_\_\_\_ vom 15. April 2016 hätten sich keine klärenden Befunde ergeben. Der Fokus sei nun auf die Therapie zu legen und eine Behandlung mit Carbamazepin zu empfehlen. Ferner wäre eine ergotherapeutische Anbindung mit der Zielsetzung der visuellen Rehabilitation und ein Fixationstraining wichtig (IV-Nr. 68).

6.10 Dem bidisziplinären (neurologischen/neurootologischen und psychiatrischen) Gutachten der C.\_\_\_\_ (im Folgenden: ), vom 17. März 2017 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 5. und 27. Oktober 2016 neurologisch (Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie), neurootologisch (Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Otorhinolaryngologie, speziell- Hals- und Gesichtschirurgie) und psychiatrisch (Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht und begutachtet wurde. Aus bidisziplinärer Sicht wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Zentral-vestibuläre Funktionsstörung (H81.4) bei: St.n. wahrscheinlicher MR-tomographisch negativer zerebraler Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet am 19.07.2015: Ätiologie: a.e. mikroangiopathisch,

klinisch-neurologisch: Oszillopsien, diskrete Koordinationsstörung, DD akzentuiert bei Dg. 2, CVRF: Dyslipidämie, chronischer Nikotinkonsum; 2. Polyneuropathie unklarer Ätiologie (G62.9): neuromyographisch Zeichen einer diskreten sensomotorischen Polyneuropathie (ENMG vom 28.10.2016); 3. Anamnestisch chronifizierte depressive Episode, dd i.R. einer rezidivierenden depressiven Episode, derzeit unter Medikation geringgradig restsymptomatisch (am ehesten abbildbar als F32.0/33.0)». Die weiteren Diagnosen (1. Aktenanamnestisch V.a. Restless legs Syndrom [G25.81]: - DD: Einschlafmyoklonien; 2. Anamnestisch / V.a. dependente und zwanghafte Persönlichkeitszüge [anamnestisch Z73.1]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der medizinischen Beurteilung aus bidisziplinärer Sicht wurde zur Diagnoseherleitung angegeben, massgebend sei die neurologisch/neurootologische Beurteilung. Es werde auf das detaillierte Fachgutachten für die detaillierte Begründung und Herleitung der Diagnose aus Anamnese und Befunden verwiesen. Die wesentliche Gesundheitsstörung sei eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung bei St.n. wahrscheinlicher MR-tomographisch negativer zerebraler Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet am 19. Juli 2015. Ätiologisch komme am ehesten eine mikroangiopathische Genese in Frage. Klinisch neurologisch finde man dazu passend Oszillopsien, eine leicht sakkardierte horizontale Blickfolge und diskrete Koordinationsstörungen (leichte Gangunsicherheit in den komplizierten Gangarten [Blindstrichgang]), DD akzentuiert im Rahmen der Polyneuropathie. Im HNO-ärztlichen Gutachten vom 12. Dezember 2016 hätten kongruent zur aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung objektiviert werden können. So habe man in der Video-Okulografie vom 8. November 2016 mit Nachweis von square waves und Upbeat-Nystagmen ohne Fixation zentrale Zeichen gefunden. Darüber hinaus sei auch die vereinzelt auftretende Sakkadierung im Eye-Tracking-Test einem zentral-vestibulären Störungsmuster zugeordnet worden. Die Gleichgewichtsanalyse habe sich ebenfalls pathologisch gezeigt, was zum einen auf die zentral-vestibuläre Funktionsstörung und zum anderen auch auf die diskrete sensomotorische Polyneuropathie zurückgeführt werden könne. Somit ergäben sich basierend auf der klinisch-neurologischen und der ergänzenden neurootologischen Untersuchung Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung als objektives Korrelat der subjektiven Beschwerden der Explorandin. Nachvollziehbar sei es aus psychiatrischer Sicht zu einer reaktiven, aktuell leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik, am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gekommen.

Im Weiteren wurde zur Darstellung und Diskussion der funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde / Diagnosen angegeben, die durch die zentral-vestibuläre Funktionsstörung verursachten Beschwerden führten zu Einschränkungen in Beruf, Alltag und Freizeit. Basierend auf den detailreichen Schilderungen der Explorandin und in Zusammenschau mit den objektivierbaren Befunden bestehe aufgrund der zentral-vestibulären Funktionsstörung insbesondere eine Behinderung im Bereich der visuellen Funktionen. Zwecks Kompensation dessen müsse eine vermehrte Anstrengung beim Studium von Schriftstücken, beim Lesen/Arbeiten am PC und beim Verfassen von Texten angenommen werden. Dies führe zum einen zu einem erhöhten Zeitbedarf und zum anderen zu einem erhöhten Pausenbedarf. Auch die von der Explorandin geschilderten okulären Symptome (Gefühl der trockenen Augen, erhöhte Lichtempfindlichkeit,

Tränenräufeln) seien am ehesten Ausdruck dieser erhöhten visuellen Ermüdung. Durch die Beschwerdeakzentuierung beim Betrachten sich bewegender Objekte, z.B. beim Zug- und Autofahren, komme es zu einer Verstärkung des Schwindels und zu begleitender Nausea. Somit nachvollziehbar und konsistent sei die Angabe der Explorandin, dass sie deshalb auf das Führen von Fahrzeugen verzichte, da Hilfstechniken (Verkleinerung des Gesichtsfeldes durch ihre Hand wie beim Zufahren) beim Führen eines PW nicht zulässig seien. Darüber hinaus führten die Oszillopsien ■ sicherlich auch akzentuiert durch die Polyneuropathie ■ zu einer leicht erhöhten Sturzneigung, insbesondere auf unebenem Gelände. Die leichte sensomotorische Polyneuropathie führe in Kombination mit der zentral-vestibulären Funktionsstörung zu einer signifikanten Sturz- und Stolperneigung, insbesondere auf unebenem Gelände und bei Reduktion oder Wegfall der visuellen Kontrolle. Aus diesem Grund könne man der Explorandin aus medizinischer Sicht keine Tätigkeiten auf unebenem Grund, das Arbeiten und Balancieren in Höhen, das Steigen auf Leitern und Gerüste und Tätigkeiten bei Dämmerlicht oder bei Dunkelheit zumuten. Sowohl ein etwaiges Restless legs Syndrom als auch benigne (Einschlaf-)Myoklonien führten zu keiner relevanten Behinderung, die sich quantitativ oder qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

Zur Darstellung / Diskussion individueller Belastungsfaktoren und Ressourcen (soz. Kontext) wurde angegeben, die Explorandin werde ihrem Selbstbericht zufolge durch ihren Ehemann in jeder Hinsicht gut unterstützt, was als Ressource gewertet werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei die persistierende neurologische Symptomatik als ein Belastungsfaktor zu werten.

Sodann wurde dargelegt, in der aktuellen Untersuchung liessen sich keine relevanten Persönlichkeitsfaktoren ausreichend sicher feststellen. In den psychiatrischen Vorbeurteilungen bzw. Berichten aus den Jahren 2008 bis 2010 seien wiederholt abhängige und zwanghafte Persönlichkeitszüge (nicht auf Störungsniveau) beschrieben worden. Diese könnten unter den damaligen Belastungen (beruflich, familiär, mit Ehemann, Loslösung der Tochter etc.) akzentuiert gewesen sein, ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Ausmass bestehe zurzeit aber nicht. Die Konsistenzprüfung ergab, in der Zusammenschau aus Aktenlage, den Angaben der Explorandin und den objektivierbaren klinisch-neurologischen, neurootologischen und psychiatrischen Untersuchungsbefunden seien keine Hinweise für relevante Inkonsistenzen festzustellen. Ebenso wenig habe man Hinweise gefunden für eine etwaige Aggravation oder gar Simulation der Explorandin. Zu abweichenden Einschätzungen wurde ausgeführt, es seien keine relevanten Abweichungen bezüglich Diagnose, Einschätzung des Schweregrades oder der funktionellen Auswirkungen gegenüber den Vorbeurteilungen festzustellen. In psychiatrischer Hinsicht habe der Hausarzt ca. 2008/2009 eine posttraumatische (Belastungs-)Störung vermutet, wobei diese Diagnose schon im fachpsychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ im Jahr 2010 verworfen worden sei. Dieser Einschätzung schliesse man sich an.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, vom 19. bis 31. Juli 2015 habe aufgrund der anzunehmenden Hirnstammischämie eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden. In der retrospektiven Gesamtschau gälten folgende Angaben zur Arbeitsfähigkeit ab 1. August 2015: Bezogen auf ein 100%-Pensum sei die Explorandin aktuell aufgrund der zentral-vestibulären Funktionsstörung und der damit verbundenen erhöhten (visuellen) Ermüdbarkeit mit vermehrtem Zeit- und Pausenbedarf zu 60 % in ihrer letzten beruflichen Tätigkeit als Heilpädagogin arbeitsfähig. Der im Umfang von 40 % zu bemessende erhöhte Zeit- und Pausenbedarf begründe sich dadurch, dass die Explorandin in

ihrer Tätigkeit in einer Kleinklasse durch die Tafelarbeit, das Kontrollieren dessen, was die Schüler in ihre Hefte notierten, durch die Vor- und Nachbereitung der Unterrichtseinheiten und durch das damit verbundene konzentrierte Lesen und Schreiben schnell ermüde und aufgrund der erschwerten visuellen Fixation mehr Zeit zum Lesen bzw. Schreiben eines Schriftstücks benötige.

Das Anforderungsprofil eines dem Leiden optimal angepassten Arbeitsplatzes sollte im Verhältnis 1 : 4 aus Tätigkeiten am PC, Schreib- und Lesearbeiten (25 %) und vorwiegend aus Tätigkeiten ohne Lese-/Schreibanforderungen (75 %) bestehen. Vor dem heilpädagogischen Hintergrund wären gegebenenfalls beratende oder supervidierende Tätigkeiten ohne aufwändige Dokumentationsvorgaben von Vorteil. Aus neurologischer Sicht könne der Explorandin eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zugemutet werden. Die Tätigkeit könne sowohl im Sitzen, Stehen und Gehen ausgeübt werden, wobei im Stehen und Gehen ausgeführte Tätigkeiten nachfolgenden qualitativen Einschränkungen genügen müssten: Die leichte sensomotorische Polyneuropathie führe in Kombination mit der zentral-vestibulären Funktionsstörung zu einer signifikanten Sturz- und Stolperneigung, insbesondere auf unebenem Gelände und bei Reduktion oder Wegfall der visuellen Kontrolle. Aus diesem Grund könne man der Explorandin aus medizinischer Sicht keine Tätigkeiten auf unebenem Grund, das Arbeiten und Balancieren in Höhen, das Steigen auf Leitern und Gerüste und Tätigkeiten bei Dämmerlicht oder bei Dunkelheit zumuten. Sofern solche Anforderungen am leidensadaptierten Arbeitsplatz erfüllt seien, könne der Explorandin aus neurologischer Sicht nachfolgendes zeitliches Präsenz- und qualitatives Leistungsvermögen zugemutet werden: Aus neurologisch-neurootologischer Sicht bestehe bei der Explorandin in leidensadaptierter Tätigkeit eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Reduktion um 20 % in leidensadaptierter Tätigkeit begründe sich mit der erhöhten visuellen Ermüdbarkeit aufgrund der Oszillopsien, die ständig, auch an einem optimal angepassten Arbeitsplatz, vorhanden seien. Nach inzwischen knapp 1.5 Jahren seit Erstauftreten der Symptome und bei erst am 30. Mai 2016 eingeleiteter spezifischer rehabilitativer Therapie sei noch nicht von einem stabilen Endzustand auszugehen. Es dürfe unter konsequenter Fortführung der ergotherapeutischen Massnahmen von einer weiteren Besserung im Sinne einer Gewöhnung an die visuelle Störung ausgegangen werden. Ausserdem sollten, da der subjektive Leidensdruck hoch erscheine, auch medikamentöse Massnahmen, wie nachfolgend diskutiert, erwogen werden. Entsprechend sei ein Berufswechsel (aus dem gut qualifizierten angestammten Tätigkeitsbereich) zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll.

Zu den Therapieoptionen und Eingliederungsmassnahmen wurde im Wesentlichen angegeben, grundsätzlich sei die Behandlung von Augenmotilitätsstörungen und pathologischem Nystagmus schwierig und fordere einen multimodalen Therapieansatz. Zum einen seien die eben erwähnten Rehabilitationsmassnahmen, welche die Explorandin seit dem 30. Mai 2016 bis dato durchführe, ein wichtiger Baustein, zum anderen könnten bei manchen Patienten auch medikamentöse Massnahmen helfen. Das Ansprechen auf die Medikation sei unterschiedlich und Nebenwirkungen könnten aufgrund des zentral-nervösen Wirkungsansatzes auftreten. Eine fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könnte zu einer weiteren Besserung der Depressivität bzw. insgesamt einer psychischen Stabilisierung, auch bezüglich der vorbeschriebenen Persönlichkeitszüge, beitragen. Die Prognose sei eher günstig. Es sei noch von einem weiteren Besserungspotential der Oszillopsien bzw. von einer zunehmenden Gewöhnung an diese im

weiteren Verlauf auszugehen. Darüber hinaus seien die medikamentösen Massnahmen noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft und sollten in einem hierfür spezialisierten Zentrum (Neurologie) evaluiert werden. Abschliessend wurde festgehalten, die Schlussfolgerungen dieses Gutachtens seien zwischen den unterzeichnenden Gutachtern konsensual interdisziplinär erarbeitet und besprochen worden (IV-Nr. 78.1).

6.11 Der Hausarzt, Dr. med. D.\_\_\_\_, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. April 2017 zum oben wiedergegebenen Gutachten im Wesentlichen fest, die durchgeführten medizinischen (psychiatrischen, neurologischen und neurootologischen) Untersuchungen seien als seriös und ausreichend anzusehen. Die Ergebnisse mit Nachweis von Square-Waves und Upbeat-Nystagmen sowie sakkadierten Augenfolgebewegungen bestätigten den zentral-vestibulären Schaden, welcher auf die Ischämie im Hirnstamm zurückzuführen sei, sowie die von der Patientin geschilderten Sehstörungen (Oszillopsien), was in den bisherigen Untersuchungen nicht gelungen sei. Insofern sei die Patientin froh, dass sie nun eine Bestätigung für ihre Beschwerden bekommen habe und nicht mehr das Gefühl haben müsse, als Simulantin (gemäss Patientin) hingestellt zu werden. Es seien zwei Punkte hervorzuheben: die bisherige und die empfohlene Therapie sowie die Arbeitsbeschreibung als Heilpädagogin. Im Gutachten werde erwähnt, dass bisherige rehabilitative Massnahmen ungenügend ausgeschöpft worden seien. Dem sei zu widersprechen. Bereits anlässlich der Hospitalisation nach der erlittenen Hirnstammischämie sei eine Physiotherapie begonnen worden, welche über viele Monate fortgeführt worden sei. Haupttherapieziele seien die Koordination und das Gehen gewesen. Einige Monate später sei eine ergotherapeutische Therapieaufnahme veranlasst worden, welche quasi über das ganze Jahr 2016 einmal pro Woche durchgeführt worden sei mit den im Gutachten genannten Therapiezielen. Zusammengefasst sei diese Therapie aber erfolglos gewesen. Ebenfalls sei ein medikamentöser Therapieversuch mit mittelhoch dosiertem Tegretol (Carbamazepin) auf Empfehlung des behandelnden Neurologen am G.\_\_\_\_ durchgeführt worden, ohne jeglichen Erfolg. Die im Gutachten erwähnten medikamentösen Therapien seien rein experimentell und für diese Indikation nicht zugelassen.

Im Weiteren führte der Hausarzt aus, im Rahmen ihrer Tätigkeit als Heilpädagogin / Lehrerin sei die Patientin in vielfacher Hinsicht komplett auf den PC angewiesen. Jede Lektion werde am PC vorbereitet, die Abläufe halte man auf dem PC fest und Arbeitsblätter erstelle man am PC. Lernberichte der Kinder halte man ebenfalls nur elektronisch fest. Selbst die von den Begutachtern erwähnte Supervision erfolge mittels schriftlichem Protokoll bzw. schriftlicher Korrespondenz via PC. Eben diese PC-Arbeiten seien für die Patientin aufgrund der Oszillopsien (Sehstörung) zu 99 % unmöglich, bereits nach 5 Sekunden Blick auf einen Monitor komme es zum Zucken / Verschieben der Texte, weshalb die Patientin nicht fähig sei, auch nur eine Zeile am PC zu lesen. Etwas länger könne maximal ein Bild an einem Monitor angesehen werden. Selbst karierte oder gestreifte Muster auf den Kleidern der Kinder, welche sich im Schulzimmer bewegten, seien offenbar für die Patientin äusserst störend und ermüdend, was sie anlässlich vielfachen Schnupperstunden bei Kolleginnen innerhalb der letzten Wochen und Monate schmerzlich habe erfahren müssen.

Zusammenfassend hielt der Hausarzt fest, die Schlussbeurteilung könne hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit als Heilpädagogin / Lehrerin mit den Gutachtern nicht geteilt werden. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit sei viel zu hoch eingeschätzt worden. Bezüglich der Prognose sei er pessimistisch. Es sei nicht davon auszugehen, dass nach bald zwei Jahren noch eine

erhebliche neurologische Verbesserung zu erwarten sei, und dies sicher nicht mit den erwähnten Medikamenten, welche einerseits bei Spastik, vor allem bei multipler Sklerose, andererseits bei Alzheimer-Demenzen indiziert seien. Vielmonatige physio- und ergotherapeutische Bemühungen hätten am aktuellen Zustand keinerlei Verbesserungen erzielen können (IV-Nr. 80).

6.12 Die neurologische C.\_\_\_\_-Gutachterin äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 26. Juni 2017 dahingehend, die im neurologischen Gutachten angesprochene Option einer Therapie mit den vorgeschlagenen Medikamenten sei lediglich als Anregung empfohlen worden, die Evaluation der konkreten Therapie bleibe dem behandelnden Neurologen überlassen. Im Weiteren seien in der neurologischen Begutachtung die von der Explorandin geschilderten visuellen Einschränkungen bei ihrer Arbeit und im Alltag anamnestisch erhoben worden (S. 3 f. des neurologischen Fachgutachtens). Die Anforderungen des Arbeitsplatzes seien gewürdigt worden und in die Begutachtung eingegangen. Die von den Gutachtern postulierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin und 80 % in leidensangepasster Tätigkeit sei unter Einbezug und Würdigung aller Aspekte ermittelt worden. Es bestehe daher kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (IV-Nr. 84).

6.13 Die RAD-Ärztin, Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2017 fest, sie sei mit der Beurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter einverstanden. Nach einer umfassenden Darstellung der Aktenlage und einer ausführlichen Anamnese- und Befunderhebung könne die medizinische Beurteilung der Gutachter mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar übernommen werden. Die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ sei den Gutachtern vorgelegt worden. Sie enthalte keine neuen Gesichtspunkte, jedoch Anmerkungen zur bisherigen Therapie und zur Arbeitsbeschreibung als Heilpädagogin. Diese Anmerkungen seien von den Gutachtern zur Kenntnis genommen worden, hätten jedoch keinen Einfluss auf deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehabt. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Vom 19. bis 31. Juli 2015 habe aufgrund der anzunehmenden Hirnstammischämie eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden. Ab 1. August 2015 sei von der oben beurteilten Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen. Nach einer 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2015 könne die Versicherte in einer angepassten Verweistätigkeit zu 80 % tätig sein. Im haushaltlichen Bereich sei von keiner Einschränkung auszugehen. Bei Haushaltarbeiten könne die Versicherte ihre Tätigkeiten und auch die Erholungspausen vollumfänglich einteilen, sodass sich keine Einschränkung ergebe (IV-Nr. 86).

6.14 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, in ihrer Stellungnahme vom 11. September 2017 dahingehend, die Einschränkungen im Alltag sowie im Beruf seien bereits in der neurologischen gutachterlichen Stellungnahme der Anamneseerhebung (S. 3 ff.) beschrieben und ausreichend berücksichtigt und gewürdigt worden. Sie hätten daher keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Vom 19. bis 31. Juli 2015 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab 1. August 2015 sei die Arbeitsfähigkeit als Heilpädagogin auf 60 % und diejenige in einer angepassten Verweistätigkeit auf 80 % festzusetzen. Ergänzende Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 91).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung (z.B. des Gesundheitsschadens durch den Arzt; der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit; der Erwerbsunfähigkeit durch Verwaltung oder Richter usw.) eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG dar. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben; prozessentscheidend ist somit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat. Dieser Grundsatz gilt sinngemäss auch im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 433 f. Rz. 51 ff. mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte

Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert

eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 5. Mit vorliegend zu beurteilender Beschwerde wird geltend gemacht, dem von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens veranlassten bidisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_, vom 17. März 2017 komme kein Beweiswert zu, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert, deren Arbeitsfähigkeit sei nicht korrekt festgesetzt worden und berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zu Unrecht verweigert worden. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 16. September 2011 (IV-Nr. 48) zu Grunde lag: 5.1 Gemäss dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 wurde die Beschwerdeführerin am 15. November 2010 untersucht und begutachtet. Die diagnostische Beurteilung lautet wie folgt: «Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10: F32.00; akzentuierte abhängige und anankastische Persönlichkeitszüge, ICD-10: Z73.1». Eine psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht gestellt. Im Rahmen der Zusammenfassung und diagnostischen Beurteilung wurde angegeben, die Explorandin sei als zweite von zwei Schwestern in einem Dorf im Kanton [...] aufgewachsen. Den frühen Tod des Vaters, als sie selbst fünf Jahre alt gewesen sei, habe sie als sehr schlimm erlebt. Anschliessend habe sie eine schwierige Zeit durchgemacht, in welcher sie die Mutter nicht aus den Augen gelassen habe, aus Angst, diese ebenfalls zu verlieren. Ihre Kindheit sei von Armut geprägt gewesen. Nach dem Besuch der Primar- und Bezirksschule habe sie das Lehrerseminar absolviert, später die Ausbildung zur Heilpädagogin. Bis zu ihrer Schwangerschaft habe sie in verschiedenen Stellen zu 100 %, später in Teilzeitpensen gearbeitet. Zuletzt habe sie an zwei verschiedenen Arbeitsstellen für drei verschiedene Arbeitgeber in einem Pensum von knapp 75 Prozent (23 Wochenlektionen) gearbeitet. Die Explorandin selbst führe ihre depressive Entwicklung auf das Zusammenkommen mehrerer Belastungsfaktoren zurück, wie Konflikte mit der Schulkommission, die Hausdurchsuchung wegen Konsum von kinderpornographischen Bildern durch den Ehemann und mehrere Autounfälle. Im November 2008 sei die Explorandin von ihrem Hausarzt krank geschrieben worden. Ihre drei Arbeitsverträge habe sie selbst gekündigt. Unter der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche auch verschiedene Antidepressiva umfasst habe, sei es zu einer fluktuierenden und schliesslich anhaltenden Besserung der Symptomatik gekommen. Seit August 2009 arbeite die Explorandin in unterschiedlichen Teilzeitpensen. Mit dem vorübergehenden 50%-Pensum sei sie erneut an ihre Grenzen geraten. Mit ihrem gegenwärtigen Pensum von 12 Wochenlektionen (ca. 41 Stellenprozente) fühle sie sich mehr als ausgelastet. Diagnostisch handle es sich um eine Komorbidität einer leichten depressiven Episode und akzentuierter Persönlichkeitszüge. Nach einer anfänglich

zumindst mittelgradigen depressiven Symptomatik sei mittlerweile nur noch eine leichtgradig depressive Symptomatik festzustellen. An depressiven Symptomen finde man eine leichtgradige depressive Niedergeschlagenheit, eine gesteigerte Ermüdbarkeit, subjektive Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Einschlafstörungen und einen leichten sozialen Rückzug. Eine Freudlosigkeit, ein verminderter Antrieb, Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle, eine psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, eine ausgeprägte Appetitverminderung mit Gewichtsverlust hingegen seien nicht festzustellen. Die subjektiven Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hätten im Rahmen der dreistündigen Untersuchung nicht objektiviert werden können. Der Gewichtsverlust der letzten Zeit sei intentional. Somit seien die diagnostischen Kriterien einer leichtgradig depressiven Störung gemäss ICD-10 erfüllt. Im Weiteren führte die Gutachterin aus, die Persönlichkeit der Explorandin sei durch eine abhängige Beziehungsgestaltung gekennzeichnet. Bereits nach dem frühen Tod ihres Vaters habe sie eine Phase von ängstlicher Anklammerung an ihre Mutter durchgemacht, verbunden mit erhöhten Verlustängsten. In den Unterlagen werde die enge Beziehungsgestaltung zu Ehemann und Tochter der Explorandin deutlich, von welchen die Explorandin bis Sommer 2009 nie länger getrennt gewesen sei. Einen stationären Aufenthalt habe sie mit dem Hinweis abgelehnt, dass sie für ihre erwachsene Tochter da sein wolle. Der Auszug der Tochter aus dem Elternhaus sei ihr sehr schwer gefallen. Ferner bestünden Schwierigkeiten, sich für die eigenen Bedürfnisse einzusetzen und sich gegenüber Forderungen Dritter abzugrenzen. Die Explorandin zeige ein überangepasstes Verhalten, verbunden mit einer gewissen Suggestibilität gegenüber Autoritätspersonen. Sie habe geschildert, dass sie ungern für sich selbst kämpfe und keinen Streit möge. Ihre Arbeitsstellen habe sie unter Druck von Seiten des Arbeitgebers gekündigt. Während der aktuellen Untersuchung habe sie sich sehr bemüht bis überangepasst gezeigt, die Fragen korrekt zu beantworten und habe sich mehrfach für ihr Zuspätkommen entschuldigt. Die Explorandin lege grossen Wert auf Genauigkeit und stelle hohe Leistungsanforderungen an sich selbst. Auch von ihrem behandelnden Psychiater sei sie als gewissenhaft, angepasst und korrekt beschrieben worden. Diese akzentuierten Persönlichkeitszüge nähmen nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung an, welche eine Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen erfordere. Die leicht erhöhte Anzahl von Stellenwechseln der Explorandin sei bedingt durch die Art ihrer Arbeit, welche häufig mit niedrigen Teilzeitpensen an verschiedenen Arbeitsorten verbunden sei. Es habe sich kein Hinweis auf vermehrte Arbeitskonflikte ergeben. Bis Sommer 2008 habe die Explorandin eine stabile und enge Ehebeziehung geführt. Zur Bedeutung der sogenannten psychosozialen Belastungsfaktoren führte die Gutachterin aus, die Ausdrücke psychosoziale Belastungsfaktoren oder Belastungssituationen finde man bereits in den Diagnosestellungen des Hausarztes in seinen Berichten vom Februar und April 2009. Als Belastungssituation führe Dr. med. D. \_\_\_ die Hausdurchsuchung wegen Konsum kinderpornographischer Bilder des Ehemannes der Explorandin bzw. eine anfänglich erhebliche Beziehungsproblematik mit dem Ehemann an. Entsprechend den Angaben des Hausarztes und des Psychiaters habe sich die Beziehungsproblematik im Verlauf deutlich gebessert. Mit der Erkenntnis, dass der Ehemann pornographische Bilder konsumiert habe, sei die Ehe der Explorandin zunächst in Frage gestellt gewesen. Infolge ihrer abhängigen Persönlichkeitsstruktur stelle ein solches drohendes Verlusterlebnis eine existentielle Bedrohung für die Explorandin dar. Die Ressourcen und Copingstrategien für den Umgang mit einer solchen Situation seien persönlichkeitsbedingt deutlich reduziert. Insofern handle

es sich bei den geschilderten psychosozialen Belastungsfaktoren nicht um ursächliche Faktoren. Die nachfolgende Krankheitsentwicklung und verzögerte Besserung der Symptomatik könne nur im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur der Explorandin verstanden werden. Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung und Stellungnahme zu divergierenden Diagnosen anderer Ärzte sei festzuhalten, dass der Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_ u.a. die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stelle, ohne diese näher zu begründen. Eine PTBS liege hingegen eindeutig nicht vor. In der Biographie der Explorandin finde sich kein Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, welches bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Die polizeiliche Hausdurchsuchung erfülle diese Kriterien nicht. Die Reaktion der Explorandin auf diese Ereignisse sei vielmehr, wie geschildert, nur im Zusammenhang mit ihrer Persönlichkeitsstruktur und somit erhöhten Vulnerabilität erklärbar. Auch die für die Diagnosestellung einer PTBS erforderliche Klinik mit Flashbacks/Nachhallerinnerungen, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, etc. fehle vollständig. Die Explorandin habe das Vorliegen eines Schlaf-Apnoe-Syndroms geschildert. Unter Behandlung habe sich eine Besserung ergeben. Laut den Ärzten bestehe kein Handlungsbedarf. Es sei wenig wahrscheinlich, dass ein Schlaf-Apnoesyndrom (SAS) von einem Schweregrad bestehe, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Bei einer solchen wäre eine seit dem Aufstehen bestehende erhöhte Tagesmüdigkeit und nicht eine im Laufe des Tages zunehmende, belastungsabhängige Müdigkeit zu erwarten, wie sie die Explorandin schildere. Zudem spreche die situationsabhängig gute körperliche Belastbarkeit der Explorandin im Rahmen ihrer Wanderungen gegen ein ausgeprägtes SAS. Zur genaueren Beurteilung wäre eine polysomnographische Verlaufskontrolle nach erfolgter Behandlung notwendig. Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf äusserte sich die Gutachterin dahingehend, in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (bezogen auf ein Vollzeitpensum). Bei einem gleichmässig über die Wochentage verteilten, zumutbaren 70%-Pensum bestehe dabei eine leichte Leistungsminderung mit einer resultierenden Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 %. Zwischen den Arbeitseinsätzen bestehe eine Notwendigkeit zur Erholung. Die Minderung der Arbeitseinsätze sei bedingt sowohl durch die depressiven Symptome, insbesondere die erhöhte Ermüdbarkeit, Aufmerksamkeitsstörung und Umstellungserschwerens der Explorandin, als auch durch ihre persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten wie reduziertes Abgrenzungsvermögen und erhöhte Leistungsanforderungen gegenüber sich selbst. Die genaue und korrekte Arbeitsweise der Explorandin erfordere einen erhöhten Zeit- und Energieaufwand. Die subjektive Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin sei angesichts der Schilderung ihrer anstrengenden Freizeitaktivitäten (beispielsweise 28 km lange Wanderung, insgesamt vier Ferienreisen im Jahr 2009, auch wenn diese auf Empfehlung des Hausarztes durchgeführt worden seien) nicht nachvollziehbar. Auch die Angabe der Explorandin, sich zwischenzeitlich «tipp topp» gefühlt und deswegen ihr Antidepressivum abgesetzt zu haben, spreche gegen einen ausgeprägten Leidensdruck und eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Die derzeitige 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe seit ca. April 2010; bereits zuvor habe die Explorandin ein 50%-Pensum bewältigen können. In der Versorgung eines Zweipersonenhaushaltes mit der Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung hingegen bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Minderung der Leistungsfähigkeit. Zur Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten hielt die Expertin fest, Tätigkeiten mit geringeren Anforderungen bezüglich Abgrenzungsvermögen und emotionaler Belastbarkeit, d.h. ohne

einen engen Kontakt mit Schülern oder anderen Klienten, sowie mit extern vorgegebener, umrissener Aufgabenstellung, geringeren Anforderungen an Entscheidungsfindung und Multitasking, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von ca. 80 %. Die Stellungnahme zu divergierenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen anderer Ärzte lautete dahingehend, sowohl der Hausarzt als auch der behandelnde Psychiater der Explorandin seien zu Beginn vom baldigen Wiedererreichen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Explorandin in ihrer angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin ausgegangen. Bei den in der Folgezeit bescheinigten Arbeitsfähigkeiten entstehe der Eindruck, dass sich die Beurteilungen überwiegend auf die subjektiven Angaben der Explorandin gestützt und an dem jeweiligen Arbeitspensum der Explorandin orientiert hätten, und nicht umgekehrt. So bescheinige der Hausarzt der Explorandin in seinem Bericht vom April 2010 etwa eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. August 2009 bzw. bezeichne das damalige Arbeitspensum von 43 % als Maximum. Dr. med. D.\_\_\_\_ stelle fest, dass andere Tätigkeiten der Explorandin nicht zumutbar seien, ohne dies zu begründen. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. F.\_\_\_\_, bescheinige der Explorandin eine «73 1/3prozentige Arbeitsunfähigkeit» vom 1. August bis 30. November 2009. Anschliessend habe die Explorandin über zwei Monate ein 50%-Pensum absolviert, wobei sie gemäss ihren Angaben an ihre Grenzen gekommen sei. In seinem Bericht vom Mai 2010 schreibe Dr. med. F.\_\_\_\_, dass die bisherige Tätigkeit mit acht Schulstunden pro Woche zumutbar und offen sei, ob die Patientin die ab Sommer 2010 geplanten 12 Stunden auf Dauer leisten könne. Dies stehe in Widerspruch zu dem im gleichen Bericht beschriebenen Absetzversuch der antidepressiven Medikation und des homöopathischen Behandlungsversuchs und zu den im gleichen Bericht beschriebenen Fortschritten der Explorandin. Zu den medizinischen Massnahmen wurde angegeben, die ambulante psychiatrische Behandlung einschliesslich antidepressiver Medikation sollte fortgeführt und die antidepressive Medikation langfristig eingenommen werden. Auch wenn sich kein Hinweis auf eine Malcompliance der gewissenhaften Explorandin in Bezug auf die Einnahme ihrer antidepressiven Medikation ergeben habe, sollten gelegentliche Spiegelkontrollen eine ausreichende Wirkstoffkonzentration des Antidepressivums sichern. Falls nicht bereits geschehen, sei eine Bestimmung der Schilddrüsenhormone zum Ausschluss einer Hypothyreose indiziert. Unter Fortführung dieser Behandlung sei eine weitere Besserung der depressiven Symptomatik und somit auch der Arbeitsfähigkeit der Explorandin möglich. Berufliche Massnahmen seien angesichts der vorhandenen Arbeitsfähigkeit, welche nicht weit vom ursprünglichen Arbeitspensum der Explorandin von knapp 75 % entfernt liege, und angesichts des bisherigen Verlaufs nicht indiziert. Das Erreichen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht realistisch. Die Explorandin habe trotz und mit ihren akzentuierten Persönlichkeitszügen über mehrere Jahre zu 100 % und später zu 75 % gearbeitet. Angesichts des mittlerweile nur noch leichten Schweregrades der depressiven Symptomatik und der vorhandenen Arbeitsfähigkeit sei ein stationärer Aufenthalt mittlerweile nicht mehr indiziert (IV-Nr. 42).

5.2 Dem Bericht der Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin () vom 16. Mai 2011 über die Abklärung im Haushalt vom 11. Mai 2011 kann im Wesentlichen entnommen werden, die Versicherte berichte, dass es ihr schon besser gegangen sei als in den letzten drei Wochen. Sie könne zu wenig schlafen, komme morgens nicht aus dem Bett und sei tagsüber müde. Sie zittere viel mehr und das Kopfweh sei wieder mehr oder weniger stark. Es habe anfangs Jahr angefangen und sich während der letzten drei Wochen verstärkt. Sie müsse oft weinen. Dr. med. F.\_\_\_\_ erkläre die Situation mit der sich verändernden

schulischen Situation. Sie unterrichte aktuell im Kindergarten. Im Sommer müsste sie mit einem jetzt betreuten Kind in die erste Klasse wechseln. Erste Klasse habe sie noch nie gegeben, was sie beschäftige. Der Grund für die Veränderung in der Schule sei, dass zu wenig Heilpädagoginnen zur Verfügung stünden; so müsse der Kindergarten zurückstehen. Die Gallensteinoperation im November 2010 sei gut verlaufen. Das Essen gehe gut. Die Therapie bei Dr. med. F.\_\_\_\_ habe zuletzt vierzehntäglich, vorher wöchentlich stattgefunden. Die Versicherte lenke ihr Auto selber; ein Fahrrad habe sie nicht mehr. Seit dem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ im November 2010 seien keine neuen Leiden hinzugekommen. Zum Status wurde angegeben, ohne Behinderung würde die Versicherte einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Gemäss dem Protokoll vom 12. März 2009 würde das Wunschpensum ohne Behinderung 20 Lektionen (zwischen 60 und 66 2/3 %) betragen. Das Totalpensum belaufe sich auf 22 Lektionen oder 73 bis 74 %. Die Erwerbssituation ohne Gesundheitsschaden sei während der Abklärung thematisiert worden. Die Versicherte berichte, dass dies im ersten Gespräch so gewesen sei mit den 20 Lektionen. Danach sei die Tochter ausgezogen und sie wäre gerne bei 22 Lektionen geblieben oder hätte sogar noch ein oder zwei Lektionen mehr gemacht. Irgendwann wolle sie ein solches Pensum wieder ausüben können. Nach den Gründen gefragt habe die Versicherte angegeben, die Tochter koste seither mehr und sie komme nicht mehr tagtäglich und «plappere sie voll». Sie sei auch vorher nie die perfekte Hausfrau gewesen und habe gerne Schule gegeben. Sie habe wegen der Tochter reduziert, als diese in die Schule gekommen sei. Obwohl diese schon über 20-jährig gewesen sei, sei sie sehr mitteilungsbedürftig gewesen und habe jeweils von morgens bis abends alles erzählt. Einen Arbeitsplatz zu finden wäre überhaupt nicht schwierig, da es zu wenige Heilpädagogen gebe. Entgegen der früheren Angaben hätte sie 20 bis 24 Lektionen gearbeitet, je nach Arbeitssituation. Nach dem Vorlesen habe die Versicherte bestätigt, dass dies korrekt verstanden worden sei. Das Vollpensum beinhalte 29 Lektionen. Diese Angaben seien glaubhaft und nachvollziehbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte die Versicherte ohne Gesundheitsschaden in einer Bandbreite von 20 bis 24 Lektionen, je nach Schule und Situation, weiter als Heilpädagogin unterrichtet. Ein durchschnittliches Pensum von 22 Lektionen entspreche gerundet 76 %. Der Status laute demnach wie folgt: 76 % Erwerb, 24 % Haushalt. Zu den bisherigen Arbeitsverhältnissen wurde ausgeführt, der letzte effektive Arbeitstag in der Gemeinde [...] sei der 17. November 2008 gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei durch die Versicherte per Ende Schuljahr 2009 wegen häufiger Ausfälle aufgelöst worden. Der letzte Arbeitstag in der Gemeinde [...] sei ebenfalls der 17. November 2008 gewesen. Die Kündigung der Stelle sei durch die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen per 31. Juli 2009 erfolgt. In der Gemeinde [...] habe die Explorandin insgesamt 17 Lektionen gearbeitet, wobei sie für zwei Lektionen beim Kanton angestellt gewesen sei. Per Ende Schuljahr 2008/2009 habe die Versicherte ihre Anstellungen gekündigt. Die Ausfälle hätten den Einsatz von Stellvertretungen schwierig gemacht. Im Gegenzug habe das Schul-inspektorat ihr die Anstellung in [...] verschafft. Ab Schuljahr 2010/2011 bestehe nun ein unbefristeter Arbeitsvertrag für 12 Lektionen. Bei den einzelnen Haushaltsverrichtungen (Haushaltführung, Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen, Wäsche und Kleiderpflege, Betreuung von Kindern oder anderen Familienangehörigen, Verschiedenes) wurden keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bzw. Behinderungen festgestellt (IV-Nr. 46). 6. Demgegenüber präsentiert sich der aktuelle medizinische Sachverhalt wie folgt:

#### **E. 4**

Das Erziehungs-Departement des Kantons Solothurn sei gerichtlich anzufragen, in welchem Umfang in Prozenten eine kantonale Heilpädagogin im Verhältnis zu einem 100%-Pensum auf die Verrichtung von visuellen Tätigkeiten (PC, Papier und Wandtafel) angewiesen ist und ob die Versicherte in «Einzelbetreuungen, Kleinst- oder Teilgruppen» eingesetzt werden kann, wie dies gutachterlicherseits von der C.\_\_\_\_ empfohlen wurde (Beweisgegenstand: Arbeitstätigkeit der Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin).

## **E. 5**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

## **E. 6**

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

### **E. 6.1**

6.1.1 Vom 19. bis 24. Juli 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im G.\_\_\_\_ auf. Die Hauptdiagnosen lauteten wie folgt: «Drehschwindel nach links mit/bei 1. DD Kleinhirn-/Hirnstammischämie unter Detektionsgrenze DD Gefässschlinge im Bereich ICA; 2. CT Schädel 19.07.15: keine Ischämie, keine Blutung, keine Sinusvenenthrombose; 3. MRT Schädel am 21.07.2015: keine frische Ischämie. Gefässschlinge im Bereich ICA links; 4. Neurovaskulärer Ultraschall vom 20.07.2015: keine höhergradige Stenose. Unauffälliges Flussprofil; 5. Holter EKG vom 21.07.2015: Grundrhythmus: Sinusrhythmus; Respiratorische Alkalose bei Hyperventilation unklarer Ätiologie; 6. DD Nikotinentzug, DD zentrale Genese mit/bei 7. Thoraxschmerzen links, negative Herzenzyme, keine ST-Streckenveränderungen; 8. aBGA vom 23.07.2015: respiratorische Partialinsuffizienz; 9. cvRF: Nikotinabusus, pos. Familienanamnese, Dyslipidämie; Hypokaliämie,

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin trat auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 11. Dezember 2015 (IV-Nr. 50) ein und lehnte deren Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund ihrer medizinischen Abklärungen mit Verfügung vom 24. Oktober 2017 im Wesentlichen mit der Begründung ab, seit der rechtskräftigen Verfügung vom 16. September 2011 seien keine wesentlichen Änderungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin feststellbar. Aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Heilpädagogin weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor, sei grundsätzlich kein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen. Es bleibe somit unverändert bei einem Invaliditätsgrad von 16 %. Gemäss der Stellungnahme des RAD seien mit dem Einwand keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden. Die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Alltag sowie im Beruf seien im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. März 2017 ausführlich beschrieben und genügend berücksichtigt worden (IV-Nr. 92; A.S. 1 f.).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, dem C.\_\_\_\_-Gutachten komme kein Beweiswert zu, weil die entscheidungswesentlichen Fragen von den Gutachtern nicht beantwortet worden seien. Es fehle an einer umfassenden und rechtsgenügenden

Abklärung des Sachverhalts, weshalb die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen sei (Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 7; A.S. 13 f.).

7.2 Das I.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. März 2017 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Psychiatrie», «Neurologie» sowie «Neurootologie». Die Durchführung einer bidisziplinären medizinischen (neurologischen und psychiatrischen) Begutachtung wurde dem Beschwerdeführer am 11. August 2016 mitgeteilt (IV-Nr. 71) und in der Folge mit einer HNO-Begutachtung ergänzt (vgl. IV-Nr. 74 ff.). Gegen die ausgewählten Fachdisziplinen, die Gutachterstelle oder die einzelnen Gutachter wurden von der Beschwerdeführerin keine Einwände erhoben. Sodann wurden die angegebenen Beschwerden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung miteinbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der Begutachtungen wiedergegeben. Das Gutachten trägt die Unterschrift der beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangen sie zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das I.\_\_\_\_-Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht (vgl. E. II. 4. hiervor). Von der gutachterlichen Beurteilung ist somit auszugehen, falls nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit sprechen (vgl. E. II. 4.3 hiervor), was es nachfolgend zu prüfen gilt. Solche Indizien könnten sich namentlich aus abweichenden ärztlichen Stellungnahmen oder aus den durch die Beschwerdeführerin erhobenen Einwänden ergeben.

## **E. 8**

8.1 Eine abweichende Beurteilung findet sich in der Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 5. April 2017 (E. II. 6.11 hiervor). Der Hausarzt bezeichnet die durchgeführten Untersuchungen als seriös und ausreichend, wendet sich also nicht gegen die eigentliche medizinische Abklärung. Soweit er sich zur Zweckmässigkeit der durchgeführten Therapie und zur Prognose äussert, handelt es sich um Abweichungen vom Gutachten, welche im vorliegenden Zusammenhang nicht direkt entscheidend sind. Die Arbeitsplatzbeschreibung beschlägt keine medizinische Frage und fällt daher weder in den Zuständigkeitsbereich der Gutachter noch in jenen von Dr. med. D.\_\_\_\_. Die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bildet keinen Aspekt, der den Experten entgangen und im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben wäre (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Die Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vermag daher die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Feststellungen, soweit sie medizinische Elemente beschlagen, nicht infrage zu stellen. Die wesentlichen Einwände werden zudem in der ergänzenden Stellungnahme der neurologischen Teilgutachterin vom 26. Juni 2017 (E. II. 6.12 hiervor) entkräftet.

8.2 Die RAD-Ärztinnen Dr. med. O.\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_ empfehlen in ihren Stellungnahmen vom 21. Juli und 11. September 2017 (E. II. 6.13 und 6.14 hiervor), die medizinische Beurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter und deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Daraus ergibt sich ebenfalls kein Anlass zu Zweifeln an den Ergebnissen des Gutachtens.

## E. 9

9.1 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die C.\_\_\_\_-Gutachter hätten teilweise andere Fragen beantwortet, als von der Beschwerdegegnerin im «Fragenkatalog Wiederanmeldung (gültig ab 09.09.2015)» gestellt worden seien. So sei beispielsweise die Frage IV./7. («Begründete Aussagen über Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen») anscheinend komplett übersehen und daher gar nicht beantwortet worden. Dabei handle es sich um eine entscheidende Frage. Es bleibe schleierhaft, wie es unter diesen Umständen möglich gewesen sei, den Anspruch auf berufliche Integrationsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung abzuweisen, obwohl die Frage von den Gutachtern gar nicht beantwortet worden sei. Im Weiteren sei auch die Frage VI./1. («haben sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung/Rentenaufhebung vom 16. September 2011 wesentlich verändert? Wenn ja, worin besteht diese Veränderung und wie wirkt sich diese auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit aus?») von den Gutachtern nicht beantwortet worden, obwohl sie von der Auftraggeberin gestellt worden sei und es sich somit um eine entscheidungswesentliche Frage handle. Offensichtlich seien die Gutachter dem erkennbaren Irrtum erlegen, dass es sich hier bloss um einen Standardfragenkatalog der Beschwerdegegnerin für eine Neuanmeldung handle. Deshalb sei offensichtlich auch anstelle der revisionsspezifischen Frage der IV lediglich der Arbeitstitel «6.6 Arbeitsfähigkeit» verwendet und deshalb sei im Gutachten anscheinend auch der falsche zeitliche Referenzzeitpunkt aufgeführt worden (19. Juli 2015 statt 16. September 2011). Die Auftraggeberin habe aber nicht die Entwicklung nach dem 19. Juli 2015, sondern diejenige ab dem 16. September 2011 in Erfahrung bringen wollen. Sei die Frage nicht beantwortet worden, habe die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung aber auch nicht verbindlich feststellen dürfen, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem massgebenden Referenzzeitpunkt nicht wesentlich geändert habe. Die angefochtene Verfügung sei schon deshalb aufzuheben (Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 7.).

9.2 Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. März 2017 wurde ausdrücklich erwähnt, dass eine Begutachtung im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens vorgenommen werde. Dementsprechend wurde auch zum Verlauf der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin Stellung genommen. So wurde bereits unter Ziff. 1 des Gutachtens («Begutachtungsauftrag») korrekt festgehalten, es habe eine Beurteilung im Rahmen der Neuanmeldung vom 18. Dezember 2015 (vgl. IV-Nr. 50) zu erfolgen, nachdem ein erstes Rentengesuch mit Verfügung vom 16. September 2011 abgelehnt worden sei (IV-Nr. 78.1 S. 2). In der Aktenzusammenfassung wurde das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 denn auch detailliert wiedergegeben (IV-Nr. 78.2 S. 2 ff.). Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2016 wurde ebenfalls darauf hingewiesen, bei der mit Verfügung vom 16. September 2011 erfolgten Abweisung des ersten Rentengesuchs sei die psychiatrische Problematik (Burnout, akute Belastungssituation in der Beziehung ab 2008) im Vordergrund gestanden. Das aktuelle IV-Gesuch vom 18. Dezember 2015 sei nach der Diagnose eines Verdachts auf eine MR-negative Hirnstamm-Ischämie am 19. Juli 2015 mit aktuell persistierenden Sehstörungen (Oszillopsien) erfolgt (IV-Nr. 78.3 S. 2). Zum Verlauf der psychiatrischen Symptomatik wurde im Rahmen der medizinischen Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten (Ziff. 6.1) ausgeführt, nach der mit Verfügung vom 16. September 2011 erfolgten Ablehnung des Antrags auf eine IV-Rente habe sich die Symptomatik im Verlauf der nächsten Jahre gebessert. Die im Jahr 2009 begonnene fachpsychiatrische Behandlung

bei Dr. med. F.\_\_\_\_ habe die Explorandin gemäss ihren eigenen Angaben im Jahr 2012 oder 2013 sistiert. Im Juli 2015 sei es dann zur ausgeprägten Schwindelsymptomatik gekommen, die neurologisch und HNO-ärztlich letztlich im Rahmen eines MR-tomographisch negativen Hirnstamminsultes interpretiert worden sei. Ausgeprägte Oszillopsien hätten im Rahmen der postulierten zentral-vestibulären Funktionsstörung persistiert. Diskrete Koordinationsstörungen könnten gemäss aktuellem neurologischem Teilgutachten durch eine festgestellte Polyneuropathie unklarer Ätiologie akzentuiert sein. Hierdurch sei die Explorandin in Alltag, Freizeit und Beruf erheblich beeinträchtigt und die erlebten bzw. resultierenden Einschränkungen und Frustrationen hätten wiederum zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik geführt. Die rein psychiatrische Symptomatik sei derzeit als leichtgradig zu bewerten (IV-Nr. 78.3 S. 10 f. Ziff. 6.1). Demnach wurde der Verlauf des psychiatrischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch die begutachtende Psychiaterin detailliert und umfassend beschrieben. Für die neurologischen und neurootologischen Gutachterinnen bestand ■ neben der erfolgten Wiedergabe der Vorgeschichte der Explorandin ■ kein Anlass, zum Verlauf des Gesundheitszustands vor dem 19. Juli 2015 Stellung zu nehmen, da sie neu aufgetretene, zuvor nicht dokumentierte Symptome zu beurteilen hatten.

Die psychiatrische Teilgutachterin hielt unter dem Titel «Beginn und Verlauf der AF/AUF bis zum Gutachtenszeitpunkt» fest, nachdem im Zusammenhang mit den damaligen Belastungen im Zeitraum 2008 bis 2010 aus rein psychiatrischer Sicht eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv plausibel erscheine (etwa in dem Ausmass, wie von Dr. med. B.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten von 2010 festgestellt, also 60%ige Leistungsfähigkeit [von 100 %] bei zumutbarer 70%iger quantitativer Arbeitsfähigkeit) sei über den zwischenzeitlichen Verlauf etwa seit dem Jahr 2011 oder 2012 bis einige Monate vor der aktuellen Begutachtung keine Aussage mit ausreichender Sicherheit möglich, zumal jegliche Echtzeitdokumentation fehle und sich die Explorandin seit Jahren nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befinde (IV-Nr. 78.3 S. 12 Ziff. 6.7). Ferner wurde unter dem Titel «Therapieoptionen/Eingliederungsmassnahmen» darauf hingewiesen, eine fachpsychiatrische-psychotherapeutische Behandlung könnte zu einer weiteren Besserung der Depressivität bzw. insgesamt zu einer psychischen Stabilisierung beitragen. Mit entsprechender Behandlung sei aus rein psychiatrischer Sicht mittelfristig die Wiedererlangung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit möglich (IV-Nr. 78.3 S. 13 Ziff. 6.8). Auch im neurologischen Teilgutachten vom 11. Oktober 2016 wurde zu Therapieoptionen und allfälligen Eingliederungsmassnahmen Stellung genommen. So wurde angegeben, grundsätzlich sei die Behandlung von Augenmotilitätsstörungen und pathologischem Nystagmus zwar schwierig und erfordere einen multimodalen Therapieansatz, jedoch sei hier von einem weiteren Besserungspotential der Oszillopsien bzw. von einer zunehmenden Gewöhnung an diese im weiteren Verlauf auszugehen. Darüber hinaus seien die medikamentösen Massnahmen noch nicht vollumfänglich ausgeschöpft und sollten evaluiert werden (vgl. IV-Nr. 78.4 S. 19 f. Ziff. 6.7). Schliesslich wurde im neurootologischen Teilgutachten vom 12. Dezember 2016 zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit ausgeführt, im Rahmen der bisherigen Tätigkeit als Heilpädagogin sei die Explorandin aufgrund der (diskreten) Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht derzeit zu 80 % arbeitsfähig. Es sei davon auszugehen, dass in einer anderen Tätigkeit kein grösseres Pensum möglich wäre (IV-Nr. 78.5 S. 5 f. Ziff. 4). Von sämtlichen Gutachtern wurden demnach zwar medizinische, jedoch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen als angezeigt oder

erforderlich erachtet. Ob ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen besteht, ist auch nicht in erster Linie durch die medizinischen Fachpersonen zu entscheiden.

9.3 Nach dem Gesagten wurden die im «Fragenkatalog Wiederanmeldung (gültig ab 09.09.2015)» der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen Ziff. IV./7. und Ziff. VI./1. im Haupt- sowie in den Teilgutachten umfassend beantwortet. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin wurde auch kein falscher zeitlicher Referenzzeitpunkt (19. Juli 2015 statt 16. September 2011) berücksichtigt. So wurde im Gutachten im Rahmen der Diskussion allfälliger relevanter Persönlichkeitsfaktoren auf psychiatrische Vorbeurteilungen bzw. Berichte aus den Jahren 2008 bis 2010 eingegangen (IV-Nr. 78.1 S. 8 Ziff. 6.4). Ausserdem wurde zu «allfälligen abweichenden Stellungnahmen gegenüber medizinischen Vorbefunden und Beurteilungen gemäss Vorakten» erwähnt, psychiatrisch habe der Hausarzt ungefähr in den Jahren 2008/2009 eine posttraumatische Belastungsstörung vermutet, wobei diese Diagnose schon im fachpsychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 verworfen worden sei; dieser Einschätzung schliesse man sich an (IV-Nr. 78.1 S. 8 Ziff. 6.6). Im psychiatrischen Fachgutachten wurde sodann ausführlich dargelegt, wie der Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit seit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 16. November 2010 bis zur aktuellen Begutachtung einzuschätzen sei (IV-Nr. 78.3 S. 12 f. Ziff. 6.7). Gestützt darauf wurde im Gutachten zum Beginn und Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin sowie in einer angepassten Verweistätigkeit seit der Verfügung vom 16. September 2011 Stellung genommen (IV-Nr. 78.1 S. 8 ff. Ziff. 6.7). Demnach wurde von den Gutachtern auf den korrekten zeitlichen Referenzzeitpunkt vom 16. September 2011 Bezug genommen und es kann nicht gesagt werden, die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 16. September 2011 sei nicht berücksichtigt worden. Indem eine vom 19. bis 31. Juli 2015 infolge der anzunehmenden Hirnstammischämie bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, berücksichtigten die Gutachter damit keinen falschen Referenzzeitpunkt, sondern sie setzten damit den Beginn der grundsätzlich aktuell bestehenden Arbeitsfähigkeit von 60 % in der bisherigen Tätigkeit bzw. 80 % in einer Verweistätigkeit auf den 1. August 2015 fest. Das Gutachten enthält damit ausreichende Angaben für die Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Veränderung eingetreten sei.

## **E. 10**

10.1 Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, aufgrund der neurologisch bedingten Gangunsicherheit und Sturzgefahr habe sie seit dem Schlaganfall vom 19. Juli 2015 auf ihr geliebtes Wandern verzichten müssen. Sie gehe nur noch in Begleitung ihres Ehemannes spazieren. Die kilometerlangen Wanderungen hätten es ihr früher erlaubt, ihre akzentuierten Persönlichkeitszüge zu kompensieren. Sie habe Zeit- und «Kunden»-Stress abbauen und zu sich selber finden können. Die frühere psychiatrische Gutachterin Dr. med. B.\_\_\_\_ habe dieser anstrengenden Freizeitaktivität eine massgebliche Bedeutung bei der Relativierung der Arbeitsfähigkeit von 60 % zugemessen. Die neuen psychiatrischen C.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. M.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, würden der Beschwerdeführerin nurmehr eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugestehen. In diesem Zeitfenster von 20 % solle die Beschwerdeführerin ihren früheren stresskompensierenden Tätigkeiten wie Wandern und Stricken weiterhin nachgehen können. Weil dies nun aber aufgrund der neurologisch bedingten Sturz- und Stolpergefahr

und der visuellen Einschränkungen nicht mehr möglich sei, falle diese psychische Kompensationsmassnahme weg. Der Wegfall dieser Fähigkeit werde nun aber im psychiatrischen Teilgutachten nicht weiter thematisiert und diskutiert, sondern vielmehr einfach übergangen. Im Gutachten werde auch nicht beschrieben, mit welchen Tätigkeiten der Wegfall der bisherigen Kompensationsmassnahmen substituiert werden könne. Das psychiatrische Teilgutachten erweise sich an dieser Stelle als nicht schlüssig und nachvollziehbar. Der Leidensdruck werde im neurologischen Teilgutachten als hoch beurteilt. Im psychiatrischen Teilgutachten werde darauf verwiesen, dass aus psychiatrischer Sicht die persistierende neurologische Symptomatik als Belastungsfaktor zu werten sei. Wie sich nun dieser Belastungsfaktor auf das kindheitsbedingt fragile psychische Selbstbild der Beschwerdeführerin auswirke, werde im Gutachten nicht weiter beschrieben. Offensichtlich sei die Beschwerdeführerin neu vollständig auf die Hilfe ihres Ehemannes angewiesen. Diese Hilflosigkeit sei im C.\_\_\_\_-Gutachten zwar erwähnt, die Folgen dieser Abhängigkeit seien jedoch nicht thematisiert worden. Das psychiatrische Teilgutachten erweise sich an dieser Stelle als unvollständig (Beschwerde, S. 12 ff., Ziff. 9).

10.2 Die psychiatrischen Gutachter (Dr. med. M.\_\_\_\_ Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_) stellten im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Oktober 2016 aufgrund ihrer Untersuchungen vom 5. Oktober 2016 im Rahmen der Befunderhebung fest, aus strikt psychiatrischer Sicht hätten keine anhaltenden Einschränkungen relevanter Partizipationsfunktionen festgestellt werden können; möglicherweise bestehe eine leichte Einschränkung der Durchhaltefähigkeit (IV-Nr. 78.3 S. 8). Als aktuelle Belastungsfaktoren wurden die zentral-vestibuläre Funktionsstörung mit vor allem Oszillopsien und Koordinationsstörungen nach wahrscheinlich cerebraler Ischämie im vertebro-basilären Stromgebiet im Jahr 2015 genannt (IV-Nr. 78.3 S. 9). Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde angegeben, die durch die ausgeprägten Oszillopsien sowie diskreten Koordinationsstörungen eingetretenen erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag, in der Freizeit und im Beruf hätten zwar zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik geführt, man habe aber eine sehr gepflegte, freundliche und kooperative Explorandin ohne Hinweise auf eine eingeschränkte Beschwerdevalidität gesehen. Sie habe glaubhaft und nachfühlbar weitgehende Phasen von Niedergestimmtheit (insbesondere im Kontext der beschriebenen Sehstörungen und konsekutiven Einschränkungen) und eine relative Verminderung ihrer Freudfähigkeit angegeben, ansonsten bestünden unter täglicher Medikation keine depressiven Symptome. Insofern sei unter Medikation eine geringgradige Restsymptomatik bei vorbeschriebener, gegebenenfalls chronifizierter, depressiver Episode oder (in Konklusion aus den Vorberichten) einer rezidivierenden Störung festzustellen. Die beschriebene dependente und zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung sei als anamnestisch bzw. hintergründig möglich aufgenommen worden, obwohl dies im Rahmen der ca. zweistündigen Exploration nicht evident geworden sei. Dementsprechend wurde die rein psychiatrische Symptomatik derzeit als leichtgradig bewertet (IV-Nr. 78.3 S. 11).

Im Weiteren führten die psychiatrischen Gutachter aus, es sei aufgrund der restdepressiven Symptomatik (unter Medikation) aus strikt psychiatrischer Sicht eine leichtgradige Einschränkung der Durchhaltefähigkeit abzuleiten, zudem sei eine reduzierte Stresstoleranz anzunehmen und zu berücksichtigen. Weitergehende funktionelle Auswirkungen seien aus rein psychiatrischer Sicht nicht festzustellen. Ihrem Selbstbericht zufolge werde die Explorandin durch ihren Ehemann in jeder Hinsicht gut unterstützt, was als Ressource zu werten sei (IV-Nr. 78.3 S. 11 Ziff. 6.2 f.). Ferner wurde im Rahmen der Konsistenzprüfung

festgehalten, aus psychiatrischer Sicht hätten sich keine Zweifel an der Konsistenz der geklagten Beschwerden ergeben. Glaubhaft und authentisch sei die Explorandin vor allem durch ihre neurologische Symptomatik (Oszillopathien) in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt, insbesondere auch im Alltag und in der Freizeit (Verunmöglichung von Wanderungen wie früher, Stricken, Fernsehen nur mit speziellen Strategien, Mühe bei Haushaltsarbeiten, z.B. beim Kochen etc.). Der Leidensdruck sei durch die Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ausgewiesen, wobei sich diese weitgehend auf die somatischen Aspekte bezögen. Eine fachpsychiatrische Behandlung bestehe seit Jahren nicht mehr, die Explorandin spreche bei Bedarf mit ihrem Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, der auch die Psychopharmaka verschreibe. Dieses Vorgehen sei vereinbar mit der hier vertretenen Einschätzung, dass die dominierende neurologische Symptomatik somatisch bedingt und die Depression auf leichtgradigem bis subklinischem Niveau sei (IV-Nr. 78.3 S. 12 Ziff. 6.5).

Aufgrund dieser fachärztlichen Feststellungen kann nachvollzogen werden, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ■ im Unterschied zur Beurteilung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ im November 2010 ■ nur noch als leichtgradig eingeschränkt qualifiziert wird. Die Gutachterin wies überzeugend darauf hin, aufgrund der mit der Störung verbundenen eingeschränkten Stresstoleranz sollten zusätzlich externe Stressoren (wie Zeit- oder Termindruck oder hochfrequenter bzw. anspruchsvoller Kundenkontakt) vermieden werden. Da übliche heilpädagogische Klassen wahrscheinlich per sei «hochfrequenten und anspruchsvollen Kundenkontakt» beinhalteten, sollte gegebenenfalls eine Anpassung des Arbeitsplatzes (z.B. durch überwiegenden Einsatz in Einzelbetreuungen, Kleinst- und Teilgruppen) erwogen werden. Aufgrund einer Einschränkung des Durchhaltevermögens, zur Stressreduktion und auch um die stressfreie Wahrnehmung einer fachpsychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen, sei die quantitative Arbeitsfähigkeit derzeit um ca. 20 % reduziert (IV-Nr. 78.3 S. 12 f.).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann der psychiatrischen Gutachterin nicht vorgeworfen werden, der Wegfall der bisherigen psychischen Kompensationsmassnahmen (langes Wandern, Stricken) sei nicht weiter thematisiert und diskutiert, sondern vielmehr einfach übergangen worden. So gab die Beschwerdeführerin zur aktuellen Lebenssituation selber an, sie lebe mit ihrem Ehemann zusammen in einem eigenen Einfamilienhaus. Sie habe eine gute Nachbarschaft und auch weitere Freunde, insbesondere ihre ebenfalls als Lehrerin bzw. Heilpädagogin tätige Freundin, die in der Grund- und heilpädagogischen Tagesschule in [...] tätig sei, sie gelegentlich als Betreuungshilfe anfrage (was ihr guttue) und sie auch ab und zu besuche oder für gemeinsame Aktivitäten komme (ein Mittagessen, oder sie selbst mache einen Besuch in der Schule, oder man gehe zusammen z.B. ins Theater oder spazieren bzw. «fast wandern»). Sodann gibt die Beschwerdeführerin zum aktuellen Tagesablauf an, sie mache vormittags ca. 2 Stunden Sudoku (Zahlenrätsel), dann gehe es ihr besser, sie könne sich so fokussieren. Sie könne seit kurzem wieder alleine in den Keller gehen und sei somit in der Lage, das Abendessen vorzubereiten. Sie schreibe z.B. auf dem iPad ihrer Schwester eine Nachricht und gehe, wenn das Wetter gut sei ein wenig länger, spazieren. Manchmal rudere sie auch ein wenig im Fitnessraum. Abends sitze sie mit ihrem Ehemann zusammen oder sehe ein wenig fern (IV-Nr. 78.3 S. 6 f.). Demnach bestehen für die Beschwerdeführerin durchaus psychische Kompensationsmassnahmen, die sie auch mit ihrem somatischen Leiden noch

ausüben kann. Zudem hat sich der psychische Gesundheitszustand deutlich verbessert. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, das psychiatrische Gutachten sei an dieser Stelle nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar, kann somit nicht gefolgt werden.

Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, im Gutachten werde nicht weiter beschrieben, wie sich die persistierende neurologische Symptomatik als Belastungsfaktor auf das kindheitsbedingt fragile psychische Selbstbild der Beschwerdeführerin auswirke, ist nicht stichhaltig. Die psychiatrischen Gutachter legten dar, die aufgrund der postulierten zentral-vestibulären Funktionsstörung und diskreten Koordinationsstörungen bestehenden Einschränkungen und Frustrationen hätten wieder zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik geführt; ausser den weitgehenden Phasen von Niedergestimmtheit (insbesondere im Kontext der beschriebenen Sehstörungen und konsekutiver Einschränkungen) und einer relativen Verminderung ihrer Freudfähigkeit seien unter täglicher Medikation keine depressiven Symptome festgestellt worden. Wie erwähnt, wurde die rein psychiatrische Symptomatik aktuell als leichtgradig bewertet (IV-Nr. 78.3 S. 11). Berücksichtigt wurde auch die Abhängigkeit der Beschwerdeführerin von ihrem Ehemann (vgl. IV-Nr. 78.3 S. 4, 6 Ziff. 3.4, 7 Ziff. 3.4 und 11 Ziff. 6.3). Es besteht daher kein Anhaltspunkt, dass die Folgen dieser Abhängigkeit bei der Beurteilung des Schweregrades der psychischen Symptomatik sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht angemessen beurteilt worden wären.

## **E. 11**

11.1 Die Beschwerdeführerin lässt im Weiteren geltend machen, durch den Schlaganfall vom 19. Juli 2015 und die damit einhergehende psychische Dekompensation habe sich ihr Gesundheitszustand sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht massiv verschlechtert. Sei die Beschwerdeführerin bis Juli 2015 gestützt auf die Begutachtung von Dr. med. B. \_\_\_ im Jahr 2010 im Alltag und in der Freizeit überhaupt nicht eingeschränkt gewesen, habe sich dies nun komplett geändert. Eine Einschränkung im Haushalt von 0 % könne nicht mehr zutreffen. Aufgrund der veränderten Verhältnisse sei ohnehin ein neuer Abklärungsbericht für den Haushalt zu erstellen. Die Berechnung des IV-Grades mit der gemischten Methode könne keine Anwendung mehr finden, weil die 1987 geborene Tochter der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Abklärung im Jahr 2009 (recte: 2011) 22 (recte: 24) Jahre alt gewesen sei und noch Unterstützung von der Mutter benötigt habe. Heute sei die Tochter über 30 Jahre alt und die Unterstützungsbedürftigkeit sei seither mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weggefallen. Die Tochter habe im Jahr 2012 das Medizinstudium beendet und arbeite derzeit in der Klinik Q. \_\_\_, [...], als Assistenzärztin. Sie habe seither auch eine eigene Wohnung und lebe mit einem Freund zusammen. Spätestens seit dem Jahr 2012 hätte die Beschwerdeführerin daher wieder mit einem Pensum von 100 % als Heilpädagogin gearbeitet, wenn sie gesund geblieben wäre (Beschwerde, S. 11 f. Ziff. 8).

11.2 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese 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 Verwaltungsverfügung 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 mit Hinweisen).

11.3 Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin hielt zum Status der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 16. Mai 2011 (Abklärung vom 11. Mai 2011) fest, die Versicherte würde ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausüben. Ihr Wunschpensum ohne Behinderung betrage 20 Lektionen pro Woche. Das Arbeitspensum belaufe sich auf insgesamt 22 Lektionen pro Woche (73 bis 74 %). Gemäss ihren Angaben sei dies im ersten Gespräch vom 12. März 2009 so gewesen mit diesen 20 Lektionen pro Woche (vgl. IV-Nr. 6 S. 2). Danach sei die Tochter ausgezogen und sie wäre gerne bei den 22 Lektionen geblieben oder hätte sogar noch ein oder zwei Lektionen mehr gemacht. Irgendwann wolle sie ein solches Pensum wieder ausüben. Nach den Gründen gefragt, habe die Versicherte mitgeteilt, die Tochter koste seither mehr und sie komme nicht mehr täglich vorbei. Sie sei auch vorher nie die perfekte Hausfrau gewesen und habe gerne Schule gegeben. Sie habe wegen der Tochter reduziert, als diese in die Schule gekommen sei. Obwohl diese schon über 20 Jahre alt gewesen sei, sei sie sehr mitteilungsbedürftig gewesen und habe jeweils von morgens bis abends alles erzählt. Es sei nicht schwierig, einen Arbeitsplatz zu finden, da es zu wenige Heilpädagogen gebe. Entgegen früheren Angaben hätte sie 20 bis 24 Lektionen pro Woche gearbeitet, je nach Arbeitssituation. Ein Vollpensum betrage 29 Lektionen. Die Angaben der Versicherten seien glaubhaft und nachzuvollziehen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte die Versicherte ohne Gesundheitsschaden in einer Bandbreite von 20 bis 24 Lektionen, je nach Schule und Situation, weiterhin als Heilpädagogin unterrichtet. Ein durchschnittliches Pensum von 22 Lektionen entspreche gerundet 76 %. Demnach sei der Status wie folgt festzulegen: 76 % Erwerbstätigkeit und 24 % Haushalt (IV-Nr. 46 S. 2 Ziff. 2).

11.4 Der Einwand der Beschwerdeführerin, die gemischte Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrades könne nicht mehr angewendet werden, weil die 1987 geborene Tochter im Zeitpunkt der Abklärung 22 (recte: 24) Jahre alt gewesen sei und noch Unterstützung der Mutter benötigt habe, während sie nun ein Alter von über 30 Jahren erreicht habe und keine Unterstützung mehr benötige, vermag nicht zu überzeugen. So wurde bereits anlässlich der Haushaltsabklärung vom 11. Mai 2011 der im Sommer 2009 erfolgte Auszug der Tochter in eine 1-Zimmerwohnung nach Bern (vgl. IV-Nr. 42 S. 7) festgestellt und von einem Arbeitspensum von durchschnittlich 22 Lektionen pro Woche (bei einem Vollpensum von 29 Stunden pro Woche) bzw. einer Erwerbstätigkeit von 76 % ausgegangen, womit sich die Beschwerdeführerin einverstanden erklärte (IV-Nr. 46 S. 2). Inwiefern und warum die erwachsene Tochter damals während ihres Medizinstudiums einer zeitlich aufwändigen Unterstützung durch die Beschwerdeführerin bedurft haben sollte, welche inzwischen weggefallen wäre, wird nicht erläutert und ist auch in keiner Weise nachvollziehbar. Selbst wenn das von der Beschwerdeführerin erwähnte Mitteilungsbedürfnis der Tochter (vgl. E. II. 10.3 hiervor) allenfalls zu einer gewissen zeitlichen Beanspruchung am Wochenende geführt haben sollte, hätte die Beschwerdeführerin deswegen kein teilzeitliches Erwerbspansum ausüben müssen. Wäre eine Unterstützung wirtschaftlicher Art für die

Mietkosten der Wohnung der Tochter infolge ihres Auszuges aus dem Einfamilienhaus der Beschwerdeführerin notwendig gewesen, hätte eine Erhöhung des Arbeitspensums und damit ein höheres Erwerbseinkommen bereits im Jahr 2009 realisiert werden müssen, um der Tochter höhere finanzielle Unterstützungsbeiträge während des Studiums leisten zu können. Es ist kein Grund ersichtlich, inwiefern der Abschluss des Medizinstudiums der Tochter im Jahr 2012, deren Tätigkeit als Assistenzärztin und das Zusammenleben mit ihrem Freund in einer eigenen Wohnung an den für die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Haushaltsabklärung vom 11. Mai 2011 gegebenen Verhältnissen etwas geändert haben könnte. Ein allfälliger finanzieller Unterstützungsbedarf der Tochter hätte sich im Gegenteil reduziert. Andere Aspekte, welche dafür sprechen würden, dass die 1957 geborene Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ihre Erwerbstätigkeit im Vergleich zur Situation im Jahr 2011 ausgebaut hätte, sind nicht erkennbar. Es erscheint damit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass sie im Gesundheitsfall nun einer Vollzeittätigkeit (29 Lektionen) als Heilpädagogin nachgehen würde, wie dies von ihr geltend gemacht wird. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sie gemäss ihren Angaben bis zur Einschulung der Tochter einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachging. Demnach ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin weiterhin in Anwendung der gemischten Methode (76 % Erwerbstätigkeit, 24 % Haushalt) zu ermitteln. Die in diesem Zusammenhang beantragte Parteibefragung mit der Beschwerdeführerin erübrigt sich, weil davon keine zusätzlichen Erkenntnisse erwartet werden können. Die Beschwerdeführerin hat ihre Argumentation schriftlich vorgebracht und die Frage, welche Folgerungen aus den bekannten Tatsachen zu ziehen seien, eignet sich nicht für eine Beweisabnahme mittels Parteibefragung. Auf eine solche ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit Hinweisen).

11.5 Gemäss der Abklärung vom 11. Mai 2011 wurden bei den einzelnen Haushaltsverrichtungen keine Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt festgestellt. Dementsprechend belief sich der Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich auf 0 % (IV-Nr. 46 S. 5 ff. Ziff. 5). In Anwendung der gemischten Methode (76 % Erwerbstätigkeit, 24 % Haushalt) ermittelte die Abklärungsperson einen (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 16 %, den die Beschwerdegegnerin in der rechtskräftigen Verfügung vom 16. September 2011 übernahm (vgl. Einkommensvergleich ab April 2010; IV-Nr. 46 S. 8 und 48). Im Neuanmeldungsverfahren hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. K. \_\_\_ in ihrem neurologischen Teilgutachten vom 11. Oktober 2016 (Untersuchung vom 5. Oktober 2016) im Rahmen der Konsistenzprüfung fest, die auf Alltags- und Berufsebene angegebenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin ■ verursacht durch die Sehbehinderung ■ hätten nachvollzogen werden können. Einzig bei der Beschreibung ihrer Haushaltstätigkeiten lasse sich eine Tendenz zum Vermeidungsverhalten feststellen. So könne weder durch die Oszillopsien, noch durch die Polyneuropathie bzw. durch eine Kombination aus beidem erklärt werden, weswegen bestimmte Haushaltsaufgaben (z.B. Tisch abwischen, Staub wischen, Staubsaugen, Boden aufziehen u.a.) durch den Ehemann ausgeführt werden müssten. Bei den genannten Tätigkeiten handle es sich nicht um Aufgaben, die mit einer relevanten Sturz- bzw. Absturzgefahr einhergingen. Hingegen erscheine es nachvollziehbar, dass Haushaltstätigkeiten, wie z.B. Fenster putzen, Vorhänge abnehmen, Putzarbeiten im Treppenhaus etc. aufgrund der durch die Sehbehinderung und Polyneuropathie verursachte Stand- und Gangunsicherheit nicht mehr ausgeführt werden könnten (IV-Nr. 78.4 S. 17 Ziff. 6.5).

Dazu ist festzuhalten, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht grundsätzlich Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. 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. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau oder einem Hausmann zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f. mit Hinweisen).

Im Lichte der zitierten Rechtsprechung ist eine vermehrte Mithilfe des Ehegatten ■ er ist, wie im Parteivortrag an der öffentlichen Verhandlung erklärt wurde, zu 80 % erwerbstätig ■ im gemeinsamen Haushalt durchaus zu erwarten und zumutbar. Für die von der neurologischen Gutachterin erwähnten Haushaltstätigkeiten (z.B. Fenster putzen, Vorhänge abnehmen, Putzarbeiten im Treppenhaus etc.), welche die Beschwerdeführerin aufgrund der durch die Sehbehinderung und Polyneuropathie verursachten Stand- und Gangunsicherheit nicht mehr ausführen kann, sowie die weiteren, von der Beschwerdeführerin genannten Tätigkeiten (administrative PC-Arbeiten, Rechnungen bezahlen etc.) ist der Beizug des Ehemanns der Beschwerdeführerin zur Entlastung zuzumuten. Dass die durch den Ehemann zu übernehmenden Aufgaben diesen in unverhältnismässiger Weise physisch oder psychisch belasten oder zu einer Erwerbseinbusse führen würden, wird weder geltend gemacht noch sind entsprechende Anhaltspunkte aus den Akten ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 467/03 vom 17. November 2003 E. 3.2.2). Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, einen neuen Abklärungsbericht im Haushalt erstellen zu lassen, wie dies von der Beschwerdeführerin verlangt wird. Eine für den Anspruch auf eine IV-Rente relevante Einschränkung im Haushalt liegt weiterhin nicht vor.

12. Im Folgenden ist zu prüfen, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber der Situation bei Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 16. September 2011 eingetreten ist.

12.1 Wie bereits festgehalten (vgl. E. II. 3.1 hiavor), ist die Änderung des Invaliditätsgrades in einer für den Anspruch erheblichen Weise Voraussetzung für eine Rentenrevision oder eine Rentenzusprechung nach einer Neuanschuldung. Für eine Rentenanpassung genügt daher nicht bereits «irgendeine» Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine

weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn dieser veränderte Umstand den Rentenanspruch berührt (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Im Einzelfall kann sich zudem aufgrund einer Gesamtbetrachtung ergeben, dass die Veränderung eines Leidens durch die gegenläufige Entwicklung einer anderen Symptomatik kompensiert wird, so dass insgesamt keine relevante, den Rentenanspruch berührende Veränderung vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2). Umgekehrt kann eine solche Veränderung vorliegen, obwohl die quantitativen Angaben zur Arbeitsfähigkeit übereinstimmen.

12.2 Dr. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem psychiatrischen Fachgutachten vom 16. November 2010 eine «leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10: F32.00» sowie «akzentuierte abhängige und anankastische Persönlichkeitszüge, ICD-10: Z73.1» und hielt fest, in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (bezogen auf ein Vollzeitpensum). Bei einem gleichmässig über die Wochentage verteilten zumutbaren 70%-Pensum bestehe dabei eine leichte Leistungsminderung mit einer resultierenden Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 %. Zwischen den Arbeitseinsätzen bestehe eine Notwendigkeit zur Erholung. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit sei bedingt sowohl durch die depressiven Symptome, insbesondere die erhöhte Ermüdbarkeit, Aufmerksamkeitsstörung und Umstellungserschwerens, als auch durch die persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten wie reduziertes Abgrenzungsvermögen und erhöhte Leistungsanforderungen gegenüber sich selbst. Die genaue und korrekte Arbeitsweise der Beschwerdeführerin erfordere einen erhöhten Zeit- und Energieaufwand. Bei Tätigkeiten mit geringeren Anforderungen bezüglich Abgrenzungsvermögen und emotionaler Belastbarkeit, d.h. ohne einen engen Kontakt mit Schülern oder anderen Klienten, sowie mit extern vorgegebener, umrissener Aufgabenstellung, geringerer Anforderung an Entscheidungsfindung und Multitasking, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von ca. 80 % (IV-Nr. 42 S. 11 ff.).

Demgegenüber stellten die C.\_\_\_\_-Gutachter im psychiatrisch-neurologischen/neurootologischen Gutachten von 17. März 2017 aus bidisziplinärer Sicht die Diagnosen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung (H81.4), einer Polyneuropathie unklarer Ätiologie (G62.9) sowie einer anamnestisch chronifizierten depressiven Episode. Die Gutachter legten dar, massgebend sei die neurologische/neurootologische Beurteilung. Nachvollziehbar sei es aus psychiatrischer Sicht zu einer reaktiven, aktuell leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik, am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gekommen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, vom 19. bis 31. Juli 2015 habe aufgrund der anzunehmenden Hirnstammischämie eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden. Bezogen auf ein 100%-Pensum sei die Explorandin aktuell aufgrund der zentral-vestibulären Funktionsstörung und der damit verbundenen erhöhten (visuellen) Ermüdbarkeit mit vermehrtem Zeit- und Pausenbedarf zu 60 % in ihrer letzten beruflichen Tätigkeit als Heilpädagogin arbeitsfähig. In leidensadaptierter Tätigkeit bestehe aus neurologisch-neurootologischer Sicht eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Reduktion um 20 % in leidensadaptierter Tätigkeit begründe sich mit der erhöhten visuellen Ermüdbarkeit aufgrund der Oszillopsien, die ständig, auch an einem optimal angepassten Arbeitsplatz, vorhanden seien (IV-Nr. 78.1 S. 6 ff.).

12.3 Angesichts dieser fachärztlichen Beurteilungen besteht bei der Beschwerdeführerin insofern eine veränderte gesundheitliche Situation, als die psychische Symptomatik (leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom sowie akzentuierte abhängige und anankastische Persönlichkeitszüge gemäss psychiatrischem Fachgutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 16. November 2010) sich in der Zwischenzeit verbessert hat, während eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung nach Auftreten einer zerebralen Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet vom 19. Juli 2015 hinzugetreten ist. Die Arbeitsfähigkeit ist weiterhin eingeschränkt, wobei dies nunmehr in erster Linie auf die zuletzt genannte Störung zurückgeht. Basierend auf der klinisch-neurologischen und der ergänzenden neurootologischen Untersuchung ergeben sich nach den Angaben der Experten Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung als objektives Korrelat für die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin. Laut gutachterlichen Angaben ist es nachvollziehbar, dass es deswegen zu einer reaktiven, aktuell leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik, am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, gekommen ist (C. \_\_\_-Gutachten vom 17. März 2017; IV-Nr. 78.1 S. 6 f.). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat sich hinsichtlich der rein quantitativen Umschreibung nicht verändert: Dr. med. B. \_\_\_ attestierte in ihrem fachpsychiatrischen Gutachten vom 16. November 2010 in der bisherigen Tätigkeit als Heilpädagogin eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Verweistätigkeit eine solche von ca. 80 % (IV-Nr. 42 S. 13 f. Ziff. 7.1 und 7.2). Die C. \_\_\_-Gutachter nehmen aufgrund ihrer polydisziplinären Beurteilung in der angestammten Tätigkeit ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Verweistätigkeit eine solche von 80 % an (IV-Nr. 78.1 S. 9 Ziff. 6.7). Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese quantitative auch einer inhaltlichen Übereinstimmung entspricht. Dies ist zu verneinen: Die durch Dr. med. B. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Heilpädagogin betraf in erster Linie eine Reduktion des zumutbaren Pensums auf 70 % und nur in zweiter Linie eine auch innerhalb dieses reduzierten Pensums leicht verminderte Leistung, was gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 60 % ergab. Demgegenüber besteht laut dem C. \_\_\_-Gutachten aufgrund der zentral-vestibulären Funktionsstörung und der damit verbundenen erhöhten (visuellen) Ermüdbarkeit mit vermehrtem Zeit- und Pausenbedarf in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Auch wenn sich das Gutachten nicht explizit dazu äussert, ist davon auszugehen, dass dieser erhöhte Zeit- und Pausenbedarf konstant vorliegt, so dass die Leistungsfähigkeit innerhalb des Pensums reduziert, weil die Beschwerdeführerin verlangsamt ist. Mit anderen Worten beläuft sich die Arbeitsunfähigkeit auch innerhalb des hypothetischen Erwerbsums, das unverändert auf 76 % zu beziffern ist (E. II. 11.4 hiervor), auf 40 %, weil von einer dauernd gegebenen erheblichen Verlangsamung ausgegangen werden muss. Im Vergleich mit der Einschränkung von 21 %, welche seinerzeit auf der Basis des Gutachtens von Dr. med. B. \_\_\_ ermittelt worden war (vgl. IV-Nr. 46 S. 8), ist somit eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands oder zumindest dessen erwerblicher Auswirkungen eingetreten. Demgegenüber ist die Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Erwerbstätigkeit zwar unverändert geblieben; weil die ursprüngliche Invaliditätsbemessung jedoch davon ausging, dass die Beschwerdeführerin auch mit der (damals ausschliesslich psychisch begründeten) gesundheitlichen Beeinträchtigung weiterhin als Heilpädagogin erwerbstätig sein könnte, bildet die diesbezügliche Veränderung einen Revisionsgrund, weil sie den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch direkt beeinflusst (vgl. E. II. 12.1 hiervor).

13. Nach dem Gesagten ist ein Revisionsgrund zu bejahen. Der Invaliditätsgrad ist daher auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9). Zeitlich massgebend ist der frühestmögliche Rentenbeginn. Dieser liegt sechs Monate nach der im Dezember 2015 erfolgten Neuanmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG), also am 1. Juni 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

14. Das Valideneinkommen ist bezogen auf eine Tätigkeit als Heilpädagogin zu bestimmen. Dabei kann auf die entsprechenden Einstufungen im Kanton Solothurn abgestellt werden (vgl. auch die frühere Invaliditätsbemessung im Jahr 2010, IV-Nr. 46 S. 8). Heilpädagoginnen mit Masterabschluss sind der Lohnklasse 21 zugeordnet, solche ohne Masterabschluss ■ zu welchen die Beschwerdeführerin zählt (vgl. das Diplom von 1984, IV-Nr. 11 S. 2; IV-Nr. 5 S. 1) ■ der Lohnklasse 20 (vgl. den von der Deutschschweizer Erziehungsdirektoren-Konferenz [D-EDK] herausgegebenen Bericht «Lohndatenerhebung der Lehrkräfte, Datenerhebung 2016», abrufbar auf [https://www.so.ch/fileadmin/internet/dbk/dbk-ds/pdf/Controlling/Auswertungsbericht\\_Lohndatenerhebung\\_2016.pdf](https://www.so.ch/fileadmin/internet/dbk/dbk-ds/pdf/Controlling/Auswertungsbericht_Lohndatenerhebung_2016.pdf) [zuletzt besucht am 28. Februar 2019], S. 20). Die 1957 geborene Beschwerdeführerin hätte im Gesundheitsfall im Jahr 2016 die höchste Erfahrungsstufe 16 erreicht, welche einem Jahreslohn von CHF 133'545.00 entspricht (vgl. die Lohntabelle 2017, abrufbar auf [www.s.o.ch/verwaltung/departement-fuer-bildung-und-kultur/volksschulamt/schul-und-finanzverwaltung/besoldungen-lehrpersonen/](http://www.s.o.ch/verwaltung/departement-fuer-bildung-und-kultur/volksschulamt/schul-und-finanzverwaltung/besoldungen-lehrpersonen/) [zuletzt besucht am 28. Februar 2019]; von 2016 auf 2017 wurden zwar die früheren 16 Erfahrungsstufen durch 20 ersetzt, der Höchstbetrag blieb aber unverändert). Bei einem Pensum von 76 % resultiert ein Valideneinkommen von CHF 101'494.00.

15. Zu bestimmen bleibt das Invalideneinkommen.

15.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkretsteht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 126 V 75 E. 3b/aa S. 76). Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können statistische Werte, insbesondere Tabellenlöhne nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 S. 301 E. 5.2). Dies ist hier der Fall, denn die Beschwerdeführerin geht keiner Erwerbstätigkeit nach, mit der sie die ihr nach den gutachterlichen Feststellungen verbleibende Arbeitsfähigkeit ausschöpft.

15.2 Wie dargelegt, muss aufgrund des C. \_\_\_-Gutachtens davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin als Heilpädagogin innerhalb des Pensums von 76 % wegen eines erheblich erhöhten Zeit- und Pausenbedarfs nur eine um 40 % reduzierte Leistung erbringen kann. Es erscheint als kaum vorstellbar, dass die Arbeit einer Heilpädagogin, welche ein kontinuierliches und oft auch rasches Eingehen auf die einzelnen Kinder erfordert, unter diesen Umständen erfolgsversprechend ausgeübt werden könnte. Wie es bei einer solchen Tätigkeit möglich sein sollte, bei Bedarf spontan Pausen einzulegen und allgemein verlangsamt zu arbeiten, lässt sich nicht erkennen, verlangt doch bereits die Arbeit mit Kindern im Allgemeinen ■ und dies dürfte erst recht für die Tätigkeit als

Heilpädagogin gelten ■ eine kontinuierliche Präsenz und Aufmerksamkeit sowie die Fähigkeit, auf unerwartete Vorgänge sofort zu reagieren. Nach den Ergebnissen des C.\_\_\_\_-Gutachtens muss davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin hierzu nur sehr eingeschränkt und nicht zu jeder Zeit in der Lage ist. Aufgrund der gutachterlich festgestellten gesundheitlichen Situation kann daher die Ausübung einer Tätigkeit als Heilpädagogin nicht mehr als möglich und zumutbar gelten. Das Gericht ist gestützt auf allgemeine Kenntnisse über das Wesen dieser Tätigkeit (vgl. auch das von der Beschwerdeführerin eingereichte Anforderungsprofil gemäss der Website [www.berufsberatung.ch](http://www.berufsberatung.ch), Urkunde 2 der Beschwerdeführerin) in der Lage, diese Schlussfolgerung zu ziehen. Damit erübrigt sich eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines entsprechenden Berichts von Fachpersonen der Berufsberatung (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. E. II. 11.4 hiervor am Ende). Wohl wurde von gutachterlicher Seite erklärt, nach knapp 1 ½ Jahren seit dem Erstauftreten der Symptome und bei erst am 30. Mai 2016 eingeleiteter spezifischer rehabilitativer Therapie sei noch nicht von einem stabilen Endzustand auszugehen; es dürfe unter konsequenter Fortführung der ergotherapeutischen Massnahmen von einer weiteren Besserung im Sinne einer Gewöhnung an die visuelle Störung ausgegangen werden und die Prognose sei eher günstig. Jedenfalls während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 24. Oktober 2017 ist aber eine erhebliche Verbesserung nicht ausgewiesen. Für die Bemessung des Invalideneinkommens kann daher nicht auf ein Einkommen als Heilpädagogin abgestellt werden.

15.3 Gemäss den gutachterlichen Feststellungen ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Ein solcher Arbeitsplatz sollte laut Gutachten zu ca. 25 % PC-, Schreib- und Lesearbeiten und zu rund 75 % Tätigkeiten ohne Lese-/Schreibanforderungen enthalten. Zumutbar ist eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche im Sitzen, Stehen und Gehen ausgeübt werden kann. Ausgeschlossen sind wegen der erhöhten Sturz- und Stolperneigung Tätigkeiten auf unebenem Grund, Arbeiten und Balancieren in Höhen, das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie Tätigkeiten bei Dämmerlicht oder bei Dunkelheit. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % in einer solchen Tätigkeit begründet sich laut dem C.\_\_\_\_-Gutachten mit der erhöhten visuellen Ermüdbarkeit aufgrund der Oszillopsien, welche ständig, auch an einem optimal angepassten Arbeitsplatz, vorhanden seien (IV-Nr. 78.1 S. 9).

Dass die Beschwerdeführerin diese verbleibende Arbeitsfähigkeit in einer beratenden oder supervidierenden Tätigkeit ohne aufwändige Dokumentationsvorgaben verwerten könnte, wie die Gutachter vorschlagen (IV-Nr. 78.1 S. 9), muss als wenig realistisch bezeichnet werden. Derartige Funktionen setzen in der Regel eine spezifische Ausbildung voraus, über welche die Beschwerdeführerin nicht verfügt. Zudem erscheint es als sehr fraglich, ob es eine derartige Funktion gibt, die nicht mit relativ umfangreichen Dokumentationspflichten verbunden ist. Da die Beschwerdeführerin keine anderweitige Ausbildung absolviert hat, müsste sie daher auf einfachere, wenig anspruchsvolle Arbeiten ausweichen. Solche sind ihr unter Berücksichtigung des durch den Gesundheitsschaden eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils durchaus zugänglich. Mit Blick auf die sozialversicherungsrechtliche Schadenminderungspflicht ist es als zumutbar anzusehen, dass die Beschwerdeführerin einer unqualifizierten Tätigkeit nachgeht. Auch unter dem Aspekt des fortgeschrittenen Alters ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen ausgeglichenen

Arbeitsmarkt zu bejahen: Als das Gutachten vom 17. März 2017 erstattet wurde (vgl. zur Relevanz dieses Zeitpunkts BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.), stand die Beschwerdeführerin kurz vor ihrem 60. Geburtstag. Sie wies also eine verbleibende Aktivitätsdauer von vier Jahren auf. Erschwerende Umstände, wie z.B. fehlende Sprachkenntnisse, bestehen nicht. Auch die Natur des Gesundheitsschadens steht der Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht entgegen. Die Beschwerdeführerin war und ist daher gehalten, ihre Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, einfachen Arbeit zu verwerten. Ihre Arbeitsfähigkeit beträgt 80 %, wobei von einer reduzierten Leistungsfähigkeit innerhalb eines vollen (oder auch eines aus invaliditätsfremden Gründen reduzierten) Pensums auszugehen ist.

15.4 Nach dem Gesagten ist das Invalideneinkommen aufgrund des Verdienstes in einer wenig qualifizierten Tätigkeit zu bestimmen, welche dem aus medizinischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofil entspricht. Dabei müssen statistische Werte herangezogen werden. Massgebend ist die aktuellste Fassung der LSE, welche bei Erlass der Verfügung vom 24. Oktober 2017 vorlag (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.1 S. 299 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Das ist hier die im Jahr 2016 erschienene LSE 2014. Die Rechtsprechung wendet dabei in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile «Total Privater Sektor» an. Dies rechtfertigt sich auch hier. Der Beschwerdeführerin zugänglich sind verschiedene Tätigkeiten innerhalb des Kompetenzniveaus 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst»). Auszugehen ist daher vom Zentralwert des standardisierten Monatslohns der in diesem Kompetenzniveau tätigen Frauen von CHF 4'808.00. Nach Anpassung an die allgemeine Lohnentwicklung (Indexstand 2014 = 103,6; Indexstand 2016 = 105,0; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011-2017) sowie nach Hochrechnung des auf 40 Wochenstunden basierenden Tabellenwertes auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41,7 Stunden resultiert ein Jahresverdienst von CHF 60'960.00. Bei einem Pensum von 76 % und einer innerhalb dieses Pensums um 20 % reduzierten Arbeitsfähigkeit verbleibt ein Erwerbseinkommen von CHF 37'064.00.

15.5 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). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine frei überprüfbare Rechtsfrage dar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.).

Als Abzugsgrund infrage käme in erster Linie das vorgerückte Alter der Beschwerdeführerin. Dessen Relevanz für die Verdienstaussichten ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_327/2018 vom 31. August 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Das Alter ist im Zusammenhang mit dem Leidensabzug jedoch nur soweit zu berücksichtigen, wie es die Erwerbssaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Davon kann bei der Beschwerdeführerin bezogen auf eine Tätigkeit im Kompetenzniveau 2 nicht ausgegangen werden. Die LSE Tabelle T17 weist mit ihren drei Alterskategorien (bis 29 Jahre; 30 bis 49 Jahre; 50 Jahre und älter) tendenziell eher eine steigende Verdienstmöglichkeit mit fortschreitendem Alter aus. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2). Im Übrigen werden wenig qualifizierte Arbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt, womit sich der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend, sondern statistisch gesehen sogar ■ analog zum Valideneinkommen, das bei der Beschwerdeführerin altersbedingt überdurchschnittlich hoch ausfällt (vgl. E. II. 14 hiervor) ■ lohn erhöhend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 mit Hinweis). Auch führt der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in einer neuen Tätigkeit fehlende Dienstjahre aufweist, vorliegend nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher wäre dann geboten, wenn mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit gesunden Mitbewerbern nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestünden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.3). Eine dadurch bedingte Schmälerung der Verdienstaussichten ist bei den der Beschwerdeführerin noch zumutbaren körperlich leichten und intellektuell weniger anspruchsvollen Hilfsarbeitertätigkeiten nach der Rechtsprechung nicht zu befürchten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_579/2017 vom 11. Dezember 2017 E. 7.4.2). Ein Tabellenlohnabzug ist daher nicht angezeigt.

15.6 Mit dem Valideneinkommen von CHF 101'494.00 und dem Invalideneinkommen von CHF 37'064.00 resultiert für den mit 76 % gewichteten Erwerbseinkommen ein Teil-Invaliditätsgrad von 63 % oder gewichtet 48 %.

16. Wie dargelegt, ist weiterhin von der Anwendbarkeit der gemischten Methode, einem Erwerbseinkommen von 76 % und keiner invalidisierenden Einschränkung im Haushalt auszugehen (vgl. E. II. 11 hiervor). Der Invaliditätsgrad beläuft sich somit auf 48 %. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

17. Schliesslich wird gerügt, im angefochtenen Entscheid sei der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint worden, ohne dies zu begründen. Dabei hätte sich die Beschwerdegegnerin mit diesem Thema schon aufgrund des fortgeschrittenen Alters der 1957 geborenen Beschwerdeführerin und der damit verbundenen (vermutenden) fehlenden Selbsteingliederungsfähigkeit zwingend befassen müssen. Berufliche Integrationsmassnahmen seien im C. \_\_\_-Gutachten weder beurteilt noch in Abrede gestellt worden. Die Frage nach der Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen sei gar nicht beantwortet worden (Beschwerde, S. 20 ff. Ziff. 12).

Wie erwähnt (unter E. II. 9.2 hiervor) werden von sämtlichen Gutachtern zwar medizinische, jedoch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen als notwendig erachtet.

Eine medizinische Expertise hat sich zu dieser Frage auch nicht grundsätzlich zu äussern, sondern sie kann einzig Teilaspekte, wie namentlich die objektive und allenfalls auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit, beurteilen.

Aus rechtlicher Sicht könnten aufwändige berufliche Eingliederungsmassnahmen, wie namentlich eine Umschulung, mit Blick auf das Alter der Beschwerdeführerin und die verbleibende Aktivitätsdauer (knapp dreieinhalb Jahre bei Erlass der angefochtenen Verfügung) von vornherein nicht mehr als verhältnismässig gelten. Infrage kommen könnte allenfalls eine Unterstützung bei der Stellensuche. Eine solche machte jedoch bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung keinen Sinn, da keine Klarheit über die möglichen Erwerbstätigkeiten bestand. Die Beschwerde ist in diesem Punkt unbegründet.

18.

18.1 Die Beschwerdeführerin hatte in ihrem subeventualiter gestellten materiellen Antrag verlangt, es seien ihr «die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 %» zuzusprechen. Mit der Zusprechung einer Viertelsrente wird diesem Antrag im Rentenpunkt entsprochen. Abgewiesen wird die Beschwerde in Bezug auf den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

18.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung ist diese bei teilweisem Obsiegen insoweit zu kürzen, als das weitergehende Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Anwalts beeinflusst hat (vgl. Urteil 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Die Beschwerdeführerin hat in Bezug auf den Rentenanspruch als obsiegend, in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen als unterliegend zu gelten. Der Aufwand, der allein durch das letztere Rechtsbegehren verursacht wurde, ist jedoch vernachlässigbar. Der Beschwerdeführerin ist daher eine volle Parteientschädigung zuzusprechen.

18.3 Rechtsanwalt Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 21. Februar 2019 einen Zeitaufwand von 19,73 Stunden und Auslagen von CHF 116.70 geltend. Der zu entschädigende Zeitaufwand ist um Positionen zu reduzieren, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist (dazu gehören beispielsweise Orientierungskopien und Gesuche um Akteneinsicht) sowie Kontakte mit Dritten (wie hier der Rechtsschutzversicherung). Hier werden Positionen vom 15. November 2017 (0.25 Stunden), 22. November 2017 (zweimal 0,17 Stunden), 10. Dezember 2018 (0,17 Stunden) und 15. Februar 2019 (0.08 Stunden), total 0.84 Stunden in Abzug gebracht. Der nachprozessuale Aufwand wird angesichts des weitgehenden Obsiegens praxisgemäss auf 0,5 Stunden bemessen. Damit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 18,39 Stunden. Dieser fällt im Quervergleich hoch aus, kann aber mit Blick auf die Umstände gerade noch als angemessen gelten. Praxisgemäss wird ein Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 nur in Ausnahmefällen mit deutlich erhöhter sachverhaltlicher oder rechtlicher Komplexität zugesprochen; ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Das Honorar beläuft sich somit auf CHF 4'781.40; davon entfallen CHF 3'161.60 (12.16 Stunden à CHF 260.00) auf das Jahr 2017, CHF 1'619.80 (6,23 Stunden à CHF 260.00) auf die Jahre 2018 und 2019. Bei den Auslagen sind die 54 Kopien mit CHF 0.50 pro Stück und

die Fahrspesen mit CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 in Verbindung mit § 150 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 Gebührentarif [GT, BGS 615.11] und § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrags [GAV, BGS 126.3]); dies führt zu einer Reduktion um CHF 27.00 (Kopien) und CHF 13.60 (Fahrspesen) auf CHF 76.10 (CHF 40.80 im Jahr 2017, CHF 35.30 in den Jahren 2018 und 2019). Mit der Mehrwertsteuer von CHF 383.65 (8 % x CHF 3'202.40 = CHF 256.20 und 7,7 % x 1'655.10 = 127.45) resultiert eine Parteientschädigung von CHF 5'241.15.

18.4 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. Als im Hauptpunkt unterliegende Partei hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Die Verfügung vom 24. Oktober 2017 wird aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juni 2016. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 5'241.15 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.
4. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückerstattet.
5. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 21. Februar 2019 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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