

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.233 vom 26. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.233](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.233)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.233 du 26 octobre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.233 del 26 ottobre 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten 1.2 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und/oder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

### E. 2

2.1 Der revisionsrechtlich massgebende Sachverhalt betrifft die Erhöhung der Invalidenrente per 1. April 2019 sowie deren nachfolgende Herabsetzung per 1. Oktober 2019 auf eine halbe Rente, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. Der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens umfasst den gesamten Anspruch ab 1. April 2019 (vgl. BGE 125 V 413). 2.2 Demnach haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 2.4 Anlass zur Rentenrevision 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. 133). Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode revidierbar. Bei den Renten der Invalidenversicherung ist grundsätzlich jede Änderung des Sachverhalts, die zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenwertes (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) führt, als erheblich zu betrachten. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in

rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b m. H.; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des von der versicherten Person gestellten Revisionsgesuchs (vgl. Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV). Zu berücksichtigen ist auch die anschliessende Entwicklung bis zum Erlass der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 385 E. 4.2 S. 391).

### **E. 3**

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

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 3.4 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2). 4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente der Beschwerdeführerin per 1. April 2019 zu Recht von einer halben auf eine ganze Rente erhöht und sodann per 1. Oktober 2019 wieder auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit des Revisionsgesuchs vom 10. April 2019, unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklung bis zum Erlass der streitigen neuen Verfügung vom 26. Oktober 2020 (vgl. E. II. 2.4 hiavor). Vorliegend erfolgte im Rahmen der am 15. Oktober 2014 eingeleiteten eingliederungsorientierten Rentenrevision eine umfassende Begutachtung, in deren Anschluss der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 8. Dezember 2017 weiterhin eine halbe Invalidenrente ausgerichtet wurde (vgl. E. I. 1.2 hiavor). Darauf ist zurückzugreifen.

4.1 Zum Zeitpunkt der Mitteilung vom

## **E. 8**

Dezember 2017 stellte die Beschwerdegegnerin zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017 in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie ab (IV-Nrn. 91.1 – 91.5). Demgemäss lagen bei der Beschwerdeführerin

folgende Diagnosen vor (IV-Nr. 91.1 S. 11): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode F33.0 2. Emotional instabile Persönlichkeit (F60.3) 3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Beginnende Gonarthrose rechts, aktuell ohne Reizzustand mit leichtgradiger Funktionseinschränkung 2. St. n. dorsomedialer und dorsolateraler Tibiakantenimpressionsfraktur Knie rechts vom 9. Februar 2015 3. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom bei beginnenden degenerativen Veränderungen mit leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik 4. Chronisches cervicocephales Syndrom bei Muskelspannungsstörungen und leichtgradiger Funktionseinschränkung 5. St. n. HWS-Distorsionstrauma 1999 6. Adipositas (BMI 42.2 kg/m<sup>2</sup>) 7. Anamnestisch einfache Migräne ohne Aura – derzeit symptomfrei In der Konsensbeurteilung wurde festgehalten, im Fachbereich der Psychiatrie seien eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode, eine emotional instabile Persönlichkeit, als auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festzuhalten. Im Längsschnitt liessen sich depressive Phasen abgrenzen, die auch behandlungsbedürftig gewesen seien. Insofern sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung evident. Die Stärke der Phasen sei unterschiedlich gewesen, von leicht bis mittelschwer. Die biografische Entwicklung mit den darin festgehaltenen neurotisierenden Elementen sowie auch der Ausgestaltung des späteren Beziehungslebens der Beschwerdeführerin liessen keinen Zweifel an der emotional instabilen Persönlichkeit. Die nach dem Unfall vorhandenen Schmerzen, die zur Invaliditätsrente geführt hätten und sicher über sechs Monate vorhanden gewesen seien, rechtfertigten gemeinsam mit dem depressiven Stimmungsschwanken, auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Diagnose und der chronische Verlauf rechtfertigten somit die Diagnose der Schmerzverarbeitungsstörung. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % habe sich auch positiv auf die psychische Labilität ausgewirkt. Die Beschwerdeführerin habe sich mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit besser stabilisieren können. Sicher sei es, dass rückwirkend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu einer grösseren Labilisierung ihrer psychischen Verfassung führen würde. Aus psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin eine Einschränkung von 50 % (IV-Nr. 91.1 S. 12). Orthopädisch-traumatologisch seien eine beginnende Gonarthrose rechts ohne aktuellen Reizzustand mit leichtgradiger Funktionseinschränkung, ein chronisches thorako-lumbovertebrales Syndrom bei beginnenden degenerativen Veränderungen mit leichter bis mittelgradiger Funktionseinschränkung und ein chronisches zervikozephalisches Syndrom bei Muskelspannungsstörung mit leichtgradiger Funktionseinschränkung und ein St. n. HWS-Distorsionstrauma aus dem Jahre 1999 aufzuführen. Bei der klinischen Untersuchung stelle sich eine linkskonvexe Seitabweichung der Brust- und Lendenwirbelsäule dar. Die Funktionen seien leicht bis mittelgradig funktionseingeschränkt. Für die LWS-Inklination bestehe eine Befundinkonsistenz, da bei gleicher Funktionsprüfung aus unterschiedlichen Körperpositionen ein eindeutig abweichendes Ergebnis festgestellt worden sei. Der Finger-Bodenabstand bei Inklination betrage 25 cm. Der Langfinger-Zehenspitzen-Abstand im Langsitz betrage 0 cm. Diese Befundinkonsistenz werde als Befundverdeutlichung gewertet. Die radiologischen Aufnahmen zeigten keine dem Alter vorausseilende degenerative Veränderung. Im Bereich des rechten Kniegelenks habe die Beschwerdeführerin im Jahre 2015 eine Tibiakonsolen-Fraktur erlitten, die konservativ ausgeheilt und anschliessend ein Jahr später

arthroskopisch assistiert operiert worden sei. Die Funktionsprüfung zeige eine leichtgradige Funktionseinschränkung ohne Hinweiszeichen auf eine seitendifferente Umfangsverminderung der Beinmuskulatur. Aktuell zeige sich kein Reizzustand des Kniegelenkes. Aus somatischer Sicht beeinträchtigten die aufgeführten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lehrerin nicht. Die Tätigkeit werde als leidensadaptiert eingeschätzt (IV-Nr. 91.1 S. 12). Neurologisch ergebe sich ausschliesslich die Diagnose der einfachen Migräne ohne Aura. Bei der jetzigen neurologischen Untersuchung seien keine Ausfälle zu objektivieren gewesen. Die Hirnnerven seien frei gewesen. Es bestünden keine Paresen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Reflexauffälligkeiten oder Koordinationsstörungen. Internistisch werde lediglich eine erhebliche Adipositas festgestellt. Es bestehe jedoch keine Erkrankung, die die Arbeitsfähigkeit einschränke. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lehrerin und in leidensadaptierten Tätigkeiten um 50 % eingeschränkt sei und 50 % betrage. Die Tätigkeit als Lehrerin werde als leidensadaptiert eingeschätzt. Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu maximal

#### **E. 10**

kg durchzuführen. Tätigkeiten in kniender oder hockender Stellung, Tätigkeiten, die ein erhöhtes Mass an Standsicherheit erfordern würden, wie auf Leitern und Gerüsten, seien zu vermeiden. Darüber hinaus seien Tätigkeiten unter dem Einfluss von extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe zu vermeiden. Psychiatrisch sei im Sinne des Mini-ICF-APP das Belastungsprofil geprägt durch eine Reduktion der Stresstoleranz und der Fähigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten sowie eine reduzierte Umstellungsfähigkeit. 4.2 Zum weiteren Verlauf bis zur angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 lagen folgende medizinische Unterlagen vor: 4.2.1 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Blitzzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit vom 24. April 2018 zu Händen der G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 101 S. 2) die Diagnose eines zum Teil schweren depressiven Zustandsbildes auf und attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 5. Februar bis 12. August 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die voraussichtliche Arbeitsaufnahme werde per 15. August 2018 zu 50 % erfolgen. Als Einfluss weiterer, nichtmedizinischer Faktoren auf die Arbeitsunfähigkeit nannte sie «Mobbing am Arbeitsplatz». Am 8. August 2018 berichtete sie sodann von einem aktuell mittelgradigen depressiven Zustandsbild (zu Beginn schwere Depression) und einer leichten Verbesserung. Aktuell sei die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Sie brauche noch Zeit zur Stabilisierung vor erneutem Arbeitsversuch (IV-Nr. 101 S. 3 f.). In ihrem Verlaufsbericht vom 29. August 2018 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin weiterhin arbeitsunfähig sei. Bei Gesprächen über die Arbeitsaufnahme habe die Beschwerdeführerin einen Rückfall (Panikattacken, Schmerzen) erlitten. Sie werde sich erholen (IV-Nr. 101 S. 5). 4.2.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 11. Juni 2019 (IV-Nr. 108) fest, anlässlich der heutigen Konsultation habe sich die Beschwerdeführerin in einem insgesamt gebesserten Allgemeinzustand präsentiert. Sie habe weiterhin eine latente depressive Symptomatik mit Freudlosigkeit, finanziellen und sonstigen Zukunftssorgen, Schlafbeschwerden neben ihren Schmerzen im Rahmen der chronischen Schmerzstörung beschrieben. Es bestehe ein sogenannter Prädiabetes mit leicht erhöhten Blutzuckerwerten sowie eine Adipositas. Zwischenzeitlich sei der Verdacht auf ein Ovarialkarzinom gestellt worden. Zum Glück habe sich die

Verdachtsdiagnose als nicht zutreffend erwiesen, nachdem die Beschwerdeführerin im Dezember 2018 eine Adnexektomie links habe vornehmen lassen müssen. Bezüglich der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, diese seien im IV-Gutachten vom Jahr 2017 bereits zusammengefasst worden, neue Diagnosen seien seines Erachtens nicht aufgetreten. Ergänzend zu den im Jahr 2017 genannten Diagnosen sei ein Prädiabetes zu nennen, der keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Fragen betreffend die Arbeitsfähigkeit liess Dr. med. H.\_\_\_\_ unbeantwortet und verwies auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_.

4.2.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 14. Juni 2019 (IV-Nr. 107) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradig (F33.01; F33.1) 2. Angst + depressive Störung gemischt (F41.2) 3. Emotional instabile Persönlichkeit (F60.3) 4. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) Weiter hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, es hätten sich zunehmend Probleme mit der beruflichen Tätigkeit (Kindern und Lehrern) ergeben. Nach einem halbjährigen unbezahlten Urlaub gehe gar nichts mehr. Die Beschwerdeführerin habe einen Zusammenbruch mit Panikattacken, schweren depressiven Symptomen und sehr starken Schmerzen (Kopf und Rücken) erlitten. Der psychische Gesundheitszustand habe sich verbessert. Die Panikattacken seien seltener geworden, sie habe weniger Insuffizienzgefühle und Ängste, sei jedoch noch wenig belastbar. Für die Zeit von Oktober 2018 bis Ende Mai 2019 attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. Juni 2019 bis auf Weiteres attestierte sie eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Weiter führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, die bisherige Tätigkeit als Lehrerin sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne sie zu Beginn zwei Stunden pro Tag ausüben. Nach langsamer, angemessener Tätigkeit über Wochen bis Monate sei eine Steigerung auf ein Pensum von 50 % möglich. Die körperlichen und psychischen Hindernisse stünden einer Eingliederung im Wege. Die Beschwerdeführerin wolle, wenn möglich, zurzeit keine IV. Sie wolle in Kenia (Nairobi) ein Camp für Touristen aufbauen. Dort habe sie früher eine Schule mitaufgebaut. Dies brauche Zeit. Für die Übergangszeit werde eine Anmeldung beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) erfolgen.

4.2.4 Am 21. August 2019 nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 110). Seiner Stellungnahme lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) 2. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) 3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 4. Gonarthrose rechts mit leichtgradiger Funktionseinschränkung bei Status nach Tibiakantenimpressionsfraktur dorsomedial und dorsolateral am 9. Februar 2015 5. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom bei beginnenden degenerativen Veränderungen mit leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom bei Muskelspannungsstörungen 2. St. n. HWS-Distorsionstrauma 1999 3. Adipositas 4. Anamnestisch einfache Migräne ohne Aura Weiter hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, an aktuellen medizinischen Berichten seien der IV-Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2019 und derjenige von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2019 vorgelegen. Vergleichsbasis für die Beurteilung des Verlaufs seit der letzten Revision sei das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017. Von somatischer Seite seien im Bericht

des Hausarztes als neue Diagnosen ein Status nach abdominaler Hysterektomie und Adnexektomie rechts bei Verdacht auf Ovarialkarzinom, der sich nicht bestätigt habe, und ein Prädiabetes genannt worden. Ansonsten verweise der Hausarzt auf die Zusammenfassung im Gutachten der D.\_\_\_\_. Aktuell im Vordergrund sei das psychische Leiden, entsprechend sei die behandelnde Psychiaterin federführend. Letztere schildere in ihrem Bericht vom 14. Juni 2019, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin nach einem halbjährigen unbezahlten Urlaub deutlich verschlechtert habe. Sie habe einen psychischen Zusammenbruch mit Panikattacken, schweren depressiven Symptomen und sehr starken Schmerzen (Kopf und Rücken) erlitten. Inzwischen gehe es ihr im Rahmen der Krankschreibung zu 100 % (Oktober 2018 bis 31. Mai 2019 bzw. 80 % ab 1. Juni 2019) wieder besser. Aktuell liege noch eine leichte bis mittelgradige Depressivität vor. Eine Rückkehr in die Tätigkeit als Lehrerin sei nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei beginnend mit zwei Stunden täglich möglich. Eine langsame Steigerung über Wochen bis Monate mit dem Ziel eines Pensums von 50 % sei wahrscheinlich möglich. Die Beschwerdeführerin wünsche jedoch zurzeit keine Unterstützung durch die IV (gemeint seien hier wahrscheinlich berufliche Massnahmen), da sie in nächster Zeit in Nairobi, Kenia, ein Camp für Touristen aufbauen helfen wolle. Auch aus Sicht des RAD sei die Beschwerdeführerin einer Unterrichtstätigkeit nicht mehr gewachsen. Es sei davon auszugehen, dass der halbjährige unbezahlte Urlaub ein Versuch gewesen sei, sich von der übermässigen Belastung zu erholen. Die Rückkehr in den Schuldienst habe dann aber umso härter die Überforderung offenbart, was die akute Krise ausgelöst haben dürfte. Hingegen sollte eine dem Bildungsniveau angepasste Tätigkeit mehr im Hintergrund nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 27. November 2018 bis 31. Mai 2019 und von 80 % vom 1. Juni 2019 bis 30. Juni 2019 und im Rahmen eines Pensums von 50 % ab 1. Juli 2019 wieder möglich sein. Der Gesundheitszustand habe sich laut Bericht der behandelnden Psychiaterin nach dem Einbruch Ende November 2018 inzwischen wieder deutlich verbessert und entspreche in etwa wieder dem Vorniveau. Dafür spreche auch, dass die Beschwerdeführerin sich offenbar in einem Aufbauprojekt in Kenia engagieren wolle.

4.2.5 Dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2020 (IV-Nr. 119) ist zu entnehmen, dass sie der Beschwerdeführerin für die Tätigkeit als Lehrerin weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Für einfachere Arbeiten bestehe weiterhin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Das Ziel von 50%iger Arbeitsfähigkeit erscheine unrealistisch. Nachdem sich der Gesundheitszustand nach ihrem Zusammenbruch verbessert habe, habe die Beschwerdeführerin im Dezember 2019 wegen einer Belastung (schwere Erkrankung ihres Freundes) einen schweren Rückfall erlitten. Sie leide erneut an einer Depression, an Ängsten und massiven Schmerzen am ganzen Körper, fühle sich erschöpft, ängstlich und hilflos. Den Lehrerberuf werde sie aus psychischen Gründen definitiv nicht mehr ausüben können. Wenn sie die jetzige depressive Krise überwunden haben werde, werde sie hoffentlich stundenweise leichte Arbeiten verrichten können, evtl. in einem Reisebüro. Im Jahr 2019 habe sie versucht ein Ferienresort in Kenia aufzubauen, habe jedoch einsehen müssen, dass sie dies massiv überfordern würde. Im Bericht vom Juni 2019 habe sie auf eine Erhöhung der Invalidenrente verzichten wollen. Jetzt sehe die Beschwerdeführerin, dass es ohne Erhöhung der halben Invalidenrente auf eine ganze Rente nicht gehe.

5. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 26. Oktober 2020 in der Hauptsache auf die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 21. August 2019 (vgl. E. II. 4.2.4 hiervor) stützt, ist im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen. Gegen die Feststellung,

dass sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit der letzten umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts (vgl. E. II. 4. hiervor) nicht verändert haben soll, bringt die Beschwerdeführerin nichts vor. 5.1 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange „nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit“ der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3. mit Hinweisen). 5.2 Da der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_ die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht und daher eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ist festzuhalten, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Die Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt von Dr. med. E. \_\_\_ wird diesen Anforderungen nicht vollumfänglich gerecht, weshalb seine Stellungnahme vom 21. August 2019 als Entscheidungsgrundlage nicht ausreichend ist. So fehlen in seinem Bericht weitgehend schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der geltend gemachten Verschlechterung und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit im strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 5.2.2). Weitere ärztliche Ausführungen, die eine (rechtsgenügend) zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand des anwendbaren Indikatorenkataloges erlaubten, sind nicht aktenkundig. Sodann attestierte Dr. med. F. \_\_\_ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 14. Juni 2019 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2019 bis auf Weiteres. Weiter war sie der Auffassung, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich nach ihrem Zusammenbruch verbessert und stelle in Aussicht, nach langsamer angemessener Tätigkeit beginnend mit zwei Stunden pro Tag wäre über Wochen bis Monate eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit möglich (vgl. E. II. 4.2.3 hiervor). Sie konnte also keine genauen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machen. Vor diesem Hintergrund ist zwar bis zu einem gewissen Grad plausibel, aber letztlich nicht hinreichend abgestützt, wenn der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_ – der die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hatte – in Abweichung hierzu zum Schluss kam, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin laut Bericht der behandelnden Psychiaterin nach dem Einbruch Ende November 2018 inzwischen wieder deutlich verbessert habe und in etwa wieder dem Vorniveau entspreche, weshalb ab 1. Juli 2019 wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden könne (IV-Nr. 110). Ferner ist unklar,

welches Gewicht die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_ den von ihr aufgeführten psychosozialen Belastungsfaktoren bei ihrer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit beimass. So berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 24. April 2018 zu Handen der Taggeldversicherung G.\_\_\_\_ von einem Mobbingvorfall am Arbeitsplatz als nichtmedizinischer Faktor mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 101; E. II. 4.2.1 hiervor). Dieser Bericht findet sich nicht in der Aktenanamnese der RAD-Beurteilung vom 21. August 2019 (vgl. IV-Nr. 110). Schliesslich legte Dr. med. F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 9. Februar 2020 dar, das Ziel mit 50%iger Arbeitsfähigkeit sei unrealistisch, für einfachere Arbeiten liege eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vor. Als Auslöser dieser Verschlechterung nannte sie einen im Dezember 2019 erlittenen schweren Rückfall wegen einer Belastung (schwere Erkrankung des Partners). Die Beschwerdeführerin leide erneut an einer Depression, Ängsten und massiven Schmerzen am ganzen Körper, fühle sich erschöpft, ängstlich und hilflos (vgl. E. II. 4.2.5 hiervor). Dieser Bericht wurde im Vorbescheidverfahren eingereicht und dem RAD-Arzt nicht mehr vorgelegt.

Zusammenfassend beruht die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2020 auf einer unvollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Unter diesen Umständen bildet eine Aktenbeurteilung durch den RAD keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet daher nicht ein. Damit bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des RAD. Angesichts dessen, dass bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich im vorliegenden Fall die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Stellungnahme des RAD abstützen. Auch die weiteren fachärztlichen Beurteilungen stellen keine rechtsgenügeliche medizinische Entscheidgrundlage dar, auf welche abschliessend abgestellt werden könnte. Hier ist überdies die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Demnach sind weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gutachtens zu veranlassen.

6. 6.1 Gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 hat die Beschwerdeinstanz bei ungenügenden medizinischen Abklärungen im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist.

6.2 Wie soeben in Erwägung II. 5.2 hiervor dargelegt, ist die medizinische Situation nicht beweiskräftig abgeklärt. Die Frage der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund der Stellungnahme des RAD nicht zuverlässig beurteilen. Die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin machte diesbezüglich in ihren genannten Berichten lediglich vage Angaben, weshalb ihrer Beurteilung ebenfalls keine überzeugende Antwort in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden kann. Daraus folgt, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen und daher eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zuzumuten sind, nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich ist. Diese Frage wurde ungenügend bis gar nicht geklärt. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend ausnahmsweise, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Form eines psychiatrischen Gutachtens zum

Gesundheitszustand und zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine rechtsgenügende Beurteilung einhole, die sich in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 143 V 418) zu äussern haben wird. Sodann wird im Rahmen der gutachterlichen Abklärung zu prüfen sein, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Mitteilung vom 8. Dezember 2017 verändert hat. Nach den erfolgten Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. April 2019 zu entscheiden haben.

7. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2020 aufzuheben.

8. 8.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 1. März 2021 seine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 24), in welcher ein Zeitaufwand von insgesamt 4,2 Stunden und eine Entschädigung von insgesamt CHF 1'172.10 geltend gemacht werden. Dies erscheint in Anbetracht des Aufwandes und der Schwierigkeiten des Prozesses angemessen. Einzig was die Auslagen von CHF 32.30 anbelangt, so sind die 26 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 13.00 auf CHF 19.30. Vor diesem Hintergrund ist die Entschädigung auf total CHF 1'158.10 (inkl. Auslagen von CHF 19.30 sowie MwSt von CHF 82.80) festzusetzen.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückzuerstatten.

## **E. 23**

ff.) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine Kostennote zu den Akten.

6. Mit Verfügung vom 31. März 2021 (A.S. 26 ff.) teilt der Präsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit, dass nach vorläufiger Einschätzung des Instruktionsrichters eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin mit anschliessend möglicher reformatio in peius infrage kommen könnte. Der Beschwerdeführerin wird Gelegenheit geboten, sich ergänzend zu äussern oder die Beschwerde zurückzuziehen. Innert Frist lässt die Beschwerdeführerin dem Versicherungsgericht mit Eingabe vom 19. April 2021 (A.S. 30) mitteilen, dass an der Beschwerde vollumfänglich festgehalten und ein richterlicher Entscheid gewünscht werde.

7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten

1.2 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und/oder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2.

2.1 Der revisionsrechtlich massgebende Sachverhalt betrifft die Erhöhung der Invalidenrente per 1. April 2019 sowie deren nachfolgende Herabsetzung per 1. Oktober 2019 auf eine halbe Rente, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. Der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens umfasst den gesamten Anspruch ab 1. April 2019 (vgl. BGE 125 V 413).

2.2 Demnach haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4 Anlass zur Rentenrevision 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. 133). Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode revidierbar. Bei den Renten der Invalidenversicherung ist grundsätzlich jede Änderung des Sachverhalts, die zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenwertes (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) führt, als erheblich zu betrachten. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b m. H.; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden

Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des von der versicherten Person gestellten Revisionsgesuchs (vgl. Art. 88bisAbs. 1 lit. a IVV). Zu berücksichtigen ist auch die anschliessende Entwicklung bis zum Erlass der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 385 E. 4.2 S. 391).

3.

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

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen

Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

3.4 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente der Beschwerdeführerin per 1. April 2019 zu Recht von einer halben auf eine ganze Rente erhöht und sodann per 1. Oktober 2019 wieder auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit des Revisionsgesuchs vom 10. April 2019, unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklung bis zum Erlass der streitigen neuen Verfügung vom 26. Oktober 2020 (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Vorliegend erfolgte im Rahmen der am 15. Oktober 2014 eingeleiteten eingliederungsorientierten Rentenrevision eine umfassende Begutachtung, in deren Anschluss der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 8. Dezember 2017 weiterhin eine halbe Invalidenrente ausgerichtet wurde (vgl. E. I. 1.2 hiervor). Darauf ist zurückzugreifen.

4.1 Zum Zeitpunkt der Mitteilung vom 8. Dezember 2017 stellte die Beschwerdegegnerin zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017 in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie ab (IV-Nrn. 91.1 ■ 91.5). Demgemäss lagen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen vor (IV-Nr. 91.1 S. 11):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

In der Konsensbeurteilung wurde festgehalten, im Fachbereich der Psychiatrie seien eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode, eine emotional instabile Persönlichkeit, als auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festzuhalten. Im Längsschnitt liessen sich depressive Phasen abgrenzen, die auch behandlungsbedürftig gewesen seien. Insofern sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung evident. Die Stärke der Phasen sei unterschiedlich gewesen, von leicht bis mittelschwer. Die biografische Entwicklung mit den darin festgehaltenen neurotisierenden Elementen sowie auch der Ausgestaltung des späteren Beziehungslebens der Beschwerdeführerin liessen keinen Zweifel an der emotional instabilen Persönlichkeit. Die nach dem Unfall vorhandenen Schmerzen, die zur Invaliditätsrente geführt hätten und sicher über sechs Monate vorhanden gewesen seien, rechtfertigten gemeinsam mit dem depressiven Stimmungsschwanken, auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Diagnose und der chronische Verlauf rechtfertigten somit die Diagnose der Schmerzverarbeitungsstörung. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % habe sich auch positiv auf die psychische Labilität ausgewirkt. Die Beschwerdeführerin habe sich mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit besser stabilisieren können. Sicher sei es, dass rückwirkend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu einer grösseren Labilisierung ihrer psychischen Verfassung führen würde. Aus psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin eine Einschränkung von 50 % (IV-Nr. 91.1 S. 12).

Orthopädisch-traumatologisch seien eine beginnende Gonarthrose rechts ohne aktuellen Reizzustand mit leichtgradiger Funktionseinschränkung, ein chronisches thorako-lumbovertebrales Syndrom bei beginnenden degenerativen Veränderungen mit leichter bis mittelgradiger Funktionseinschränkung und ein chronisches zervikozephalales Syndrom bei Muskelspannungsstörung mit leichtgradiger Funktionseinschränkung und ein St. n. HWS-Distorsionstrauma aus dem Jahre 1999 aufzuführen. Bei der klinischen Untersuchung stelle sich eine linkskonvexe Seitabweichung der Brust- und Lendenwirbelsäule dar. Die Funktionen seien leicht bis mittelgradig funktionseingeschränkt. Für die LWS-Inklination bestehe eine Befundinkonsistenz, da bei gleicher Funktionsprüfung aus unterschiedlichen Körperpositionen ein eindeutig abweichendes Ergebnis festgestellt worden sei. Der Finger-Bodenabstand bei Inklination betrage 25 cm. Der Langfinger-Zehenspitzen-Abstand im Langsitz betrage 0 cm. Diese Befundinkonsistenz werde als Befundverdeutlichung gewertet. Die radiologischen Aufnahmen zeigten keine dem Alter vorausseilende degenerative Veränderung. Im Bereich des rechten Kniegelenks habe die Beschwerdeführerin im Jahre 2015 eine Tibiakonsolen-Fraktur erlitten, die konservativ ausgeheilt und anschliessend ein Jahr später arthroskopisch assistiert operiert worden sei. Die Funktionsprüfung zeige eine leichtgradige Funktionseinschränkung ohne Hinweiszeichen auf eine seitendifferente Umfangsverminderung der Beinmuskulatur. Aktuell zeige sich kein Reizzustand des Kniegelenkes. Aus somatischer Sicht beeinträchtigten die aufgeführten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lehrerin nicht. Die Tätigkeit werde als leidensadaptiert eingeschätzt (IV-Nr. 91.1 S. 12).

Neurologisch ergebe sich ausschliesslich die Diagnose der einfachen Migräne ohne Aura. Bei der jetzigen neurologischen Untersuchung seien keine Ausfälle zu objektivieren gewesen. Die Hirnnerven seien frei gewesen. Es bestünden keine Paresen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Reflexauffälligkeiten oder Koordinationsstörungen.

Internistisch werde lediglich eine erhebliche Adipositas festgestellt. Es bestehe jedoch keine Erkrankung, die die Arbeitsfähigkeit einschränke.

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lehrerin und in leidensadaptierten Tätigkeiten um 50 % eingeschränkt sei und 50 % betrage. Die Tätigkeit als Lehrerin werde als leidensadaptiert eingeschätzt. Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu maximal 10 kg durchzuführen. Tätigkeiten in kniender oder hockender Stellung, Tätigkeiten, die ein erhöhtes Mass an Standsicherheit erfordern würden, wie auf Leitern und Gerüsten, seien zu vermeiden. Darüber hinaus seien Tätigkeiten unter dem Einfluss von extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe zu vermeiden. Psychiatrisch sei im Sinne des Mini-ICF-APP das Belastungsprofil geprägt durch eine Reduktion der Stresstoleranz und der Fähigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten sowie eine reduzierte Umstellungsfähigkeit.

4.2 Zum weiteren Verlauf bis zur angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2020 lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

4.2.1 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Blitzzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit vom 24. April 2018 zu Handen der G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 101 S. 2) die Diagnose eines zum Teil schweren depressiven Zustandsbildes auf und attestierte der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 5. Februar bis 12. August 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die voraussichtliche Arbeitsaufnahme werde per 15. August 2018 zu 50 % erfolgen. Als Einfluss weiterer, nichtmedizinischer Faktoren auf die Arbeitsunfähigkeit nannte sie «Mobbing am Arbeitsplatz». Am 8. August 2018 berichtete sie sodann von einem aktuell mittelgradigen depressiven Zustandsbild (zu Beginn schwere Depression) und einer leichten Verbesserung. Aktuell sei die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Sie brauche noch Zeit zur Stabilisierung vor erneutem Arbeitsversuch (IV-Nr. 101 S. 3 f.). In ihrem Verlaufsbericht vom 29. August 2018 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin weiterhin arbeitsunfähig sei. Bei Gesprächen über die Arbeitsaufnahme habe die Beschwerdeführerin einen Rückfall (Panikattacken, Schmerzen) erlitten. Sie werde sich erholen (IV-Nr. 101 S. 5).

4.2.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 11. Juni 2019 (IV-Nr. 108) fest, anlässlich der heutigen Konsultation habe sich die Beschwerdeführerin in einem insgesamt gebesserten Allgemeinzustand präsentiert. Sie habe weiterhin eine latente depressive Symptomatik mit Freudlosigkeit, finanziellen und sonstigen Zukunftssorgen, Schlafbeschwerden neben ihren Schmerzen im Rahmen der chronischen Schmerzstörung beschrieben. Es bestehe ein sogenannter Prädiabetes mit leicht erhöhten Blutzuckerwerten sowie eine Adipositas. Zwischenzeitlich sei der Verdacht auf ein Ovarialkarzinom gestellt worden. Zum Glück habe sich die Verdachtsdiagnose als nicht zutreffend erwiesen, nachdem die Beschwerdeführerin im Dezember 2018 eine Adnexektomie links haben vornehmen lassen müssen. Bezüglich der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, diese seien im IV-Gutachten vom Jahr 2017 bereits zusammengefasst worden, neue Diagnosen seien seines Erachtens nicht aufgetreten. Ergänzend zu den im Jahr 2017 genannten Diagnosen sei ein Prädiabetes zu nennen, der keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Fragen betreffend die Arbeitsfähigkeit liess Dr. med. H.\_\_\_\_ unbeantwortet und verwies auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_.

4.2.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 14. Juni 2019 (IV-Nr. 107) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Weiter hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, es hätten sich zunehmend Probleme mit der beruflichen Tätigkeit (Kindern und Lehrern) ergeben. Nach einem halbjährigen unbezahlten Urlaub gehe gar nichts mehr. Die Beschwerdeführerin habe einen Zusammenbruch mit Panikattacken, schweren depressiven Symptomen und sehr starken Schmerzen (Kopf und Rücken) erlitten. Der psychische Gesundheitszustand habe sich verbessert. Die Panikattacken seien seltener geworden, sie habe weniger Insuffizienzgefühle und Ängste, sei jedoch noch wenig belastbar. Für die Zeit von Oktober 2018 bis Ende Mai 2019 attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. Juni 2019 bis auf Weiteres attestierte sie eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Weiter führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, die bisherige Tätigkeit als Lehrerin sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne sie zu Beginn zwei Stunden pro Tag ausüben. Nach langsamer, angemessener Tätigkeit über Wochen bis Monate sei eine Steigerung auf ein Pensum von 50 % möglich. Die körperlichen und psychischen Hindernisse stünden einer Eingliederung im Wege. Die Beschwerdeführerin wolle, wenn möglich, zurzeit keine IV. Sie wolle in Kenia (Nairobi) ein Camp für Touristen aufbauen. Dort habe sie früher eine Schule mitaufgebaut. Dies brauche Zeit. Für die Übergangszeit werde eine Anmeldung beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) erfolgen.

4.2.4 Am 21. August 2019 nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 110). Seiner Stellungnahme lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Weiter hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, an aktuellen medizinischen Berichten seien der IV-Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2019 und derjenige von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2019 vorgelegen. Vergleichsbasis für die Beurteilung des Verlaufs seit der letzten Revision sei das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 15. August 2017. Von somatischer Seite seien im Bericht des Hausarztes als neue Diagnosen ein Status nach abdominaler Hysterektomie und Adnexektomie rechts bei Verdacht auf Ovarialkarzinom, der sich nicht bestätigt habe, und ein Prädiabetes genannt worden. Ansonsten verweise der Hausarzt auf die Zusammenfassung im Gutachten der D.\_\_\_\_. Aktuell im Vordergrund sei das psychische Leiden, entsprechend sei die behandelnde Psychiaterin federführend. Letztere schildere in ihrem Bericht vom 14. Juni 2019, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin nach einem halbjährigen unbezahlten Urlaub deutlich verschlechtert habe. Sie habe einen psychischen Zusammenbruch mit Panikattacken, schweren depressiven Symptomen und sehr starken Schmerzen (Kopf und Rücken) erlitten. Inzwischen gehe es ihr im Rahmen der Krankschreibung zu 100 % (Oktober 2018 bis 31. Mai 2019 bzw. 80 % ab 1. Juni 2019) wieder besser. Aktuell liege noch eine leichte bis mittelgradige Depressivität vor. Eine Rückkehr in die Tätigkeit als Lehrerin sei nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei beginnend mit zwei Stunden täglich möglich. Eine langsame Steigerung über Wochen bis Monate mit dem Ziel eines Pensums von 50 % sei wahrscheinlich möglich. Die Beschwerdeführerin

wünsche jedoch zurzeit keine Unterstützung durch die IV (gemeint seien hier wahrscheinlich berufliche Massnahmen), da sie in nächster Zeit in Nairobi, Kenia, ein Camp für Touristen aufbauen helfen wolle. Auch aus Sicht des RAD sei die Beschwerdeführerin einer Unterrichtstätigkeit nicht mehr gewachsen. Es sei davon auszugehen, dass der halbjährige unbezahlte Urlaub ein Versuch gewesen sei, sich von der übermässigen Belastung zu erholen. Die Rückkehr in den Schuldienst habe dann aber umso härter die Überforderung offenbart, was die akute Krise ausgelöst haben dürfte. Hingegen sollte eine dem Bildungsniveau angepasste Tätigkeit mehr im Hintergrund nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 27. November 2018 bis 31. Mai 2019 und von 80 % vom 1. Juni 2019 bis 30. Juni 2019 und im Rahmen eines Pensums von 50 % ab 1. Juli 2019 wieder möglich sein. Der Gesundheitszustand habe sich laut Bericht der behandelnden Psychiaterin nach dem Einbruch Ende November 2018 inzwischen wieder deutlich verbessert und entspreche in etwa wieder dem Vorniveau. Dafür spreche auch, dass die Beschwerdeführerin sich offenbar in einem Aufbauprojekt in Kenia engagieren wolle.

4.2.5 Dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_ vom 9. Februar 2020 (IV-Nr. 119) ist zu entnehmen, dass sie der Beschwerdeführerin für die Tätigkeit als Lehrerin weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Für einfachere Arbeiten bestehe weiterhin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Das Ziel von 50%iger Arbeitsfähigkeit erscheine unrealistisch. Nachdem sich der Gesundheitszustand nach ihrem Zusammenbruch verbessert habe, habe die Beschwerdeführerin im Dezember 2019 wegen einer Belastung (schwere Erkrankung ihres Freundes) einen schweren Rückfall erlitten. Sie leide erneut an einer Depression, an Ängsten und massiven Schmerzen am ganzen Körper, fühle sich erschöpft, ängstlich und hilflos. Den Lehrerberuf werde sie aus psychischen Gründen definitiv nicht mehr ausüben können. Wenn sie die jetzige depressive Krise überwunden haben werde, werde sie hoffentlich stundenweise leichte Arbeiten verrichten können, evtl. in einem Reisebüro. Im Jahr 2019 habe sie versucht ein Ferienresort in Kenia aufzubauen, habe jedoch einsehen müssen, dass sie dies massiv überfordern würde. Im Bericht vom Juni 2019 habe sie auf eine Erhöhung der Invalidenrente verzichten wollen. Jetzt sehe die Beschwerdeführerin, dass es ohne Erhöhung der halben Invalidenrente auf eine ganze Rente nicht gehe.

5. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 26. Oktober 2020 in der Hauptsache auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. August 2019 (vgl. E. II. 4.2.4 hiervor) stützt, ist im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen. Gegen die Feststellung, dass sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit der letzten umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts (vgl. E. II. 4. hiervor) nicht verändert haben soll, bringt die Beschwerdeführerin nichts vor.

5.1 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche **■** "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange **■** "nicht konkrete Indizien gegen

die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3. mit Hinweisen).

5.2 Da der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_ die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht und daher eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ist festzuhalten, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Die Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt von Dr. med. E. \_\_\_ wird diesen Anforderungen nicht vollumfänglich gerecht, weshalb seine Stellungnahme vom 21. August 2019 als Entscheidungsgrundlage nicht ausreichend ist. So fehlen in seinem Bericht weitgehend schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der geltend gemachten Verschlechterung und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit im strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 5.2.2). Weitere ärztliche Ausführungen, die eine (rechtsgenügend) zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand des anwendbaren Indikatorenkataloges erlaubten, sind nicht aktenkundig. Sodann attestierte Dr. med. F. \_\_\_ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 14. Juni 2019 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2019 bis auf Weiteres. Weiter war sie der Auffassung, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich nach ihrem Zusammenbruch verbessert und stelle in Aussicht, nach langsamer angemessener Tätigkeit beginnend mit zwei Stunden pro Tag wäre über Wochen bis Monate eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit möglich (vgl. E. II. 4.2.3 hiervor). Sie konnte also keine genauen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machen. Vor diesem Hintergrund ist zwar bis zu einem gewissen Grad plausibel, aber letztlich nicht hinreichend abgestützt, wenn der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_ ■ der die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hatte ■ in Abweichung hierzu zum Schluss kam, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin laut Bericht der behandelnden Psychiaterin nach dem Einbruch Ende November 2018 inzwischen wieder deutlich verbessert habe und in etwa wieder dem Vorniveau entspreche, weshalb ab 1. Juli 2019 wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden könne (IV-Nr. 110). Ferner ist unklar, welches Gewicht die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_ den von ihr aufgeführten psychosozialen Belastungsfaktoren bei ihrer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit beimass. So berichtete Dr. med. F. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 24. April 2018 zu Händen der Taggeldversicherung G. \_\_\_ von einem Mobbingvorfall am Arbeitsplatz als nichtmedizinischer Faktor mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 101; E. II. 4.2.1 hiervor). Dieser Bericht findet sich nicht in der Aktenanamnese der RAD-Beurteilung vom 21. August 2019 (vgl. IV-Nr. 110). Schliesslich legte Dr. med. F. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 9. Februar 2020 dar, das Ziel mit 50%iger Arbeitsfähigkeit sei unrealistisch, für einfachere Arbeiten liege eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vor. Als Auslöser dieser Verschlechterung nannte sie einen im Dezember 2019 erlittenen schweren Rückfall wegen einer Belastung (schwere Erkrankung des Partners). Die Beschwerdeführerin leide erneut an einer Depression, Ängsten und massiven Schmerzen am ganzen Körper, fühle sich erschöpft, ängstlich und hilflos (vgl. E. II. 4.2.5 hiervor). Dieser Bericht wurde im

Vorbescheidverfahren eingereicht und dem RAD-Arzt nicht mehr vorgelegt.

Zusammenfassend beruht die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2020 auf einer unvollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Unter diesen Umständen bildet eine Aktenbeurteilung durch den RAD keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet daher nicht ein. Damit bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des RAD. Angesichts dessen, dass bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich im vorliegenden Fall die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Stellungnahme des RAD abstützen. Auch die weiteren fachärztlichen Beurteilungen stellen keine rechtsgenügende medizinische Entscheidungsgrundlage dar, auf welche abschliessend abgestellt werden könnte. Hier ist überdies die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Demnach sind weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gutachtens zu veranlassen.

6.

6.1 Gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 hat die Beschwerdeinstanz bei ungenügenden medizinischen Abklärungen im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist.

6.2 Wie soeben in Erwägung II. 5.2 hiervor dargelegt, ist die medizinische Situation nicht beweiskräftig abgeklärt. Die Frage der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund der Stellungnahme des RAD nicht zuverlässig beurteilen. Die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin machte diesbezüglich in ihren genannten Berichten lediglich vage Angaben, weshalb ihrer Beurteilung ebenfalls keine überzeugende Antwort in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden kann. Daraus folgt, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen und daher eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zuzumuten sind, nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich ist. Diese Frage wurde ungenügend bis gar nicht geklärt. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend ausnahmsweise, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Form eines psychiatrischen Gutachtens zum Gesundheitszustand und zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine rechtsgenügende Beurteilung einhole, die sich in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 143 V 418) zu äussern haben wird. Sodann wird im Rahmen der gutachterlichen Abklärung zu prüfen sein, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Mitteilung vom 8. Dezember 2017 verändert hat. Nach den erfolgten Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. April 2019 zu entscheiden haben.

7. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2020 aufzuheben.

8.

8.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 1. März 2021 seine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 24), in welcher ein Zeitaufwand von insgesamt 4,2 Stunden und eine Entschädigung von insgesamt CHF 1'172.10 geltend gemacht werden. Dies erscheint in Anbetracht des Aufwandes und der Schwierigkeiten des Prozesses angemessen. Einzig was die Auslagen von CHF 32.30 anbelangt, so sind die 26 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 13.00 auf CHF 19.30. Vor diesem Hintergrund ist die Entschädigung auf total CHF 1'158.10 (inkl. Auslagen von CHF 19.30 sowie MwSt von CHF 82.80) festzusetzen.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückzuerstatten.

Demnach widerkannt:

2.Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 1'158.10 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3.Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

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

Flückiger

Die Gerichtsschreiberin

Yalcin

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