

SO_GERICHTE VSBES.2022.135 vom 14. November 2023

SO Obergericht, 2023-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.135_d20231114

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.135 du 14 novembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.135 del 14 novembre 2023

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1973 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete seit 1. Februar 1998 als diplomierte Pflegefachfrau im B.____ (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 11). Die Mutter von zwei 1998 und 2001 geborenen Kindern meldete sich am 2. Mai 2003 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an; sie gab an, im März 2002 einen Hirninfarkt rechts erlitten zu haben (IV-Nr. 2). In der Folge sprach ihr die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 27. April 2004 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 60 % eine Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2004 zu (IV-Nr. 20).

1.2 Vom 13. März bis 8. Mai 2008 war die Beschwerdeführerin in der Klinik C.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, wegen einer rezidivierenden depressiven Störung hospitalisiert (IV-Nr. 24 S. 15 ff.). Im März 2009 veranlasste die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein Revisionsverfahren (IV-Nr. 22). Am 12. August 2009 teilte sie der Beschwerdeführerin mit, sie habe bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Grad von 60 %; IV-Nr. 28).

1.3 Am 1. August 2010 trat die Beschwerdeführerin eine Stelle als nebenamtliche Katechetin in der [...] Kirchgemeinde [...] an und liess sich in der Folge zur Katechetin mit Fachausweis ausbilden (IV-Nr. 33, 35, 60, 87 und 94). Im Dezember 2010 führte die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen erneut eine eingliederungsorientierte Rentenrevision durch (IV-Nr. 31). In der Folge veranlasste sie eine interdisziplinäre (internistische, kardiologische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der D.____ (im Folgenden: D.____), welche im Juni 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 1. Oktober 2015 [IV-Nr. 70]). Dazu nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Stellung (Akttenotiz vom 28. April 2016 [IV-Nr. 73] und Stellungnahme vom 4. Mai 2016 [IV-Nr. 74]). Im Weiteren wurde am 27. Juli 2016 eine Haushaltabklärung durchgeführt (Abklärungsbericht vom 18. August 2016, IV-Nr. 75). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 14. November 2016 hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte Dreiviertelsrente der Beschwerdeführerin aufgrund eines in Anwendung der gemischten Methode (50 % Erwerbstätigkeit, 50 % Aufgabenbereich Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrads von nurmehr 25 % auf Ende Dezember 2016 auf (IV-Nr. 79).

1.4 Im Februar 2018 setzte die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit krankheitsbedingt aus (IV-Nr. 94). Vom 1. März bis 20. Juni 2018 hielt sie sich zur stationären Behandlung in der Privatklinik E.____ AG, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, auf (IV-Nr. 90 S. 2 ff., 118.9 S. 14 ff.). Am 19. Juli 2018 (Eingang: 26. Juli 2018) meldete sich die Beschwerdeführerin wegen einer seit Februar 2018 bestehenden schweren Depression mit Angststörungen wieder zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 81). Die Beschwerdegegnerin stellte ihr zunächst mit Vorbescheid vom 26. Juli 2018 ein Nichteintreten in Aussicht (IV-Nr. 80), trat jedoch in der Folge nach Beizug verschiedener medizinischer Unterlagen auf das neue Leistungsbegehren ein (IV-Nr. 91). Vom 22. Januar bis 12. April 2019 war die Beschwerdeführerin in den F.____, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 99). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine weitere polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung im G.____ (im Folgenden: G.____), welche im November und Dezember 2019 durchgeführt wurde (Gutachten vom 30. Dezember 2019, IV-Nr. 118). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin einen Situationsbericht ihres Abklärungsdienstes ein (Stellungnahme vom 12. August 2020, IV-Nr. 137). Mit Vorbescheid vom 14. August 2020 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 46 % die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Februar 2019 in Aussicht (IV-Nr. 138). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 10. September und 6. Oktober 2020 Einwand erheben (IV-Nr. 144 und 149). Der RAD nahm dazu am 8. Januar 2021 Stellung (IV-Nr. 151). Am 11. Januar 2021 ersuchte die Beschwerdegegnerin die Gutachter des G.____ um eine ergänzende Stellungnahme zur konsensual ermittelten Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 152). Dazu äusserten sich die Gutachter mit Eingabe vom 17. Februar 2021 (IV-Nr. 153). Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 155) und dem Rechtsdienst (Eingabe vom 12. Juli 2021, IV-Nr. 159) sowie Einholung einer Stellungnahme bei der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 162) erliess die Beschwerdegegnerin am 5. April 2022 erneut einen Vorbescheid, welcher denjenigen vom 14. August 2020 ersetzte und die Abweisung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen in Aussicht stellte (IV-Nr. 166). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 10. Mai 2022 erneut einen Einwand erheben (IV-Nr. 167). Mit Verfügung vom 3. Juni 2022 wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen ab. Die von der Beschwerdeführerin glaubhaft gemachte Änderung der Verhältnisse sei nicht eingetreten. Die Voraussetzungen einer prozessualen Revision seien nicht erfüllt. Auf ein allenfalls gestelltes Wiedererwägungsgesuch werde nicht eingetreten (IV-Nr. 170; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

E. 2.1

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können

(lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. 2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 3

4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG 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.; vgl. auch BGE 147 V 124). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). 3.2 Tritt der Versicherungsträger, wie hier, auf die

Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob eine für den Anspruch erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) 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).

E. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 5

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 14. November 2016) den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin in Anwendung der (altrechtlichen) gemischten Methode (50 % Erwerbstätigkeit, 50 % Tätigkeit im Haushalt). Sie stützte sich dabei auf die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung im Haushalt vom 27. Juli 2016, wonach sie ohne Gesundheitsschaden ausserhäuslich in einem Teilzeitpensum von maximal 50 % arbeiten würde. Sie halte dem selbstständig erwerbenden Ehemann den Rücken frei und nehme ihm viel ab. Es sei für sie wichtig, dass der Haushalt in Ordnung sei, sie jeden Tag kochen und alles neben ihrer Tätigkeit als Katechetin erledigen könne. Die 1998 geborene Tochter H.____ besuche das Gymnasium in [...] und sei drei- bis viermal pro Woche zum Mittagessen zu Hause; der 2001 geborene Sohn I.____ nehme alle Mahlzeiten zu Hause ein (vgl. IV-Nr. 75 S. 3 ff.). Die 50%ige Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin wurde demnach damals mit der Betreuung und Unterstützung der Familie und der Führung des Haushalts im 6½-Zimmer-Einfamilienhaus mit Garten begründet. Als die vorliegend angefochtene Verfügung vom 3. Juni 2022 erlassen wurde, präsentierten sich die Verhältnisse der Beschwerdeführerin jedoch grundlegend anders. Gemäss dem Situationsbericht des Abklärungsfachmannes der Beschwerdegegnerin vom 12. August 2020 erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie im Gesundheitsfall wieder als Pflegefachfrau mit einem Pensum von 100 % arbeiten würde. Sie lebe nun ■ in Trennung von ihrem Ehemann (vgl. IV-Nr. 126, wo festgestellt wird, die Parteien lebten seit Januar 2017 getrennt) ■ zusammen mit ihrem Sohn in einer

3½-Zimmer-Mietwohnung; die Tochter sei ausgezogen und wohne in einer Wohngemeinschaft. Der Abklärungsfachmann kam zum Schluss, unter Berücksichtigung sämtlicher Kriterien würde die Beschwerdeführerin aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeiten, auch wenn dies aus rein finanzieller Sicht nicht notwendig wäre und in den meisten Pflegeberufen lediglich ein Pensum von 80 % angeboten werde (IV-Nr. 137 S. 4).

5.2.3 Die bei Erlass der angefochtenen Verfügung 49-jährige Beschwerdeführerin verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung als diplomierte Pflegefachfrau. Sie hat auf diesem Beruf vor der Geburt der Kinder über längere Zeit vollzeitlich gearbeitet. Die beiden Kinder (Jg. 1998 und 2001) sind inzwischen volljährig. Die Beschwerdeführerin lebt nunmehr getrennt von ihrem Ehemann zusammen mit ihrem Sohn in einer Mietwohnung. In finanzieller Hinsicht wäre eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit nicht notwendig. Mit Blick auf die konkreten Verhältnisse sowie die Angaben der Beschwerdeführerin kann trotzdem, entsprechend der Einschätzung der Abklärungsperson (vgl. IV-Nr. 137 S. 4) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % ausüben würde. Der Invaliditätsgrad ist daher im Neuanmeldungsverfahren gestützt auf einen reinen Einkommensvergleich (vgl. E. II. 2.3 hiervor) zu bestimmen. Mit dem Wechsel der Bemessungsmethode von der gemischten Methode im Verhältnis 50 zu 50, wie sie der Verfügung vom 14. November 2016 zugrunde lag (vgl. IV-Nr. 79; E. I. 1.3 hiervor) zu einem reinen Einkommensvergleich liegt überdies ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor. Damit erübrigt sich eine Prüfung der von den Parteien ausführlich diskutierten Frage, ob ein solcher auch wegen einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands gegeben sei. Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit ab Februar 2019 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) ist daher unabhängig von der früheren Beurteilung zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9).

6. Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

6.3 Vom 1. März 2018 bis 20. Juni 2018 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der psychiatrischen Privatklinik E. ___ AG auf. Im Austrittsbericht vom 28. Juni 2018, verfasst, von Dr. med. L. ___, Oberärztin, und lic. phil. M. ___, Psychologin) werden die folgenden Diagnosen gestellt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2); Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)». In der Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt die Patientin habe in einer ersten Phase an einem störungsspezifischen Therapieprogramm zur Behandlung von depressiven Erkrankungen teilgenommen, wovon sie habe profitieren können. Anfänglich sei die Patientin sowohl in der Klinik als auch zu Hause massiv überfordert gewesen. Schrittweise habe sie die Sicherheit verstärken und positive Erfahrungen machen können, obwohl sie weiterhin sehr unsicher sei hinsichtlich der Bewältigung des Alltags. Sie sei bei ihrem Austritt weiterhin sehr erschöpft und niedergestimmt gewesen. Die Patientin sei am 20. Juni 2018 nach Hause ausgetreten und werde auf das neue Schuljahr mit einer Lektion wieder einsteigen. In Absprache mit dem Vorgesetzten werde dann eine Erhöhung der Stunden, bei ausreichender Stabilität, kurzfristig möglich sein. Ab dem 25. Juni 2018 seien ambulante Gespräche geplant. Die bevorstehende Scheidung mit finanziellen Sorgen habe einen Einfluss auf die Schwere der Depression; sie befürchte eine Kampfscheidung. Die Arbeit als Katechetin erfordere volle Konzentration und Einsatzbereitschaft, was zurzeit noch nicht im bisherigen Ausmass möglich sei. In reduziertem Ausmass sollte ein Wiedereinstieg ab

Schuljahresbeginn möglich sein. Der Druck, unter welchen sich die Patientin setze, wäre auch bei einer anderen Tätigkeit erhöht, weshalb der Einstieg in diesem ihr bekannten Bereich ideal sei. Es werde ein kontinuierlicher Anstieg der Procente angestrebt (IV-Nr. 90 S. 2 ff.; vgl. auch Bericht vom 6. Juli 2018, IV-Nr. 118.9 S. 14 ff.).

6.4 Vom 22. Januar bis 12. April 2019 war die Beschwerdeführerin in den F.____, [...], hospitalisiert. Die psychiatrische Diagnose lautete auf «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.1)». Ziel der aktuellen Hospitalisation sei die medikamentöse Einstellung und Stabilisierung gewesen. Psycho- und milieutherapeutisch sei die Vermittlung von Stabilisierungstechniken erfolgt. Die depressive Symptomatik sei bis auf eine leichte Symptomatik remittiert. Aufgrund der aktuellen psychosozialen Belastungen (Trennungssituation) sei es vor dem Austritt wieder zu Stimmungsschwankungen gekommen, sodass eine flankierende Nachbehandlung mit Psychotherapie und Psychiatriespitex zur Aufrechterhaltung der neuen Umgangsmuster und nach Bedarf, bei Stabilisierung der äusseren Situation, zur späteren Bearbeitung möglicherweise aufrechterhaltender, besonders mit den somatischen Belastungen verbundener biographisch erworbener Muster indiziert sei. Die Patientin sei frei von Selbst- und Fremdgefährdung in die ambulante Nachbehandlung ausgetreten (Austrittsbericht vom 24. April 2019, IV-Nr. 99).

6.5 Im Zwischenbericht des N.____, Klinik für Neurologie (Dr. med. O.____, Chefarzt Neurologie), vom 16. Mai 2019 wurden folgende Diagnosen (ICD-10) angegeben: «1. Glossopharyngeus- und Trigeminusneuralgie links (G 50.0 + 52.1) mit/bei normaler Magnetresonanztomographie, aktuell: weitgehend stabile Situation unter Pregabalin und Duloxetin; 2. Endogene Depression mit/bei Hospitalisation in der Klinik E.____ in [...] 02-04/2017, aktuell 2-malige stationäre Medikamenteneinstellung; Beginn einer Therapie mit Lithium; 3. Rückläufige Läsion des Plexus brachialis links (G 54.0) mit/bei traumatisch im Rahmen der Schulterverletzung, aktuell nur noch residuelle Reflex-Asymmetrie feststellbar, elektrophysiologisch normale Neurographien, aktuell nur noch intermittierende Beschwerden; 4. Chronisches Vorhofflimmern bei kongenitaler Kardiopathie mit/bei oraler Antikoagulation mit Marcoumar». Dr. med. O.____ nahm zur Arbeitsfähigkeit der Patientin wie folgt Stellung: Nach wie vor bestehe eine nicht gefestigte Situation seitens der psychischen Dekompensation mit schwerer depressiver Episode sowie Angst- und Panikzuständen aufgrund einer psychischen Belastungssituation im Jahr 2018. Es sei eine erneute stationäre Betreuung und Medikamentenumstellung notwendig gewesen. Hierunter hätten die Schmerzen seitens der Trigeminus-Neuralgie einen stark wechselhaften Verlauf gezeigt. Er, Dr. med. O.____, habe keine Medikamentenanpassungen vorgenommen. Die potentiellen Interaktionen v.a. mit dem Lithium seien problematisch. Weiterhin stünden Erschöpfbarkeit seitens der depressiven Episode und die Aufmerksamkeits- und leichten Gedächtnisstörungen seitens des Pregabalin im Vordergrund, was die Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit betreffe. Die Patientin sei hinsichtlich des Arbeitsversuches vor allzu raschen Schlussfolgerungen gewarnt worden. Bereits jetzt sei die Herausforderung, den Alltag zu meistern, keine Selbstverständlichkeit. Bereits zurzeit der Trigeminus-Neuralgie sei erst nach Schmerzkontrolle und Therapieanpassung eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich geworden. Aktuell komme dieses Pensum nicht in Frage und auch die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Ausmass von 30 % sei nicht realistisch, bevor nicht eine Stabilisierung sowohl der Depression als auch der neuropathischen Schmerzen erfolgt sei. Insbesondere müsse die bevorstehende Gerichtsverhandlung im Juli 2019

abgewartet werden, bevor an eine versuchsweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gedacht werde (IV-Nr. 100 S. 2 f., vgl. auch IV-Nr. 102 bzw. 118.9 S. 9 ff. und neurologische Sprechstundenberichte vom 7. Januar und 29. Oktober 2019, IV-Nr. 118.9 S. 5 ff.; vgl. auch den früheren Bericht vom 25. September 2018, IV-Nr. 97).

6.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. P.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. August 2019 fest, auch nach dem erneuten dreimonatigen stationären Aufenthalt sei eine weitere Steigerung des Pensums über die aktuell geleisteten 25 % nicht möglich, da weiterhin eine erhöhte Erschöpfbarkeit bzw. Konzentrationsstörungen bestünden und auch die Kopfschmerzen und die Schmerzen von Seiten der bekannten Trigeminusneuralgie medikamentös nicht zufriedenstellend hätten behandelt werden können. Die Arbeitsfähigkeit könne nur im interdisziplinären Diskurs festgestellt werden. Einerseits liege eine seit etwa Anfang 2018 verschlechterte psychische Situation vor, wobei jeweils durch die stationären Aufenthalte und die erneute Installation von Lithium als Antidepressivum bezüglich der depressiven Symptomatik eine zumindest weitgehende Remission habe erzielt werden können. Neu sei jedoch wieder eine Verschlechterung der bekannten Schmerzproblematik von Seiten der Trigeminusneuralgie hinzugekommen. Zusätzlich werde die affektive Symptomatik und Schmerzsituation möglicherweise auch durch die schwierige psychosoziale Situation aufrechterhalten (Trennungssituation, anstehende bzw. inzwischen stattgefundene Gerichtsverhandlung). Die beobachteten neurokognitiven Einschränkungen (Verlangsamung, Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung) könnten in diesem Gesamtkontext verschiedene Ursachen haben (durch die Depression, Schmerzproblematik, Medikamentennebenwirkung; sie seien aber auch im Zusammenhang mit der somatischen Vorgeschichte, d.h. dem Status nach ischämischem cerebrovaskulärem Insult zu diskutieren) und müssten interdisziplinär interpretiert werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 14. November 2016 sei überwiegend wahrscheinlich. Der genaue Verlauf und die aktuelle Situation müssten jedoch durch eine Begutachtung abgeklärt werden (IV-Nr. 105).

6.7 Aus dem Bericht des B.____, Universitäres Herzzentrum, vom 29. November 2019 gehen die kardiologischen Diagnosen «Kombinierte, valvuläre, subvalvuläre und wahrscheinlich supra-valvuläre Pulmonalstenose» sowie «Erhöhte Office-Blutdruckwerte, ED 11/2019» hervor. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Patientin berichte zwar subjektiv über eine leichte Abnahme der Leistungsfähigkeit, die objektiven echokardiographischen und spiroergometrischen Befunde seien aber sehr stabil. Das NT-proBNP als kardialer Funktionsparameter sei weiterhin im Normbereich. Die Episoden von Herzrasen seien sehr selten. Über die letzten Jahre sowie auch anlässlich der Sprechstundentermine hätten sich grenzwertig erhöhte Office-Blutdruckwerte dokumentieren lassen, hierfür sei der Patientin eine 24-Stunden-Blutdruckmessung nahegelegt worden. Ausser den klinischen/echokardiographischen Intervallkontrollen bestehe aktuell kein diagnostisch und/oder therapeutischer Handlungsbedarf (IV-Nr. 116).

E. 5.1.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte den neu geltend gemachten Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2022 mit der Begründung ab, die neurologische Einschätzung im G.____-Gutachten vom 30. Dezember 2019 stelle lediglich eine andere Beurteilung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts dar und sei somit revisionsrechtlich nicht relevant. In einer

angepassten Verweistätigkeit, wie sie die Tätigkeit als Katechetin darstelle, bestehe deshalb nach wie vor eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auf die übrigen Rügen, insbesondere diejenigen hinsichtlich der Invaliditätsbemessung, sei folglich nicht näher einzugehen (IV-Nr. 170 S. 3; A.S. 3).

E. 5.1.2

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber beantragen, es sei ihr eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Begründung bringt sie u.a. vor, die Veränderung der Statusfrage erfordere eine revisionsweise Überprüfung und Anpassung des Invaliditätsgrades. Im Referenzzeitpunkt sei die (altrechtliche) gemischte Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades (von 25 %) angewendet worden. Inzwischen seien die Kinder volljährig, weshalb die gemischte Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht mehr anzuwenden sei. Die Beschwerdeführerin wäre heute wieder vollumfänglich erwerbstätig, wenn sie in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht eingeschränkt wäre. Es liege somit ein Statuswechsel von einer teilweisen Erwerbstätigkeit und teilweisen Tätigkeit im Aufgabenbereich zu einer Vollerwerbstätigkeit vor, weshalb eine fundierte Prüfung der Höhe des Rentenanspruchs zu erfolgen habe (Beschwerde, S. 14 ff.).

5.2 Aufgrund der Argumentation der Beschwerdeführerin ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht weiterhin die gemischte Methode zur Anwendung gebracht respektive eine diesbezüglich eingetretene Veränderung verneint hat.

5.2.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Frage, ob die 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 kann, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_517/2022 vom 31. Mai 2023 E. 4.3. und 8C_540/2021 vom 7. Februar 2022 E. 2.1., je mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren. Hier führen sie gegebenenfalls dazu, dass ein Rentenanspruch neu entstehen kann, nicht nur bei wesentlicher Veränderung des Gesundheitszustands, der erwerblichen Auswirkungen (oder der Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) und bei der Wandlung des Aufgabenbereichs, sondern auch dadurch, dass in dem für die Methodenwahl massgeblichen hypothetischen Sachverhalt wesentliche Änderungen eingetreten sind. Die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsschätzung präjudiziert die künftige Rechtsstellung des Versicherten somit nicht (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 350 und 117 V 198 E. 3.b S. 199, je mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 144 I 21 E. 2.2 S. 24).

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 14. November 2016) den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin in

Anwendung der (altrechtlichen) gemischten Methode (50 % Erwerbstätigkeit, 50 % Tätigkeit im Haushalt). Sie stützte sich dabei auf die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung im Haushalt vom 27. Juli 2016, wonach sie ohne Gesundheitsschaden ausserhäuslich in einem Teilzeitpensum von maximal 50 % arbeiten würde. Sie halte dem selbstständig erwerbenden Ehemann den Rücken frei und nehme ihm viel ab. Es sei für sie wichtig, dass der Haushalt in Ordnung sei, sie jeden Tag kochen und alles neben ihrer Tätigkeit als Katechetin erledigen könne. Die 1998 geborene Tochter H.____ besuche das Gymnasium in [...] und sei drei- bis viermal pro Woche zum Mittagessen zu Hause; der 2001 geborene Sohn I.____ nehme alle Mahlzeiten zu Hause ein (vgl. IV-Nr. 75 S. 3 ff.). Die 50%ige Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin wurde demnach damals mit der Betreuung und Unterstützung der Familie und der Führung des Haushalts im 6½-Zimmer-Einfamilienhaus mit Garten begründet. Als die vorliegende angefochtene Verfügung vom 3. Juni 2022 erlassen wurde, präsentierten sich die Verhältnisse der Beschwerdeführerin jedoch grundlegend anders. Gemäss dem Situationsbericht des Abklärungsfachmannes der Beschwerdegegnerin vom 12. August 2020 erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie im Gesundheitsfall wieder als Pflegefachfrau mit einem Pensum von 100 % arbeiten würde. Sie lebe nun – in Trennung von ihrem Ehemann (vgl. IV-Nr. 126, wo festgestellt wird, die Parteien lebten seit Januar 2017 getrennt) – zusammen mit ihrem Sohn in einer 3½-Zimmer-Mietwohnung; die Tochter sei ausgezogen und wohne in einer Wohngemeinschaft. Der Abklärungsfachmann kam zum Schluss, unter Berücksichtigung sämtlicher Kriterien würde die Beschwerdeführerin aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeiten, auch wenn dies aus rein finanzieller Sicht nicht notwendig wäre und in den meisten Pflegeberufen lediglich ein Pensum von 80 % angeboten werde (IV-Nr. 137 S. 4).

5.2.3 Die bei Erlass der angefochtenen Verfügung 49-jährige Beschwerdeführerin verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung als diplomierte Pflegefachfrau. Sie hat auf diesem Beruf vor der Geburt der Kinder über längere Zeit vollzeitlich gearbeitet. Die beiden Kinder (Jg. 1998 und 2001) sind inzwischen volljährig. Die Beschwerdeführerin lebt nunmehr getrennt von ihrem Ehemann zusammen mit ihrem Sohn in einer Mietwohnung. In finanzieller Hinsicht wäre eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit nicht notwendig. Mit Blick auf die konkreten Verhältnisse sowie die Angaben der Beschwerdeführerin kann trotzdem, entsprechend der Einschätzung der Abklärungsperson (vgl. IV-Nr. 137 S. 4) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % ausüben würde. Der Invaliditätsgrad ist daher im Neuanmeldungsverfahren gestützt auf einen reinen Einkommensvergleich (vgl. E. II. 2.3 hiervor) zu bestimmen. Mit dem Wechsel der Bemessungsmethode von der gemischten Methode im Verhältnis 50 zu 50, wie sie der Verfügung vom 14. November 2016 zugrunde lag (vgl. IV-Nr. 79; E. I. 1.3 hiervor) zu einem reinen Einkommensvergleich liegt überdies ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor. Damit erübrigt sich eine Prüfung der von den Parteien ausführlich diskutierten Frage, ob ein solcher auch wegen einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands gegeben sei. Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit ab Februar 2019 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) ist daher unabhängig von der früheren Beurteilung zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9).

6. Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

6.1 Bei Erlass der Verfügung vom 14. November 2016 (IV-Nr. 79) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das D.____-Gutachten vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 70.1). Der interdisziplinären Zusammenfassung können im

Wesentlichen folgende Diagnosen (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) entnommen werden: «Persönlichkeitsstörung (anankastische, asthenische, ängstliche, selbstunsichere verletzte und vermeidende Anteile) F61.0; Rezidivierende depressive Störung F33.8; Status nach Operationen (1973 und 1977) eines angeborenen Herzleidens (valvuläre und subvalvuläre Pulmonalstenose) mit aktuell mässig bis mittelschwerer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, mit ausgeprägter Anstrengungsdyspnoe und Schwindelbeschwerden (zunehmender Leistungsabfall in den letzten Jahren)». Die übrigen Diagnosen (rezidivierende depressive Störungen mit mittelgradigen und schweren depressiven Episoden, gegenwärtig remittiert [F33.4]; Status nach embolischer transitorischer Hirnischämie, vermutlich rechtsfrontal ohne Residuen; medikamentös supprimierte Nervus-glossopharyngeus-Neuralgie links; Status nach Gesichtsschmerz links, vermutlich durch trigeminoautonome Kopfschmerzen; Status nach Tremorerscheinungen der Hände, vermutlich vom essentiellen Typ, DD pharmakogen [Lithiumbedingt bei Lithium Dauermedikation wegen rez. depressiver Störung]; rezidivierende Migräne [einfache Attacken]; Status nach abdominaler totaler Hysterektomie 06/2007 mit Ausräumung einer Nachblutung; Status nach Hämatomevakuierung wegen peritonealer Blutung ins Spatium retzii bei entgleister Koagulation 12/2013) hatten nach der gutachterlichen Einschätzung keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts lautete wie folgt: Die psychiatrische Anamnese mit rezidivierenden, deutlichen depressiven Episoden 2001, 2003 und 2008 sowie die Beschwerdefreiheit unter Lithium mit Status nach postpartaler Depression führten zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Explorandin beschreibe gegenwärtig einen durchaus stabilen Zustand, sei jedoch nicht beschwerdefrei. Es sei weiterhin von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigung von Aktivitäten im Beruf und in den verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens auszugehen. Zusätzlich zu berücksichtigen sei eine ebenfalls festzustellende Persönlichkeitsstörung. Daher sei zu erwarten, dass unter den Bedingungen eines belastenden Arbeitsplatzes, einer ungünstigen häuslichen Konfliktkonstellation, bei fehlender sozialer Unterstützung und einer Verschlechterung der somatischen Leiden eine wesentlich ungünstigere Krankheitsbewältigung bestehen würde. Der psychische Zustand der Explorandin sei unter den derzeitigen Bedingungen gerade eben kompensiert. Eine stärkere Belastung im Berufsleben oder im privaten Bereich würde aber voraussichtlich bei der vorliegenden starken Vulnerabilität bei Persönlichkeitsstörung eine Destabilisierung bewirken. Dadurch ergäben sich qualitative und quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich aber auch durch das Bestehen der Herzerkrankung. Bei der Explorandin bestehe ein Status nach Operation eines angeborenen Herzleidens in Form einer valvulären und subvalvulären Pulmonalstenose. Die Operationen in den Jahren 1973 und 1977 seien zwar erfolgreich verlaufen, allerdings zeige sich im Verlauf der kardialen Kontrollen eine Verschlechterung. Die Pulmonalstenose sei während der gesamten Zeit unverändert geblieben mit der Auswirkung einer mässig bis mittelschweren residuellen Stenosierung der Pulmonalklappe. Die kardiale Situation schränke die körperliche Belastungsfähigkeit erheblich ein, was Auswirkungen auf die angestammte Tätigkeit einer Pflegefachfrau habe, jedoch nicht auf die derzeitige, körperlich leichte Tätigkeit einer Katechetin. Im Weiteren wirke sich die Therapie mit Inderal bei der Explorandin günstig auf die Migräne und eine Tendenz zu passagerem Händetremor aus. Aktuell bestehe bei der Explorandin kein Tremor mehr. Die derzeitige Migränefrequenz sei unter der Inderal-Therapie gering mit ein bis zwei Attacken pro Monat, die zudem durch

migränewirksame Analgetika unterdrückt werden könnten. Leistungsbeeinträchtigungen, insbesondere dauerhafter Art, liessen sich aus der Kopfschmerzsymptomatik nicht ableiten. Neurologische Defizite der passageren Hirnschämie vom 14. März 2002 liessen sich nicht mehr nachweisen. Sensomotorische Halbseitenstörungen seien nicht mehr festzustellen gewesen. Es bestehe auch keine latente zentrale Hemiparese links und keine Feinmotorikstörung der linken Hand. Kognitive Leistungseinschränkungen seien ebenfalls nicht vorhanden. Gegen verbliebene kognitive Leistungseinschränkungen spreche auch die nach dem hirnschämischen Ereignis (ohne hirnsubstantielle Schäden) durchgeführte Ausbildung zur Katechetin. Die neuralgische Symptomatik mit häufig einschliessenden, rezidivierenden, stechend brennenden Schmerzen im Ohr- und Gesichtsbereich links sei gemäss Dossier als Neuralgie des Nervus glossopharyngeus links und des Nervus trigeminus links eingeordnet worden. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit liessen sich dadurch nicht ableiten. Das MRI des Schädels habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Die interdisziplinäre versicherungsmedizinische Beurteilung der Funktionen und Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: Bedingt durch die kardiale Erkrankung mit eingeschränkter körperlicher Belastungsfähigkeit mit Belastungsdyspnoe und –schwindel könnten körperlich anstrengende Tätigkeiten nicht mehr durchgeführt werden. Dadurch bestehe für den Beruf einer Pflegefachfrau eine komplette Arbeitsunfähigkeit. Unter rein kardialen Gesichtspunkten wäre der Beruf der Religionskatechetin ohne Einschränkungen möglich. Aufgrund des psychischen Leidens in Form einer Persönlichkeitsstörung und rezidivierender depressiver Störung ergebe sich jedoch auch für die Tätigkeit der Religionskatechetin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit integral von 50 %. Auch wenn die Explorandin gegenwärtig psychisch einen durchaus stabilen Zustand beschreibe, sei sie nicht beschwerdefrei und insbesondere nur unter den derzeitigen Bedingungen gerade kompensiert. Eine stärkere Belastung im Berufsleben oder auch im privaten Bereich würde bei der vorliegenden starken psychischen Vulnerabilität eine Destabilisierung bewirken. Die Explorandin könne auch Tätigkeiten, bei denen sie mit Stress und Krisensituationen in Berührung komme, nicht durchführen. Auch Veränderungen der täglichen Routine und der Tagesstrukturierung könnten nur eingeschränkt toleriert werden. Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und in Wechselschichten sowie mit erhöhten psychischen Anforderungen sollten nicht zugemutet werden. Ferner könne die Explorandin keine Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewicht durchführen und auch keine Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr im Hinblick auf die dauerhafte Antikoagulation.

6.2
6.2.1 RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Aktennotiz vom 28. April 2016 im Wesentlichen fest, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei aktenanamnestisch gut abgestützt. Es sei jedoch nicht zulässig, die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0) zu stellen und daraus auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus rein psychiatrischer Sicht zu schliessen. Es sei nicht völlig auszuschliessen, dass allenfalls gewisse akzentuierte Persönlichkeitszüge vorhanden seien, doch könnte allein daraus bei gleichzeitig seit langem stabil remittierter Depression keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (IV-Nr. 73).

6.2.2 RAD-Ärztin Dr. med. K.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 4. Mai 2016 aus, bis auf das psychiatrische Teilgutachten könne zur Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation auf die neurologischen, internistischen und kardiologischen Teilgutachten des D.____-Gutachtens vom 1. Oktober 2015 verwiesen werden. Aus der vorerwähnten (vgl. E. II. 6.2 hiervoor) wiedergegebenen Aktennotiz des RAD-Psychiaters sei ersichtlich, dass sich aus psychiatrischer Sicht keine

Arbeitsunfähigkeit der Explorandin ergebe. Der neurologische Teilgutachter habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Explorandin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachkraft als auch in einer Verweistätigkeit attestiert. Der internistische und der kardiologische Gutachter sähen die Explorandin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt, in der Verweistätigkeit als Katechetin sei sie zu 100 % arbeitsfähig. Somit ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit der Explorandin in der von ihr ausgeübten Verweistätigkeit als Katechetin von 100 % (IV-Nr. 74).

6.3 Vom 1. März 2018 bis 20. Juni 2018 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der psychiatrischen Privatklinik E. ___ AG auf. Im Austrittsbericht vom 28. Juni 2018, verfasst, von Dr. med. L. ___, Oberärztin, und lic. phil. M. ___, Psychologin) werden die folgenden Diagnosen gestellt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2); Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)». In der Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt die Patientin habe in einer ersten Phase an einem störungsspezifischen Therapieprogramm zur Behandlung von depressiven Erkrankungen teilgenommen, wovon sie habe profitieren können. Anfänglich sei die Patientin sowohl in der Klinik als auch zu Hause massiv überfordert gewesen. Schrittweise habe sie die Sicherheit verstärken und positive Erfahrungen machen können, obwohl sie weiterhin sehr unsicher sei hinsichtlich der Bewältigung des Alltags. Sie sei bei ihrem Austritt weiterhin sehr erschöpft und niedergestimmt gewesen. Die Patientin sei am 20. Juni 2018 nach Hause ausgetreten und werde auf das neue Schuljahr mit einer Lektion wieder einsteigen. In Absprache mit dem Vorgesetzten werde dann eine Erhöhung der Stunden, bei ausreichender Stabilität, kurzfristig möglich sein. Ab dem 25. Juni 2018 seien ambulante Gespräche geplant. Die bevorstehende Scheidung mit finanziellen Sorgen habe einen Einfluss auf die Schwere der Depression; sie befürchte eine Kampfscheidung. Die Arbeit als Katechetin erfordere volle Konzentration und Einsatzbereitschaft, was zurzeit noch nicht im bisherigen Ausmass möglich sei. In reduziertem Ausmass sollte ein Wiedereinstieg ab Schuljahresbeginn möglich sein. Der Druck, unter welchen sich die Patientin setze, wäre auch bei einer anderen Tätigkeit erhöht, weshalb der Einstieg in diesem ihr bekannten Bereich ideal sei. Es werde ein kontinuierlicher Anstieg der Prozente angestrebt (IV-Nr. 90 S. 2 ff.; vgl. auch Bericht vom 6. Juli 2018, IV-Nr. 118.9 S. 14 ff.).

6.4 Vom 22. Januar bis 12. April 2019 war die Beschwerdeführerin in den F. ___, [...], hospitalisiert. Die psychiatrische Diagnose lautete auf «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.1)». Ziel der aktuellen Hospitalisation sei die medikamentöse Einstellung und Stabilisierung gewesen. Psycho- und milieutheraeutisch sei die Vermittlung von Stabilisierungstechniken erfolgt. Die depressive Symptomatik sei bis auf eine leichte Symptomatik remittiert. Aufgrund der aktuellen psychosozialen Belastungen (Trennungssituation) sei es vor dem Austritt wieder zu Stimmungsschwankungen gekommen, sodass eine flankierende Nachbehandlung mit Psychotherapie und Psychiatriespitex zur Aufrechterhaltung der neuen Umgangsmuster und nach Bedarf, bei Stabilisierung der äusseren Situation, zur späteren Bearbeitung möglicherweise aufrechterhaltender, besonders mit den somatischen Belastungen verbundener biographisch erworbener Muster indiziert sei. Die Patientin sei frei von Selbst- und Fremdgefährdung in die ambulante Nachbehandlung ausgetreten (Austrittsbericht vom 24. April 2019, IV-Nr. 99).

6.5 Im Zwischenbericht des N. ___, Klinik für Neurologie (Dr. med. O. ___, Chefarzt Neurologie), vom 16. Mai 2019 wurden folgende Diagnosen (ICD-10) angegeben: «1. Glossopharyngeus- und Trigemini neuralgie links (G 50.0 + 52.1) mit/bei normaler Magnetresonanztomographie, aktuell: weitgehend stabile Situation

unter Pregabalin und Duloxetin; 2. Endogene Depression mit/bei Hospitalisation in der Klinik E. ___ in [...] 02-04/2017, aktuell 2-malige stationäre Medikamenteneinstellung; Beginn einer Therapie mit Lithium; 3. Rückläufige Läsion des Plexus brachialis links (G 54.0) mit/bei traumatisch im Rahmen der Schulterverletzung, aktuell nur noch residuelle Reflex-Asymmetrie feststellbar, elektrophysiologisch normale Neurographien, aktuell nur noch intermittierende Beschwerden; 4. Chronisches Vorhofflimmern bei kongenitaler Kardiopathie mit/bei oraler Antikoagulation mit Marcoumar». Dr. med. O. ___ nahm zur Arbeitsfähigkeit der Patientin wie folgt Stellung: Nach wie vor bestehe eine nicht gefestigte Situation seitens der psychischen Dekompensation mit schwerer depressiver Episode sowie Angst- und Panikzuständen aufgrund einer psychischen Belastungssituation im Jahr 2018. Es sei eine erneute stationäre Betreuung und Medikamentenumstellung notwendig gewesen. Hierunter hätten die Schmerzen seitens der Trigeminus-Neuralgie einen stark wechselhaften Verlauf gezeigt. Er, Dr. med. O. ___, habe keine Medikamentenanpassungen vorgenommen. Die potentiellen Interaktionen v.a. mit dem Lithium seien problematisch. Weiterhin stünden Erschöpfbarkeit seitens der depressiven Episode und die Aufmerksamkeits- und leichten Gedächtnisstörungen seitens des Pregabalin im Vordergrund, was die Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit betreffe. Die Patientin sei hinsichtlich des Arbeitsversuches vor allzu raschen Schlussfolgerungen gewarnt worden. Bereits jetzt sei die Herausforderung, den Alltag zu meistern, keine Selbstverständlichkeit. Bereits zurzeit der Trigeminus-Neuralgie sei erst nach Schmerzkontrolle und Therapieanpassung eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich geworden. Aktuell komme dieses Pensum nicht in Frage und auch die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Ausmass von 30 % sei nicht realistisch, bevor nicht eine Stabilisierung sowohl der Depression als auch der neuropathischen Schmerzen erfolgt sei. Insbesondere müsse die bevorstehende Gerichtsverhandlung im Juli 2019 abgewartet werden, bevor an eine versuchsweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gedacht werde (IV-Nr. 100 S. 2 f., vgl. auch IV-Nr. 102 bzw. 118.9 S. 9 ff. und neurologische Sprechstundenberichte vom 7. Januar und 29. Oktober 2019, IV-Nr. 118.9 S. 5 ff.; vgl. auch den früheren Bericht vom 25. September 2018, IV-Nr. 97).

6.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. August 2019 fest, auch nach dem erneuten dreimonatigen stationären Aufenthalt sei eine weitere Steigerung des Pensums über die aktuell geleisteten 25 % nicht möglich, da weiterhin eine erhöhte Erschöpfbarkeit bzw. Konzentrationsstörungen bestünden und auch die Kopfschmerzen und die Schmerzen von Seiten der bekannten Trigeminusneuralgie medikamentös nicht zufriedenstellend hätten behandelt werden können. Die Arbeitsfähigkeit könne nur im interdisziplinären Diskurs festgestellt werden. Einerseits liege eine seit etwa Anfang 2018 verschlechterte psychische Situation vor, wobei jeweils durch die stationären Aufenthalte und die erneute Installation von Lithium als Antidepressivum bezüglich der depressiven Symptomatik eine zumindest weitgehende Remission habe erzielt werden können. Neu sei jedoch wieder eine Verschlechterung der bekannten Schmerzproblematik von Seiten der Trigeminusneuralgie hinzugekommen. Zusätzlich werde die affektive Symptomatik und Schmerzsituation möglicherweise auch durch die schwierige psychosoziale Situation aufrechterhalten (Trennungssituation, anstehende bzw. inzwischen stattgefundene Gerichtsverhandlung). Die beobachteten neurokognitiven Einschränkungen (Verlangsamung, Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung) könnten in diesem Gesamtkontext verschiedene Ursachen haben (durch die Depression, Schmerzproblematik, Medikamentennebenwirkung; sie seien aber auch im Zusammenhang mit der somatischen Vorgeschichte, d.h. dem Status nach

ischämischem cerebrovaskulärem Insult zu diskutieren) und müssten interdisziplinär interpretiert werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 14. November 2016 sei überwiegend wahrscheinlich. Der genaue Verlauf und die aktuelle Situation müssten jedoch durch eine Begutachtung abgeklärt werden (IV-Nr. 105).

6.7 Aus dem Bericht des B.____, Universitäres Herzzentrum, vom 29. November 2019 gehen die kardiologischen Diagnosen «Kombinierte, valvuläre, subvalvuläre und wahrscheinlich supra-valvuläre Pulmonalstenose» sowie «Erhöhte Office-Blutdruckwerte, ED 11/2019» hervor. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Patientin berichte zwar subjektiv über eine leichte Abnahme der Leistungsfähigkeit, die objektiven echokardiographischen und spiroergometrischen Befunde seien aber sehr stabil. Das NT-proBNP als kardialer Funktionsparameter sei weiterhin im Normbereich. Die Episoden von Herzrasen seien sehr selten. Über die letzten Jahre sowie auch anlässlich der Sprechstundentermine hätten sich grenzwertig erhöhte Office-Blutdruckwerte dokumentieren lassen, hierfür sei der Patientin eine 24-Stunden-Blutdruckmessung nahegelegt worden. Ausser den klinischen/echokardiographischen Intervallkontrollen bestehe aktuell kein diagnostisch und/oder therapeutischer Handlungsbedarf (IV-Nr. 116).

E. 7

7.1 Dem polydisziplinären (allgemeininternistischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) G.____-Gutachten vom 30. Dezember 2019 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin am 13. und 19. November sowie 2. und 11. Dezember 2019 untersucht wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. St.n. rechtshemisphärischem zerebrovaskulärem Insult am 14.03.2002, residuell mit: leichter sensomotorischer Hemisyndromatik links, Poststroke-Fatigue, postischämischer Cephalaea, mit episodischem Spannungskopfschmerz, intermittierenden migräniformen Exazerbationen; 2. Glosso-pharyngeusneuralgie links (ED 2008); 3. Trigeminusneuralgie links (ED 2013); 4. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4); 5. Aktuell subsyndromale Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), gegenwärtig weitgehend stabilisiert; 6. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung». Die weiteren gestellten Diagnosen (7. Status nach Tonsillektomie; 8. Appendektomie; 9. Hysterektomie mit Komplikationen und Nachblutung; 10. St.n. Herzfehler mit operativem Eingriff, 1 x jährliche Kontrolle, von dieser Seite her beschwerdefrei; 11. Probleme in Beziehung zum Ehepartner (Z63.0), aktuell in Trennung und in Vorbereitung auf eine Kampfscheidung mit kontinuierlichen Rechtsstreitigkeiten ums Geld; 12. Sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung (Z60.8), Schwierigkeiten mit dem Aufziehen einer Tochter, welche über Jahre schwer anorektisch war) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen wurde dargelegt, es sei hier nachvollziehbar von einer leistungseinschränkenden Poststroke-Fatigue auszugehen, mit reduzierter Belastbarkeit und vorzeitiger Erschöpfbarkeit. Rein neuropsychologisch wäre theoretisch aufgrund der aktuellen Befunde eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen, wobei sich dies aufgrund der verminderten zeitlichen Belastbarkeit (keine ganzen Arbeitsschichten möglich) im Pflegeberuf kaum umsetzen liesse. Aus neurologischer Sicht zeige sich, dass Ressourcen vorhanden seien, welche die Exploration neben der Teilzeit-Erwerbstätigkeit auch in den nicht-erwerbsbezogenen

Lebensbereichen nutze. Es ergäben sich aber Hinweise für Einschränkungen auch in den nicht-erwerbsbezogenen Lebensbereichen. Die Explorandin sei sicher leistungsorientiert und pflichtbewusst. Sie fühle sich aktuell von ihrem Mann, der für die Familie finanziell nicht in diesem verpflichtenden Ausmass aufkommen müsse, hintergangen und erlebe sich in ihren langjährigen Bemühungen als Ehefrau und Mutter in Frage gestellt. Die Explorandin verfüge über ein durchschnittliches kognitives Gesamtniveau mit überwiegend intakten Funktionen. Den bestehenden Defiziten könne mit einer Anpassung der äusseren Anforderungen und durch ein angepasstes Verhalten begegnet werden. Die Explorandin sei in alltäglichen Belangen selbstständig und gehe auch ausserberuflichen Aktivitäten nach. Ebenso sei sie mit angepasstem Verhalten dazu in der Lage, Auto zu fahren.

Zur Konsistenz wurde angegeben, aus neurologischer Sicht bestünden keine Inkonsistenzen. Das Verhalten der Explorandin sei adäquat, es bestünden keine Hinweise für eine Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder gar Aggravation. Aus der Aktenlage und der Exploration ergebe sich, dass sachgerechte umfangreiche Behandlungen durchgeführt worden seien und dass die Therapie-Adhärenz der Explorandin gegeben sei. Es bestünden aktuell aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen des Aktivitätenniveaus. Ein Leidensdruck lasse sich aktuell kaum feststellen. Die geklagten Symptome der raschen Ermüdbarkeit bei Anstrengung liessen sich in der 1¾ Stunden dauernden Untersuchung nicht feststellen. Insofern seien ihre Müdigkeitsangaben nicht ganz konsistent. Hinweise auf Inkonsistenzen bestünden aus rein neuropsychologischer Sicht keine, weder in der Verhaltensbeobachtung, noch in den psychometrischen Testbefunden, noch in Bezug auf die aus dem Alltag geschilderten Aktivitäten.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde Folgendes angegeben: Die Explorandin sei diplomierte Krankenpflegefachfrau. Sie habe während Jahren auf verschiedenen Spitalabteilungen im Vollzeitpensum gearbeitet. Nach der ersten Geburt im Jahr 1998 habe sie das Arbeitspensum auf 50 bis 70 % reduziert. Nach der zweiten Geburt im Jahr 2001 habe sie einen Mutterschaftsurlaub bezogen. Kurz vor dem geplanten beruflichen Wiedereinstieg habe sie im Jahr 2002 den Schlaganfall erlitten. Die beruflichen Wiedereinstiegversuche in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau in Teilzeitpensum von 30 bis 40 % hätten sich als überfordernd erwiesen und abgebrochen werden müssen. Von 2010 bis 2013 habe die Explorandin eine Zweitausbildung zur Katechetin absolviert und sei seit dem 1. August 2010 bei der Römisch-katholischen Kirchgemeinde [...] in einem 50%-Pensum als Katechetin angestellt. Sie erteile Religionsunterricht in der Schule und in der Pfarrei und beteilige sich an den Gottesdienstvorbereitungen. Das 50%-Pensum habe im Verlauf aus gesundheitlichen Gründen nicht durchgehend aufrechterhalten werden können. Bereits zur Zeit der Trigeminusneuralgie habe sie eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % erst nach der Schmerzkontrolle und Therapieanpassung erreichen können. Infolge der Restbeschwerden mit belastungsakzentuierten Kopfschmerzen und Fatigue-Symptomatik und einer psychosozialen Belastungssituation bei Kampfscheidung sei es Anfang 2018 zu einer depressiven Reaktion mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gekommen. Im August 2019 sei der berufliche Wiedereinstieg als Katechetin erfolgt, zunächst in einem 20%-Pensum; geplant sei eine Steigerung des Pensums auf 30 %. Der behandelnde Neurologe Dr. med. O. ___ habe in seinem Bericht vom 16. Mai 2019 die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in einem 30 %-Pensum als nicht realistisch erachtet, so lange nicht eine Stabilisierung sowohl hinsichtlich Depression als auch neuropathischer Schmerzen eingetreten sei. Aus gutachterlicher Sicht könne dieser hohe Einschränkungsgrad mit rein

neurologischen Faktoren nicht begründet werden. Der behandelnde Neurologe habe in seiner Einschätzung auch psychische Faktoren berücksichtigt. Der neurologische Vorgutachter (polydisziplinäres D.____ Gutachten vom 1. Oktober 2015) sei zum Schluss gekommen, dass aus seiner Sicht keine neurologisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Dieser Einschätzung könne aus aktueller Sicht nicht zugestimmt werden. Der neurologische Vorgutachter habe weder die residuellen Funktionseinschränkungen des Schlaganfalls noch die Auswirkungen der verschiedenen Kopfschmerzsyndrome berücksichtigt; aus der Anamnese und der Aktenlage sowie dem Verhalten der Explorandin ergäben sich konsistent die dargelegten Funktionseinschränkungen. In der seit dem Jahr 2010 ausgeübten Tätigkeit als Katechetin bestehe aus gutachterlich-neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, bezogen auf ein 100%-Pensum. Diese Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei begründet mit der Poststroke-Fatigue, der Migräne und den Neuralgien. Die Diagnosen begründeten eine zeitlich reduzierte Belastbarkeit, eine vorzeitige Erschöpfung und einen erhöhten Pausenbedarf. Die residuelle leichte Hemisymptomatik links wirke sich bei länger dauernden körperlichen Belastungen einschränkend aus, was bei der Tätigkeit als Katechetin indessen nicht massgeblich ins Gewicht fallen dürfte, in der früher ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachfrau hingegen schon. In der Tätigkeit als Pflegefachfrau wäre aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % gegeben, bezogen auf ein 100%-Pensum. Die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter neurologischen Gesichtspunkten gelte sicher ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, retrospektiv könne sie arbiträr ab dem Referenzzeitpunkt 2016 angenommen werden. In der bisherigen Tätigkeit sei die Explorandin aus psychiatrischer Sicht bezogen auf ein 50%-Pensum als Katechetin 10 % arbeitsunfähig. Sie könne das 50%-Pensum verrichten. Am besten wäre, sie würde 10 % weniger arbeiten und einem 40%-Pensum nachgehen. Auch aus psychiatrischer Sicht sei die gleiche Einschränkung wie 2016 anzunehmen. Nach eingehender Konsensbesprechung komme man zum Schluss, dass gegenüber dem Referenzzeitpunkt 2016 keine Änderung eingetreten sei und der Explorandin bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde angegeben, die derzeit ausgeübte Tätigkeit als Katechetin sei angepasst. Es könne keine anderweitige Tätigkeit bezeichnet werden, in welcher eine über 50 % hinausgehende Arbeits-/Leistungsfähigkeit zu erwarten wäre (IV-Nr. 118.2 S. 8 ff.).

7.2 Den Teilgutachten in den einzelnen Fachdisziplinen lässt sich insbesondere Folgendes entnehmen:

7.2.1 Der allgemein-internistische Teilgutachter, Dr. med. Q.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen «Status nach Tonsillektomie», «Appendektomie», «Hysterektomie mit Komplikationen und Nachblutung» sowie «St.n. Herzfehler mit operativem Eingriff, 1x jährliche Kontrolle, von dieser Seite her beschwerdefrei» haben nach seiner Einschätzung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 118.5 S. 11).

7.2.2 Im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Neurologie (Untersuchung vom 19. November 2019), wurden die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «1. St.n. rechtshemisphärischem zerebrovaskulärem Insult am 14.03.2002, residuell mit: leichter sensomotorischer Hemisymptomatik links, Poststroke-Fatigue, postischämischer Cephalaea, mit episodischem Spannungskopfschmerz,

intermittierenden migräniformen Exazerbationen», «2. Glossopharyngeusneuralgie links (ED 2008)» und «3. Trigeminusneuralgie links (ED 2013)» gestellt. Die Explorandin habe am 14. März 2002 einen rechtshemisphärischen zerebrovaskulären ischämischen Insult mit leichter Hemisymptomatik links erlitten. Anlässlich der initialen Abklärung sei auch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden, mit der Beurteilung einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Minderfunktion. Im Verlauf sei es zu einer ordentlichen, aber nicht vollständigen Rückbildung der Hemisymptomatik links gekommen. Anlässlich der aktuell im gutachterlichen Rahmen durchgeführten neurologischen Untersuchung zeige sich eine diskrete Hemisymptomatik links. Diese wirke sich bei normaler Alltagsbelastung nicht relevant einschränkend aus. Bei längerer körperlicher Belastung könne es aber zu einer vorzeitigen Ermüdung kommen. Massgeblich wirke sich eine seit dem Schlaganfall bestehende Fatigue-Symptomatik aus mit vermehrter Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit. In der Fachliteratur sei das Auftreten einer Poststroke-Fatigue gut dokumentiert als nicht seltene residuelle Folgeerscheinung bei Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hätten. Das Verhalten der Explorandin sei adäquat, sie schildere ihre Beschwerden und Einschränkungen sachlich und differenziert; man finde keine Hinweise auf eine Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder gar Aggravation. Massgeblich imponiere im vorliegenden Fall vor allem eine motorische Fatigue, mit belastungsabhängig vorzeitiger Erschöpfung und längerem Erholungsbedarf. Bezüglich der kognitiven Funktionen berichte die Explorandin über eine massgebliche Besserung der initial vorhandenen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Als weiterer leistungslimitierender Faktor sei eine ebenfalls im Anschluss an den Schlaganfall aufgetretene Kopfschmerzsymptomatik zu nennen. Es handle sich definitionsgemäss um eine postischämische Cephalea; die beschriebene Semiologie entspreche einem episodischen Spannungskopfschmerz mit intermittierend aufgepfropften migräniformen Exazerbationen. Diese migräniformen Exazerbationen träten in unterschiedlicher Frequenz auf, ca. zweimal wöchentlich bis zweimal monatlich, mit jeweils erheblicher Funktionseinschränkung während ein bis zwei Tagen. Überdies seien zusätzlich im weiteren Verlauf aufgetretene neuralgiforme Kopfschmerzen zu erwähnen, wahrscheinlich ohne ursächlichen Zusammenhang mit dem 2002 erlittenen Schlaganfall. Es handle sich einerseits um eine ca. 2008 aufgetretene Glossopharyngeusneuralgie links und eine erstmals 2013 in den Akten erwähnte Trigeminusneuralgie links. Diesbezüglich stehe die Explorandin in kompetenter neurologischer Behandlung bei Dr. med. O.____. Unter der Medikation mit Pregabalin und zeitweise auch mit Carbamazepin sei es intermittierend zu deutlichen Besserungen der Neuralgien gekommen. Es sei aber im Verlauf auch immer wieder zu Rückfällen gekommen, auch dies teilweise belastungsakzentuiert. Eine zerebrale MRI-Abklärung habe keine Hinweise auf eine strukturell fassbare Ursache der Neuralgien ergeben, insbesondere habe ein Gefäss-Nerven-Kontakt nicht nachgewiesen werden können. Es sei hier nachvollziehbar von einer leistungseinschränkenden Poststroke-Fatigue auszugehen, mit reduzierter Belastbarkeit und vorzeitiger Erschöpfbarkeit. Teilweise sei diese Fatigue möglicherweise auch durch medikamentöse und durch psychische Faktoren mitbeeinflusst.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, der behandelnde Neurologe Dr. med. O.____ habe in seinem letzten Bericht vom 16. Mai 2019 die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in einem 30%-Pensum als nicht realistisch erachtet, solange nicht eine Stabilisierung sowohl hinsichtlich der Depression als auch der neuropathischen Schmerzen eingetreten sei. Aus gutachterlicher Sicht könne dieser hohe

Einschränkungsgrad mit rein neurologischen Faktoren nicht begründet werden. Der behandelnde Neurologe berücksichtige in seiner Einschätzung auch psychische Faktoren. Gemäss dem neurologischen D.____-Vorgutachter liege keine neurologisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Dieser Einschätzung könne aus aktueller Sicht nicht zugestimmt werden. Der neurologische Vorgutachter berücksichtige weder die oben dargelegten residuellen Funktionseinschränkungen des Schlaganfalls noch die Auswirkungen der verschiedenen Kopfschmerzsyndrome; aus der Anamnese und der Aktenlage sowie dem Verhalten der Explorandin ergäben sich konsistent die dargelegten Funktionseinschränkungen. Als angestammte Tätigkeit sei die seit dem Jahr 2010 ausgeübte Tätigkeit als Katechetin zu bezeichnen. In dieser Tätigkeit bestehe aus gutachterlich-neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei begründet mit der Poststroke-Fatigue, der Migräne und den Neuralgien. Diese Diagnosen begründeten eine zeitlich reduzierte Belastbarkeit, eine vorzeitige Erschöpfung und einen erhöhten Pausenbedarf. Die residuelle leichte Hemisymptomatik links wirke sich bei länger dauernden körperlichen Belastungen einschränkend aus, was bei der Tätigkeit als Katechetin indessen nicht massgeblich ins Gewicht fallen dürfte, in der früher ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachfrau hingegen schon. In dieser Tätigkeit wäre aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % zu beziffern. Im D.____-Vorgutachten sei die früher angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau als nicht mehr zumutbar bezeichnet worden. Diese Einschätzung sei nachvollziehbar, sie sei aber massgeblich mit kardiologischer Begründung erfolgt. In der aktuellen Begutachtung sei ein Kardiologe nicht beteiligt; demnach sei diesbezüglich die kardiologische Einschätzung im früheren D.____-Gutachten massgebend, wonach in der ursprünglich erlernten Tätigkeit als Pflegefachfrau keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter neurologischen Gesichtspunkten gelte sicher ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, retrospektiv könne sie arbiträr ab dem Referenzzeitpunkt 2016 angenommen werden. Die derzeit ausgeübte Tätigkeit als Katechetin sei aus neurologischer Sicht angepasst. Es könne keine anderweitige Tätigkeit bezeichnet werden, in welcher eine über 50 % hinausgehende Arbeits-/Leistungsfähigkeit zu erwarten wäre (IV-Nr. 118.8 S. 20 ff.).

7.2.3 Der neuropsychologische Teilgutachter lic. phil. S.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (Untersuchungen vom 11. und 13. Dezember 2019) stellte fest, gesamthaft entsprächen die erhobenen Befunde einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung. Im Vordergrund stehe eine erhöhte kognitive Ermüdbarkeit, was sich psychometrisch insbesondere bei der Prüfung länger dauernder, konzentrativ belastender Anforderungen darstelle. Zusätzlich bestünden Defizite in exekutiven Funktionen sowie im Verarbeitungstempo. Die Validität der Befunde sei gegeben, Hinweise auf eine ungenügende Anstrengungsbereitschaft ergäben sich in keiner Weise, weder in der Verhaltensbeobachtung, noch in den psychometrischen Befunden. Ursächlich sei die festgestellte neuropsychologische Funktionsstörung überwiegend wahrscheinlich einzuordnen im Rahmen des im März 2002 erlittenen cerebrovaskulären Insults (CVI), wie dies bereits anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2002 festgestellt worden sei. Belastende psychosoziale Faktoren könnten das vorliegende Leistungsprofil nicht erklären. Dass sich die Medikation neben einer direkten krankheitsbedingten Fatigue ungünstig auswirken könne, sei nicht auszuschliessen. Kopfschmerzen seien im Verlauf der Untersuchung nicht beklagt worden und es seien auch

keine Schmerzzeichen zu beobachten gewesen, sodass dieser potentiell hinderliche Faktor in Bezug auf die in der Untersuchung festgestellten Defizite von untergeordneter Bedeutung sei. Eine depressive Verstimmung (als Mitursache der teilweisen Verlangsamung und Ermüdung) bestehe gemäss aktuellem psychiatrischem Fachgutachten aktuell nicht und lasse sich auch im Rahmen der Untersuchung im Verhalten nicht beobachten.

Neuropsychologisch-therapeutische Massnahmen seien nicht erforderlich. Es gehe um eine optimale Anpassung, wozu die Explorandin in der Lage sei. Die Explorandin verfüge über ein durchschnittliches kognitives Gesamtniveau mit überwiegend intakten Funktionen. Den bestehenden Defiziten könne mit einer Anpassung der äusseren Anforderungen und durch ein angepasstes Verhalten begegnet werden. Die Explorandin sei in alltäglichen Belangen selbstständig und gehe auch ausserberuflichen Aktivitäten nach. Ebenso sei sie mit angepasstem Verhalten dazu in der Lage, Auto zu fahren.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, die Explorandin sei ursprünglich gelernte Pflegefachfrau. Sie habe versucht, diese Tätigkeit nach dem CVI 03/2002 wieder aufzunehmen, was misslungen sei. Im D.____-Gutachten vom 1. Oktober 2015 sei sie ohne Berücksichtigung einer neuropsychologischen Funktionsstörung für diese Tätigkeit als arbeitsunfähig eingeschätzt worden. Rein neuropsychologisch wäre theoretisch aufgrund der aktuellen Befunde eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Im Beruf als Katechetin sei eine Umsetzung der Restarbeitsfähigkeit möglich, mit angepasster Einteilung von Belastungs- und Ruhephasen. Die zu leistenden Arbeitsstunden seien teilweise frei einteilbar (Administration, Unterrichtsvorbereitung). Rein neuropsychologisch begründeten die erhöhte kognitive Ermüdbarkeit sowie ein leicht erhöhter Zeitaufwand bzw. eine leicht verminderte Effizienz (Kontrolle in Bezug auf Konzentrationsfehler, Verlangsamung bei Vorbereitungsarbeiten, Planung bei ungewohnten Anforderungen) eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine neuropsychologische Funktionsstörung sei dokumentiert seit dem CVI 03/2022. Dieser habe sich gemäss Bericht der D.____ vom 1. Oktober 2015 (mit unklarer Grundlage) zwischenzeitlich erholt. Dass dieser nun wieder neu hervortrete, erscheine unwahrscheinlich. Es sei davon auszugehen, dass eine neuropsychologische Funktionsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit dem CVI 03/2022 bestehe, im Ausmass zu keinem Zeitpunkt weniger ausgeprägt als aktuell (IV-Nr. 118.7 S. 17 ff.).

7.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. T.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Untersuchung vom 2. Dezember 2019) gab die Beschwerdeführerin an, nach ihrer Hospitalisation in der Privatklinik E.____ AG habe sie im August 2018 teilzeitlich als Katechetin wieder zu arbeiten begonnen. Ende 2018 sei ihre Energiereserve wieder aufgebraucht gewesen, weswegen sie sich im Februar 2019 für zehn Wochen in der Psychosomatik im U.____ habe hospitalisieren lassen müssen (Hospitalisation in den F.____ [...] vom 22. Januar bis 12. April 2019; vgl. IV-Nr. 99). Ab Juni 2019 arbeite sie wieder Teilzeit. Sie habe nach den Sommerferien 2019 zwei Klassen übernommen, dann drei Klassen und auch noch Sitzungen dazu. Im Moment arbeite sie 20 % ihres 50%-Pensums. Ihr Ziel sei, zu 30 % als Katechetin zu arbeiten, mehr sei für sie nicht realistisch. Zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild wurde dargelegt, die Explorandin befürchte, dass ihr alles wieder zu viel werde, wenn sie wieder in einem vollen Pensum (d.h. zu 50 %) als Katechetin zu arbeiten beginne.

Bei der Befunderhebung wurde angegeben, die Explorandin berichte lediglich über gewisse finanzielle Zukunftsängste wegen der ungewissen Scheidungssituation. Stimmung und

Affekt seien aufgeheitert, heiter, insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine generalisierte Angststörung, wie dies in der Klinik E.____ angenommen worden sei. Die Explorandin zeige angedeutet eine geringe Tendenz zum katastrophisierenden Wahrnehmen, indem sie sich einerseits vor allem wegen körperlicher Krankheiten stark beeinträchtigt fühle, andererseits wegen ihrer aktuellen psychosozialen Situation in der ungewissen Scheidungssituation. Insbesondere fühle sie sich enorm überfordert durch die jahrelangen Bemühungen, die sie im Zusammenhang mit ihrer anorektischen Tochter habe aufbringen müssen. Dennoch sei die Explorandin vollkommen realistisch in ihren Einschätzungen, sie habe eine gute Distanzierungsfähigkeit erreicht. Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik mehr, diese sei remittiert. Hinweise auf eine Angststörung seien nicht vorhanden. Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeit seien vollkommen intakt. Die Gedächtnisleistungen seien gut. Die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten auf «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)» und «aktuell subsyndromale Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), gegenwärtig weitgehend stabilisiert».

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, im Vordergrund stehe eine rezidivierende depressive Störung, wobei die Explorandin gegenwärtig unter Antidepressiva und mit der Einnahme von Lithium affektiv gut eingestellt sei und sich emotional wieder soweit stabil fühle bis auf die psychosozial belastenden Momente mit ihrem Ehegatten. Es könne davon ausgegangen werden, dass die eigenen rezidivierend auftretenden körperlichen Erkrankungen, auch die psychischen Belastungen mit der anorektischen Tochter, zunehmend dazu geführt hätten, dass die Explorandin in Krisenmomenten episodisch immer wieder depressiv auslenke. Dies sei 2018 geschehen und erneut 2019. Es könne gesichert von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, ebenso, dass sie sich immer wieder davon zu erholen vermöge durch entsprechende Verhaltenstherapie. Auch aktuell könne kein wesentlich depressiver Zustand mehr ausgemacht werden; klinisch bestehe nicht einmal eine leichte Depression. Ihre psychopathologischen Klagen seien eher unspezifischer Natur. Sie berichte über schnellere Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit nach Anstrengung körperlicher oder geistiger Art. Sie beschreibe sich als dünnhäutig, lärm- und lichtempfindlich sowie vermindert anstrengungsfähig und rascher müde nach Anstrengung. Sie berichte somit über gewisse neurasthenische Symptome, die offenbar immer wieder aufträten und zu depressiven Symptomen auslenken könnten. Die Explorandin zeige keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Selbst akzentuierte Persönlichkeitszüge könnten nicht in einem pathologischen Ausmass ausgemacht werden. Dass die Explorandin sich rasch verletzt und enttäuscht fühle, sei nachvollziehbar und könne nicht als pathologische Copingstrategie gewertet werden. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung hätten sich weder im Längsverlauf noch aktuell finden lassen. Auch die von der Privatklinik E.____ festgestellte generalisierte Angststörung lasse sich überhaupt nicht bestätigen. Eine Teilarbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lasse sich nur in einem geringen Ausmass begründen. Die Explorandin habe viele Ressourcen, sie unternehme viel. Sie kümmere sich um ihre Familienmitglieder und habe Freunde. Sie habe einen Hund und fahre Auto. Sie sei aufgeweckt und interessiert an der Arbeit mit ihren Kindern. Sie sei auch sehr interessiert, mehr über Anorexie zu erfahren, obwohl sie sich dort bereits als Spezialistin erlebe. Aus psychiatrischer Sicht könne eine sehr gering verminderte Leistungsfähigkeit ausgemacht werden im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs. Die Explorandin sollte nicht unter dauerndem Stress und Hektik eingesetzt werden. In gewissen Momenten müsse ihr etwas

mehr Zeit zugestanden werden für die Erledigung einer Arbeit. Die Explorandin gehe regelmässig seit 2018 in psychiatrische Therapie in die Ambulanz der Privatklinik E. _____. Es bestünden aktuell keine Einschränkungen des Aktivitätsniveaus. Ein Leidensdruck lasse sich aktuell kaum feststellen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, in der bisherigen Tätigkeit sei die Explorandin aus psychiatrischer Sicht bezogen auf ein 50%-Pensum als Katechetin 10 % arbeitsunfähig. Sie könne das 50%-Pensum verrichten. Am besten wäre, sie würde 10 % weniger arbeiten und einem 40 %-Pensum nachgehen. Auch in einer angepassten Tätigkeit sei die Explorandin 40 % arbeitsfähig bezogen auf ein 50%-Pensum (IV-Nr. 118.6 S. 11 ff.).

7.3 Die behandelnden Ärzte der Privatklinik E. ____ nahmen am 17. Februar 2020 zum psychiatrischen G. ____-Teilgutachten dahingehend Stellung, die Patientin habe wiederholt unter schweren depressiven Episoden gelitten, wobei jeweils eine Behandlung im stationären Rahmen notwendig geworden sei. Die letzte Krankheitsepisode habe ausgesprochen lange gedauert. Auch wenn die Depressivität nun remittiert sei, habe die Patientin nicht mehr zu ihrer ursprünglichen Leistungsfähigkeit zurückfinden können. Schmerzsymptomatik, neurologisch bedingte Fatigue sowie Depressivität stünden in engem Zusammenhang, verstärkten sich wechselseitig und schränkten die Belastbarkeit und damit die Arbeitsfähigkeit der Patientin deutlich ein. Neben der langdauernden Belastung durch die Begleitung der an Anorexie erkrankten Tochter sei auch festzuhalten, dass die Patientin wohl seit ihrem Schlaganfall im Jahr 2002 eine hohe Kompensationsleistung erbringe, um Defizite auszugleichen und ihre Arbeitsleistung zu erbringen; damit sei sie permanent an ihre Belastungsgrenze gekommen. Zusätzliche psychosoziale oder auch gesundheitliche Schwierigkeiten überforderten und überlasteten jeweils die Bewältigungsstrategien der Patientin und führten zu den erwähnten depressiven Entwicklungen. Trotz angepasster Arbeitstätigkeit habe das Arbeitspensum der Patientin seit dem Jahr 2018 nie über 30 % gesteigert werden können. Eine Ausweitung der Arbeitstätigkeit habe jeweils unmittelbar zu einer Symptomverstärkung geführt. Ziel sei es, dass die Patientin langfristig eine Stabilität aufrechterhalten könne, auch langfristig ihre Arbeitsleistung abrufen könne. Ein permanentes Funktionieren an der Belastungsgrenze gefährde diese Stabilität. Einerseits könne es bei erneuten Lebensherausforderungen erneut zu einer depressiven Dekompensation kommen und andererseits sollte im Alltag auch genug Energie bleiben, um einen Ausgleich in sozialen Aktivitäten / Freizeit zu finden (IV-Nr. 123).

7.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. P. ____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. März 2020 fest, wie sich aus der beschriebenen Absenz eines psychopathologischen Befundes aus rein psychiatrischer Sicht eine lediglich 40%ige Arbeitsfähigkeit als Katechetin ableiten lasse, sei nicht nachvollziehbar. Im interdisziplinären Konsens werde die Versicherte für die Tätigkeit als Katechetin zu 50 % arbeitsfähig erachtet. Das G. ____-Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Die Anfang 2018 aufgetretene Depression sei derzeit wieder remittiert, die Leistungseinschränkung sei insbesondere durch die Symptomatik in den Fachgebieten Neurologie und Neuropsychologie begründet. Es bestehe anhaltend keine Arbeitsfähigkeit als Pflegefachfrau. In der Tätigkeit als Katechetin bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bedingt durch die neurologisch begründete Fatigue und die neuropsychologischen Leistungseinschränkungen (IV-Nr. 124).

7.5 In der Stellungnahme des N. ____, Neurologie (Dr. med. O. ____, Chefarzt Neurologie) zum G. ____-Gutachten vom 23. Juli 2020 wurde dargelegt, als Komplikation der aktuellen

Therapie mit Lithium bestehe neu ein Somnambulismus (Schlafwandeln), welcher aufgrund der weiterhin hohen Frequenz des Auftretens von durchschnittlich einer Episode pro Woche auch Auswirkung auf die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit habe. Diesem Umstand sei nicht Rechnung getragen worden. Die Begutachtung sei zum Zeitpunkt der Stabilisierung aus psychiatrischer Sicht erfolgt. Die Arbeitsfähigkeit der Patientin basierend auf der psychischen Erkrankung sei tiefer. Zwar sei sie in der Konsensdiskussion mit 50 % bezogen auf ein Vollpensum als Katechetin eingestuft worden, die relevanten Einschränkungen, wie dies seitens des psychiatrischen Teilgutachters deklariert worden sei, seien jedoch nicht berücksichtigt worden. Die Einschränkung des bestehenden Arbeitspensums von zusätzlich 10 % und die Empfehlung zur Arbeitspensumsreduktion als Ausblick auf den weiteren Verlauf belegten, dass zwar der Arbeitsfähigkeit rückblickend von 2016 bis Dezember 2019 Rechnung getragen worden sei, aber keine Einschätzung aufgrund des sehr gut dokumentierten Langzeitverlaufs seit dem Jahr 2018 gemacht worden sei. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in Bezug auf ein Vollzeitpensum als Katechetin sei das Maximum unter optimalen Rahmenbedingungen ohne zusätzliche psychosoziale Stressoren. In der Zusammenschau sowohl der neurologischen, schlafmedizinischen und psychiatrischen Diagnosen werde an der Einschätzung einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 40 % (was der Empfehlung des psychiatrischen Teilgutachters entspreche) festgehalten (IV-Nr. 132).

7.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. P.____ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 30. Juli 2020 dahingehend, es sei nicht vorstellbar, dass Schlafwandeln im Ausmass von einer Episode pro Woche eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen sollte (IV-Nr. 134). Im Vorbescheidverfahren erklärte Dr. med. P.____ am 8. Januar 2021, dass im Konsens (unter Einschluss des Psychiaters) letztlich entgegen dem vorher abgefassten psychiatrischen Teilgutachten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde, sei grundsätzlich nachvollziehbar. Leider werde dies nicht explizit begründet, sondern lasse sich nur implizit aus den vorliegenden Befunden und Diskussionen ableiten. Der Vollständigkeit halber sei bei der Gutachterstelle nachzufragen, wie sich dieser Konsens begründe (IV-Nr. 151).

7.7 Die G.____-Gutachter äusserten sich in ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2021 dahingehend, im neurologischen Teilgutachten sei klar festgehalten worden, dass in der seit dem Jahr 2010 ausgeübten Tätigkeit als Katechetin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe. Die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei mit der Poststroke-Fatigue, der Migräne und den Neuralgien begründet worden. Es sei berücksichtigt worden, dass die neurologisch relevanten Diagnosen eines St.n. rechtshemisphärischem cerebrovasculärem Insult (14.03.2002), einer Glossopharyngeus-Neuralgie (ED 2008) und einer Trigemimusneuralgie links (ED 2013) schon seit Jahren bestünden und die Explorandin nach der Zweitausbildung zur Katechetin von 2010 bis 2013 in einem 50%-Pensum bei der Römisch-katholischen Kirchgemeinde [...] angestellt gewesen sei. Es sei im neurologischen Teilgutachten festgehalten worden, dass das 50%-Pensum nicht durchgehend aufrechterhalten werden können, mit dem Hinweis darauf, dass eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % erst nach der Schmerzkontrolle und der Therapieanpassung erreicht werden können. Dies bedeute aber, dass de facto nach Schmerzkontrolle und Therapieanpassung unter neurologischen Gesichtspunkten die Arbeitsfähigkeit von 50 % grundsätzlich vorhanden gewesen sei, zumindest bis zur depressiven Reaktion anfangs 2018. Aus dem neurologischen

Teilgutachten gehe klar hervor, dass die neurologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % sehr wohl entscheidend sei. Auf das psychiatrische und das neuropsychologische Gutachten sei dahingehend verwiesen worden, dass diese Einschätzungen wesentlich seien für die Beurteilung der Frage, ob gesamtmedizinisch eine über die neurologisch begründete 50%ige Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung bestehe. Dem Einwand von Dr. med. O. ___ vom 23. Juli 2020 sei zu entgegnen, dass im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung diagnostiziert worden sei, mit konsekutiver mittelgradiger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Einschätzung sei die postulierte Auswirkung des einmal pro Woche auftretenden Somnambulismus auf die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit vom neuropsychologischen Gutachten nicht ausgeklammert worden; es treffe also nicht zu, dass diesem Umstand nicht Rechnung getragen worden sei. In der gesamtmedizinischen Konklusion des Gutachtens vom 30. Dezember 2019 seien die Gutachter zur Beurteilung einer nicht teiladditiven Berechnung der in den diversen Teilgutachten festgestellten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangt. Gesamtmedizinisch sei die Arbeitsunfähigkeit mit 50 % beziffert worden. Es sei bis zu einem gewissen Grad Ermessenssache, inwieweit eine teiladditive Berechnung gerechtfertigt sei oder eben nicht. Im vorliegenden Fall seien die Einwände sowohl von Dr. med. O. ___ als auch des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin teilweise nachvollziehbar. Im Rahmen der nochmals durchgeführten gesamtmedizinischen Konsensbesprechung aller involvierter Gutachter komme man nun zum Schluss, dass der Explorandin eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % zu attestieren sei (IV-Nr. 153).

7.8 Dr. med. P. ___ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 2. März 2021 dahingehend, die Gutachterstelle G. ___ habe ihre Einschätzung korrigiert und im Konsens die vom Psychiater empfohlene Arbeitsfähigkeit angenommen. Es bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit als Katechetin im Ausmass von 40 % ab Februar 2018. Während der Hospitalisation ab Februar 2018 habe vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, erneut auch im Rahmen der psychosozial belastenden Momente mit dem Ehegatten im Februar 2019. Nach diesen einzelnen Phasen der Dekompensation sei die Versicherte in der Lage gewesen, sich davon ausreichend zu erholen, sodass nicht von einer längeren Dauer einer höheren Einschränkung auszugehen sei (IV-Nr. 155).

E. 8

8.1 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre G. ___-Gutachten vom 30. Dezember 2019 (IV-Nr. 118) beruht für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen vom 13. und 19. November sowie 2. und 11. Dezember 2019. Es berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Sowohl die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung als auch die einzelnen Teilgutachten wurden von den Gutachtern elektronisch visiert (vgl. Angaben zur Entstehung des Konsenses mit Unterschriften, IV-Nr. 118.2 S. 14 ff. Ziff. 5 und Anmerkungen). Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die Gutachter geben die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Inhaltlich gelangt das Gutachten ■ unter Einbezug der Stellungnahme der G. ___-Gutachter vom 17. Februar 2021, worin deren Arbeitsfähigkeitsbeurteilung korrigiert wurde (IV-Nr. 153;

vgl. E. II. 7.13 hiervor) ■ zu weitgehend schlüssigen Ergebnissen. Allerdings wurde die im Gutachten enthaltene Einschätzung, in einer angepassten Tätigkeit wie derjenigen als Katechetin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-Nr. 118.2 S. 13), durch die Experten nach erneuter Konsensbesprechung nachträglich dahingehend korrigiert, dass die Arbeitsfähigkeit ■ wie im psychiatrischen Teilgutachten postuliert worden war ■ auf 40 % anzusetzen sei. Auf diese Einschätzung kann, wie auch die RAD-Ärztin Dr. med. P. ___ in ihrer letzten Stellungnahme vom 2. März 2021 (IV-Nr. 155; E. II. 7.8 hiervor) darlegt, abgestellt werden. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung werden damit das polydisziplinäre G. ___-Gutachten vom 30. Dezember 2019 sowie die Stellungnahme der G. ___-Gutachter vom 17. Februar 2021 den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 4. hiervor). Das Gutachten enthält auch eine ausführliche und überzeugende Auseinandersetzung mit den Vorakten. Ihm kann daher volle Beweiskraft beigemessen werden.

8.2 Wie bereits erwähnt, liegt der Revisionsgrund, der für eine erneute Prüfung nach vorgängiger rechtskräftiger Rentenablehnung erforderlich ist, vor, weil neu eine andere Art der Bemessung des Invaliditätsgrades als die bei der ursprünglichen oder früheren Invaliditätsbemessung verwendete zur Anwendung zu gelangen hat und sich deswegen der Invaliditätsgrad anspruchserheblich ändert. Diese Konstellation ist hier gegeben: Im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 14. November 2016; IV-Nr. 79 bzw. 75 S. 7) wurde der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin in Anwendung der (altrechtlichen) gemischten Methode berechnet. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin infolge veränderter Verhältnisse mit der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor). Im Folgenden ist zu prüfen, ob (erneut) ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin besteht.

E. 9

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin arbeitete ab 1. Februar 1998 als diplomierte Pflegefachfrau im Rahmen eines Vollzeitpensums im B. ___ (IV-Nr. 11). Nach der ersten Geburt im Dezember 1998 reduzierte sie das Arbeitspensum auf zunächst 50 % und danach 30 %. Nach der Geburt des zweiten Kindes im August 2001 bezog die Beschwerdeführerin Mutterschaftsurlaub. Kurz vor dem geplanten beruflichen Wiedereinstieg erlitt sie am 14. März 2002 den Schlaganfall. Von November 2002 bis März 2003 arbeitete die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit mit einem Pensum von 20 %; die beruflichen Wiedereinstiegsversuche in Teilzeitpensum von 30 bis 40 % mussten abgebrochen werden (IV-Nr. 17). Im Zeitraum vom 2010 bis 2013 absolvierte die Beschwerdeführerin eine Zweitausbildung zur Katechetin (Modulsystem) und ist seit dem 1. August 2010 bei der Römisch-katholischen Kirchgemeinde [...] als Katechetin mit einem

50%-Pensum angestellt. Sie erteilt Religionsunterricht in der Schule und in der Pfarrei und beteiligt sich an Gottesdienstvorbereitungen (vgl. IV-Nr. 33, 35, 40, 43, 45 und 87). Das 50%-Pensum konnte im Verlauf nicht durchgehend aufrechterhalten werden (vgl. IV-Nr. 60 und 75). Im Februar 2018 kam es infolge der Restbeschwerden mit belastungsakzentuierten Kopfschmerzen und Fatigue-Symptomatik sowie einer psychosozialen Belastungssituation bei Kampfscheidung zu einer depressiven Reaktion mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge einer stationären Behandlung (vgl. IV-Nr. 81 und 118.2 S. 11 f. und 118.9 S. 14 ff.). Im August 2018 war der berufliche Wiedereinstieg als Katechetin geplant. Dieser erfolgte beginnend mit zwei Lektionen pro Woche, wobei der stufenweise Belastungsaufbau nur beschränkt gelang. Nach einem erneuten stationären Klinikaufenthalt Anfang 2019 (IV-Nr. 99) konnte eine Steigerung des Pensums über 25 % nicht realisiert werden (IV-Nr. 105 S. 3). Im Situationsbericht des Abklärungsfachmannes der Beschwerdegegnerin vom 12. August 2020 wurde dargelegt, im G.____-Gutachten werde die aktuelle Tätigkeit als Katechetin als die angestammte Tätigkeit bezeichnet, was jedoch nicht korrekt sei. Die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin sei diejenige einer Pflegefachfrau, so wie dies beim letzten Einkommensvergleich im Rahmen der im Jahr 2004 zugesprochenen und im Jahr 2016 aufgehobenen Rente der Fall gewesen sei. Die aktuelle Tätigkeit als Katechetin sei als angepasste Verweistätigkeit zu bezeichnen (IV-Nr. 137 S. 7 Ziff. 6; vgl. auch IV-Nr. 75 S. 7). Dem ist zuzustimmen, gab die Beschwerdeführerin doch sowohl gegenüber der Abklärungsperson als auch gegenüber der Beschwerdegegnerin übereinstimmend an, sie würde im Gesundheitsfall als Pflegefachfrau in einem 100%-Pensum arbeiten (IV-Nr. 137 S. 4; vgl. auch Protokolleintrag vom 29. Januar 2020). Der Abklärungsfachmann stützte sich bei der Festsetzung des Valideneinkommens auf den Arbeitgeberfragebogen des B.____ vom 24. Juli 2003, worin das Einkommen der Beschwerdeführerin als diplomierte Pflegefachfrau mit CHF 81'731.00 (ab 1. Januar 2003) beziffert wurde (vgl. IV-Nr. 11). Angepasst an die Teuerung bis 2019 wurde ein Valideneinkommen von CHF 92'264.00 ermittelt (vgl. IV-Nr. 137 S. 7). Es besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass dieses Valideneinkommen nicht korrekt ermittelt worden wäre. Dies wird denn auch von keiner Seite geltend gemacht.

E. 9.2

9.2.1 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).

Der Abklärungsfachmann stützte sich zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Arbeitgeberfragebogen der Römisch-katholischen Kirchgemeinde [...] vom 21. August 2018, worin für die aktuelle Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Katechetin (bei einem Pensum von 50 %; 21 Std. pro Woche) ein Monatseinkommen im Jahr 2018 von CHF 3'824.85 bzw. ein Jahreseinkommen von CHF 49'723.00 angegeben wurde (IV-Nr. 94

S. 5 f.). Nach den Angaben des Abklärungsdienstes vom 12. August 2020 geht die Beschwerdeführerin der Tätigkeit als Katechetin jedoch lediglich zu 20 % nach (IV-Nr. 137 S. 7). Gemäss ihren eigenen Angaben im Einwand vom 10. September 2020 ist sie als Katechetin in einem 28%-Pensum tätig (IV-Nr. 144 S. 4; vgl. auch IV-Nr. 144 S. 11). Da die Beschwerdeführerin nach den gutachterlichen Abklärungen aktuell zu 40 % arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. IV-Nr. 153 S. 6 und 155 S. 2), ist davon auszugehen, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft, weshalb das Invalideneinkommen anhand der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik (BFS) festzusetzen ist. Demnach ist sie in der Lage, ein Einkommen von CHF 2'599.60 zu erzielen (40 % von CHF 6'499.00; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Erziehung und Unterricht [Ziff. 85], Kompetenzniveau 3 [komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen], Frauen) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.4 Stunden pro Woche und die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex Frauen, Sektor 3: Dienstleistungen, 2018: 105.8, 2019: 106.8) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 2'716.00 pro Monat bzw. CHF 32'592.00 pro Jahr.

9.2.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einer invaliden versicherten Person, der wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als invalide Person zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Ein leidensbedingter Abzug ist im Fall der Beschwerdeführerin nicht vorzunehmen. Ihrer aufgrund der Poststroke-Fatigue, der Migräne und den Neuralgien eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in ihrer Tätigkeit als Katechetin wurde mit einer um 60 % verminderten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bereits Rechnung getragen und kann hier nicht noch einmal berücksichtigt werden. Andere Gründe für einen leidensbedingten Abzug sind nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Demnach bleibt es beim Invalideneinkommen von CHF 32'592.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 92'264.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 65 %, der einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor).

9.3 Der frühestmögliche Rentenbeginn besteht sechs Monate nach der im Juli 2018 erfolgten Neuanmeldung (vgl. IV-Nr. 81), wobei das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen sein muss. Der Abklärungsfachmann setzte den Beginn des Wartejahres auf den Monat Februar 2018 fest (vgl. IV-Nr. 137 S. 8), was angesichts der von der aktuellen Arbeitgeberin attestierten andauernden Arbeitsunfähigkeit (ab 13. Februar 2018, vgl. IV-Nr. 94 S. 7) nicht zu beanstanden ist. Dies führt zu einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2019. Damit ist die Beschwerde vollumfänglich gutzuheissen (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 1.).

E. 9.2.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret

steht. 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). Der Abklärungsfachmann stützte sich zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Arbeitgeberfragebogen der Römisch-katholischen Kirchgemeinde [...] vom 21. August 2018, worin für die aktuelle Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Katechetin (bei einem Pensum von 50 %; 21 Std. pro Woche) ein Monatseinkommen im Jahr 2018 von CHF 3'824.85 bzw. ein Jahreseinkommen von CHF 49'723.00 angegeben wurde (IV-Nr. 94 S. 5 f.). Nach den Angaben des Abklärungsdienstes vom 12. August 2020 geht die Beschwerdeführerin der Tätigkeit als Katechetin jedoch lediglich zu 20 % nach (IV-Nr. 137 S. 7). Gemäss ihren eigenen Angaben im Einwand vom 10. September 2020 ist sie als Katechetin in einem 28%-Pensum tätig (IV-Nr. 144 S. 4; vgl. auch IV-Nr. 144 S. 11). Da die Beschwerdeführerin nach den gutachterlichen Abklärungen aktuell zu 40 % arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. IV-Nr. 153 S. 6 und 155 S. 2), ist davon auszugehen, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft, weshalb das Invalideneinkommen anhand der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik (BFS) festzusetzen ist. Demnach ist sie in der Lage, ein Einkommen von CHF 2'599.60 zu erzielen (40 % von CHF 6'499.00; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Erziehung und Unterricht [Ziff. 85], Kompetenzniveau 3 [komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen], Frauen) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.4 Stunden pro Woche und die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex Frauen, Sektor 3: Dienstleistungen, 2018: 105.8, 2019: 106.8) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 2'716.00 pro Monat bzw. CHF 32'592.00 pro Jahr.

E. 9.2.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einer invaliden versicherten Person, der wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als invalide Person zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Ein leidensbedingter Abzug ist im Fall der Beschwerdeführerin nicht vorzunehmen. Ihrer aufgrund der Poststroke-Fatigue, der Migräne und den Neuralgien eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in ihrer Tätigkeit als Katechetin wurde mit einer um 60 % verminderten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bereits Rechnung getragen und kann hier nicht noch einmal berücksichtigt werden. Andere Gründe für einen leidensbedingten Abzug sind nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Demnach bleibt es beim Invalideneinkommen von CHF 32'592.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen

von CHF 92'264.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 65 %, der einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor).
9.3 Der frühestmögliche Rentenbeginn besteht sechs Monate nach der im Juli 2018 erfolgten Neuanmeldung (vgl. IV-Nr. 81), wobei das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen sein muss. Der Abklärungsfachmann setzte den Beginn des Wartejahres auf den Monat Februar 2018 fest (vgl. IV-Nr. 137 S. 8), was angesichts der von der aktuellen Arbeitgeberin attestierten andauernden Arbeitsunfähigkeit (ab 13. Februar 2018, vgl. IV-Nr. 94 S. 7) nicht zu beanstanden ist. Dies führt zu einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2019. Damit ist die Beschwerde vollumfänglich gutzuheissen (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 1.).

E. 10

10.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 5. September 2022 weist einen Zeitaufwand von insgesamt 10.09 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 240.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 54.00 aus (A.S. 31). Die Höhe des geltend gemachten Zeitaufwands ist angemessen. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'666.20 (Honorar von CHF 2'421.60, Auslagen von CHF 54.00 und MwSt. von CHF 190.60).

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 bis 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Juni 2022 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2019.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'666.20 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu übernehmen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss 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 Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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