

SO_GERICHTE VSBES.2022.41 vom 8. März 2023

SO Obergericht, 2023-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.41_d20230308

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.41 du 8 mars 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.41 del 8 marzo 2023

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1966 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), zuletzt als Betriebsarbeiterin tätig (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 1.10 S. 6 ff.), meldete sich am 26. Februar 1993 aufgrund einer Otitis media sowie einer depressiven Symptomatik bei der IV-Stelle des Kantons Aargau zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (IV-Nr. 1.1 S. 1 ff.). Diese sprach ihr mit Verfügung vom 17. März 1995 gestützt auf einen anhand der gemischten Methode ermittelten IV-Grad von 58 % mit Wirkung ab 1. November 1993 eine halbe Invalidenrente zu (IV-Nr. 1.2 S. 1 ff.). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau mit Urteil vom 17. August 1995 (IV-Nr. 1.4 S. 4 ff.), das Bundesgericht mit Urteil vom 15. Mai 1996 (IV-Nr. 1.3 S. 1 ff.) ab. Mit Mitteilungen vom 26. Januar 2001 und vom 11. März 2005 bestätigte die IV-Stelle des Kantons Aargau den unveränderten Rentenanspruch der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 2.9 S. 1; 2.1 S. 1 f.). Im Rahmen einer erneuten Rentenüberprüfung (IV-Nr. 10 S. 1) holte die nunmehr zuständige IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) ein psychiatrisches Gutachten ein (Gutachten vom 3. Februar 2008 [IV-Nr. 22 S. 1 ff.]; ergänzende Stellungnahme vom 25. Juli 2008 [IV-Nr. 27 S. 1 ff.]). In der Folge bestätigte sie der Beschwerdeführerin wiederholt einen unveränderten Rentenanspruch (vgl. Mitteilungen vom 16. September 2008 [IV-Nr. 29 S. 1 f.], vom 9. Februar 2010 [IV-Nr. 40 S. 1 f.], vom 1. November 2012 [IV-Nr. 78 S. 1 f.]) und gewährte ihr Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungscoachings und eines Computerkurses (vgl. Mitteilungen vom 9. November 2011 [IV-Nr. 65 S. 1 f.] sowie vom 20. März 2012 [IV-Nr. 67 S. 1 f.]).

1.2 Mit Eingabe vom 22. Januar 2015 machte die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (IV-Nr. 90 S. 1). Nachdem diese mit Verfügung vom 23. März 2015 auf ihr Leistungsbegehren nicht eingetreten war (IV-Nr. 94 S. 1 f.), erneuerte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. August 2016 ihr Ersuchen (IV-Nr. 95 S. 1). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) (Stellungnahme vom 3. Januar 2017; IV-Nr. 101 S. 1 ff.) sowie Abklärungen zum Status (IV-Nr. 103 S. 1 f.) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. April 2017 gestützt auf einen anhand der Methode des Einkommensvergleichs ermittelten Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab 1. September 2016 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 108 S. 1 ff.).

1.3 Im Rahmen einer erneuten, im April 2019 von Amtes wegen eingeleiteten (IV-Nr. 110 S. 1) Rentenüberprüfung veranlasste die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD (IV-Nr. 130 S. 1 ff.) eine polydisziplinäre (allgemein internistische-rheumatologische-psychiatrische) Begutachtung bei der B.____, welche vom 10. ■ 15. September 2020 durchgeführt wurde (Gutachten vom 16. Oktober 2020; IV-Nr. 145.1 ■ 145.7). Nach erneuter Rücksprache mit dem RAD (Stellungnahmen vom 2. November 2020 [IV-Nr. 148 S. 1 ff.], vom 15. Dezember 2020 [IV-Nr. 157 S. 1 ff.] sowie vom 26. April 2021 [IV-Nr. 164 S. 1]) sowie nach Einholen einer Einschätzung des internen Rechtsdienstes (Aktennotiz vom 4. Mai 2021; IV-Nr. 166 S. 1 ff.) hob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Mai 2021 ihre Verfügung vom 7. April 2017 (Zusprache einer ganzen Invalidenrente) wiedererwägungsweise auf (IV-Nr. 167 S. 1 ff.) und sprach der Beschwerdeführerin daraufhin mit Verfügung vom 12. November 2021 mit Wirkung ab 1. Dezember 2021 (erneut) eine halbe Invalidenrente zu (IV-Nr. 178 S. 1 ff.). Gleichzeitig stellte sie der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 5. Mai 2021 in Aussicht, die «Rente» auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben (IV-Nr. 168 S. 1 ff.). Nach Durchführung des Einwendungsverfahrens (IV-Nr. 168 S. 1) und Einholen ergänzender medizinischer Unterlagen (IV-Nr. 177 S. 9) verfügte die Beschwerdegegnerin am 27. Januar 2022 wie vorbeschieden (IV-Nr. 183 S. 1 ff.; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

2.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Lit. c von dessen Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) sieht ausdrücklich vor, dass für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige Recht gilt. Die am [...] 1966 geborene Beschwerdeführerin war am 1. Januar 2022 bereits über 55-jährig und ihr stand zu diesem Zeitpunkt eine Rente zu. Massgebend ist somit ■ auch für die Folgezeit ■ das bis am 31. Dezember 2021 geltende (alte) Recht.

E. 3

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen

Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 aus, dass der psychiatrischen Folgenabschätzung (40-prozentige Einschränkung) gemäss dem von ihr in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 16. Oktober 2020 aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden könne. Es sei vielmehr aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, so dass ihr einzig aus rheumatologischer Sicht in einer schulter- und rückenadaptierten Tätigkeit insgesamt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % zu bescheinigen sei. Gestützt auf ihren Abklärungsbericht vom 9. Januar 2017 sei im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich neu von einer vollumfänglichen ausserhäuslichen Tätigkeit und damit im Vergleich zur früheren hälftigen Aufteilung in eine ausserhäusliche und eine häusliche Tätigkeit von einem Statuswechsel auszugehen. In Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs sei es der Beschwerdeführerin nunmehr möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Trotz langjähriger Rentenbezugsdauer und einem Alter von mittlerweile fast 56 Jahren könne sie das erneut ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich

verwerten. Die Rente sei daher auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben, ohne dass der Beschwerdeführerin weitere Leistungen der IV zustünden (vgl. IV-Nr. 183 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.).

4.2 Die Beschwerdeführerin macht zusammenfassend geltend, es sei (auch) auf das insgesamt umfassende, schlüssige und nachvollziehbare psychiatrische Teilgutachten vollumfänglich abzustellen und die Invaliditätsbemessung gestützt auf eine 40-prozentige Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Sie habe demnach bei einem Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Werde wider Erwarten von allfälligen «Ungereimtheiten» im psychiatrischen Teilgutachten ausgegangen, so sei der (medizinische) Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin nicht hinreichend abgeklärt worden und es seien zwingend Rückfragen an den Gutachter zu stellen oder eine neue Begutachtung anzuordnen. Überdies beziehe sie seit beinahe zwanzig Jahren eine Invalidenrente, sei über 55-jährig und habe demnach rechtsprechungsgemäss vor Aufhebung der Rente Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. A.S. 29 ff.).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 24. November 2020 mit, dass sie beabsichtige, die Verfügung vom 7. April 2017 (Zusprache einer ganzen Invalidenrente; vgl. IV-Nr. 108 S. 1 ff.) wiedererwägungsweise aufzuheben und die «bisherige Rente» mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Als Begründung führte sie an, dass der RAD den medizinischen Sachverhalt in den Jahren 2016/2017 nicht genügend abgeklärt habe und dessen (damalige) Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin weder begründet noch nachvollziehbar sei. Da sie ihrer Untersuchungspflicht damals nicht zureichend nachgekommen sei, sei die Verfügung vom 7. April 2017 zweifellos unrichtig und wiedererwägungsweise aufzuheben. Gestützt auf das im Rahmen der laufenden Rentenrevision eingeholte beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 16. Oktober 2020 sei die Beschwerdeführerin seit Februar 2015 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von lediglich 40 %, womit die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herabzusetzen sei (vgl. IV-Nr. 149 S. 2 ff.). Nach einer «Neubeurteilung» durch den internen Rechtsdienst (vgl. IV-Nr. 166 S. 1 ff.) hob die Beschwerdegegnerin ■ wie vorbeschieden ■ mit Verfügung vom 5. Mai 2021 die Verfügung vom 7. April 2017 wiedererwägungsweise auf (vgl. IV-Nr. 167 S. 1 ff.). Zugleich kündigte sie der Beschwerdeführerin mit (neuem) Vorbescheid gleichen Datums an, dass sie ihre Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats vollumfänglich aufzuheben gedenke. Als Begründung führte sie (neu) an, von der von der B.____ seit Februar 2015 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei aus rechtlicher Sicht abzuweichen und bloss von einer Einschränkung von 10 % auszugehen. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von lediglich 10 %, womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente künftig zu verneinen sei (vgl. IV-Nr. 168 S. 2 ff.). Mit Verfügung vom 12. November 2021 sprach sie der Beschwerdeführerin alsdann mit Wirkung ab 1. Dezember 2021 vorübergehend (erneut) eine halbe Invalidenrente zu (vgl. IV-Nr. 178 S. 1 ff.), welche sie schliesslich mit Verfügung vom 27. Januar 2022 ■ wie angekündigt ■ auf Ende Februar 2022 aufhob (vgl. IV-Nr. 183 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.).

E. 5.2

5.2.1 Wird eine Rente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise herauf- oder herabgesetzt, so tritt die Revisionsverfügung an Stelle der zu revidierenden Verfügung. Dasselbe gilt auch dann, wenn in einem Revisionsverfahren die bisherige Rente nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs bestätigt wird. Dies bedeutet aber auch, dass selbst dann, wenn nachträglich auf den Wegen der Wiedererwägung oder der Revision auf diese Revisionsverfügung zurückgekommen wird, die ursprüngliche Verfügung von der Revisionsverfügung konsumiert bleibt und daher nicht wiederauflebt, sondern deren Schicksal teilt. Vorbehalten bleiben dabei lediglich jene seltenen Fälle, in denen die Revisionsverfügung nichtig ist. Somit ist bei einem wiedererwägungsweisen Zurückkommen auf eine zweifellos unrichtige Revisionsverfügung der Rentenanspruch ex nunc und pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen, ohne dass zunächst geprüft werden müsste, ob auch bezüglich der ursprünglichen Verfügung ein Rückkommenstitel gegeben wäre (vgl. BGE 140 V 514 E. 5.2 S. 520 f.).

5.2.2 Nichtigkeit bedeutet absolute Unwirksamkeit einer Verfügung; sie wird im Falle fehlerhafter Verfügungen nur ausnahmsweise angenommen. Eine nichtige Verfügung entfaltet keinerlei Rechtswirkungen. Sie ist vom Erlass an (ex tunc) und ohne amtliche Aufhebung rechtlich unverbindlich. Damit die Rechtsfolge der Nichtigkeit einer Verfügung eintritt, muss der ihr anhaftende Mangel besonders schwer und offensichtlich oder zumindest leicht erkennbar sein und die Nichtigkeit darf die Rechtssicherheit nicht ernsthaft gefährden (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl., 2020, Rz. 1096, 1098).

E. 5.3

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin hatte in ihrem Vorbescheid vom 24. November 2020 ursprünglich eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Revisionsverfügung vom 7. April 2017 bei gleichzeitiger Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine Viertelsrente vorgesehen. Aufgrund der Intervention ihres internen Rechtsdienstes belies sie es jedoch in der Folge im Rahmen ihrer Verfügung vom 5. Mai 2021 vorerst einmal bei einer blossen Wiedererwägung der Revisionsverfügung vom 7. April 2017. Der Verfügung vom 5. Mai 2021 haftet insofern ein schwerwiegender Mangel an, als es die Beschwerdegegnerin unterliess, mit der wiedererwägungsweisen Aufhebung der Revisionsverfügung vom 7. April 2017, welche sämtliche zuvor ergangenen Mitteilungen und Verfügungen konsumiert hatte, zugleich die zwingend erforderliche materielle Neubeurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin vorzunehmen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin lebte mit ihrer Wiedererwägung die ursprüngliche Rentenverfügung vom 17. März 1995 nicht etwa wieder auf und der Beschwerdeführerin stand nicht ■ wie am 12. November 2021 von der Beschwerdegegnerin beschieden ■ die ursprünglich verfügte halbe Rente wieder zu. Zwar stünde einer allfälligen Nichtigkeit der Verfügung vom 5. Mai 2021 die Rechtssicherheit nicht entgegen. Ob der Mangel allerdings ■ als dritte Voraussetzung für den Eintritt von Nichtigkeit ■ leicht erkennbar war, erscheint eher fraglich, kann indessen ■ wie sogleich aufzuzeigen ist ■ letztlich offenbleiben.

5.3.2 Die Beschwerdeführerin führte mit Eingabe vom 25. Mai 2021 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 1. Juni 2021) aus, sie sei «mit dem Vorbescheid [vom 5. Mai 2021] nicht einverstanden», betitelte ihr Schreiben jedoch mit «Beschwerde» (vgl. IV-Nr. 170 S. 1). Dem Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin ist weiter zu entnehmen, dass die

zuständige Sachbearbeiterin am 25. Mai 2021 der Beschwerdeführerin den Vorbescheid vom 5. Mai 2021 telefonisch zu erklären versuchte («Erklärte ihr das Rechtliche, soweit es geht»), worauf die Beschwerdeführerin ihr mitteilte, dass sie dagegen schriftlich Einwand erheben werde (vgl. S. 12 f.). In der Folge verstanden dann die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann den Unterschied zwischen der Wiedererwägungsverfügung vom 5. Mai 2021 und dem Vorbescheid gleichen Datums offenbar immer noch nicht (vgl. Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin, S. 14). Die Beschwerdegegnerin nahm dieses Schreiben als Einwendung gegen den Vorbescheid vom 5. Mai 2021 entgegen (vgl. IV-Nr. 172) und ging in der Folge davon aus, ihre Wiedererwägungsverfügung vom 5. Mai 2021 sei in formelle Rechtskraft erwachsen (vgl. Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin, S. 13). Richtig besehen hätte sie diese Eingabe der damals anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführerin indessen (auch) als (an das sachlich zuständige Versicherungsgericht weiterzuleitende, rechtzeitig eingereichte) Beschwerde gegen die Wiedererwägungsverfügung behandeln müssen, zumal die Beschwerdeführerin darin ausführte, dass sie bereits seit mehreren Jahren psychisch und körperlich krank und mit ihrer behandelnden Psychiaterin ■ auf deren Beurteilung die von der Beschwerdegegnerin in Wiedererwägung gezogene Verfügung vom 7. April 2017 hauptsächlich beruhte (vgl. E. II. 6.4 nachfolgend) ■ nicht zufrieden sei und daher einen Therapeutenwechsel vornehmen werde (vgl. IV-Nr. 170 S. 1). Selbst wenn die Wiedererwägungsverfügung vom 5. Mai 2021 mithin nicht als nichtig, sondern bloss als anfechtbar anzusehen ist, ist sie bisher nicht in formelle Rechtskraft erwachsen und kann somit vorliegend mitbeurteilt werden.

5.3.3 Im Ergebnis war das von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehen nicht zulässig. Da eine frühere Verfügung mit der Wiedererwägung einer späteren Revisionsverfügung nicht wiederauflebt und demnach eine Wiedererwägung ohne gleichzeitigen neuen materiellen Entscheid nicht möglich ist, konnte die Beschwerdegegnerin erst mit ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022, mit welcher sie die zwingend erforderliche Neubeurteilung der Rente der Beschwerdeführerin vornahm, ihre Rentenerhöhungsverfügung vom 7. April 2017 überhaupt in Wiedererwägung ziehen. Das bedeutet auch, dass die Beschwerdeführerin zumindest bis Ende Februar 2022 (vgl. Dispositivziffer 1 der Verfügung vom 27. Januar 2022; IV-Nr. 183 S. 1; A.S. 1) weiterhin Anspruch auf die ihr mit Verfügung vom 7. April 2017 zugesprochene ganze Rente hatte. Ist die Verfügung vom 27. Januar 2022 aber unter dem Aspekt der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) zu prüfen, muss nicht mehr untersucht werden, ob zu diesem Zeitpunkt (auch) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne einer Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorlag.

6. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist somit in einem ersten Schritt zu prüfen, ob ein Wiedererwägungsgrund vorliegt, um mit der Verfügung vom 27. Januar 2022 die rentenerhöhende Revisionsverfügung vom 7. April 2017 aufheben zu können. Der Versicherungsträger kann dann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG).

6.1

6.1.1 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. mit Hinweisen). 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). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit weiteren Hinweisen).

6.1.2 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

6.2

6.2.1 Mit Verfügung vom 17. März 1995 ging die IV-Stelle des Kantons Aargau bei der Beschwerdeführerin von einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % und einer Einschränkung in der Haushaltstätigkeit von 16 % aus und ermittelte in Anwendung der gemischten Methode (Erwerbstätigkeit: 50 %; Haushaltstätigkeit: 50 %) einen Invaliditätsgrad von insgesamt 58 %. Gestützt darauf sprach sie der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. November 1993 eine halbe Invalidenrente zu (vgl. IV-Nr. 1.2 S. 6 f.). Eine gegen die Anwendung der gemischten Methode gerichtete Beschwerde wiesen sowohl das Versicherungsgericht des Kantons Aargau (Urteil vom 17. August 1995; IV-Nr. 1.4 S. 4 ff.) als auch das Bundesgericht (Urteil vom 15. Mai 1996; IV-Nr. 1.3 S. 1 ff.) ab. Das Bundesgericht hielt hierzu (verbindlich) fest, dass eine Zeitaufteilung von je 50 % auf die ausserhäusliche sowie auf die häusliche Tätigkeit als sinnvoll erscheine, hätte sich die Beschwerdeführerin doch (im Gesundheitsfall) bei Ausübung einer halbtägigen Erwerbstätigkeit und gleichzeitiger Entlastung durch ihre Mutter und Schwiegermutter in genügendem Masse den erzieherischen Aufgaben, den besonderen Schwierigkeiten des jüngeren (behinderten) Sohnes, der Haushaltsführung sowie den administrativen Belangen widmen und gleichzeitig mit ihrem Einkommen zum finanziellen Unterhalt der Familie beitragen können. Eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit wäre zumindest im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht zumutbar gewesen, seien doch die Kinder in diesem Zeitpunkt erst knapp sechs und achteinhalb Jahre alt gewesen und habe das jüngere Kind besonderer erzieherischer Zuwendung bedurft (vgl. IV-Nr. 1.3 S. 10 f.). An diesem, mittels der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 58 % hielten die IV-Stelle des

Kantons Aargau bzw. die Beschwerdegegnerin in der Folge wiederholt fest (vgl. Mitteilungen vom 26. Januar 2001 [IV-Nr. 2.9 S. 1], vom 11. März 2005 [IV-Nr. 2.1 S. 1 f.], vom 16. September 2008 [IV-Nr. 29 S. 1 f.], vom 9. Februar 2010 [IV-Nr. 40 S. 1 f.] sowie vom 1. November 2012 [IV-Nr. 78 S. 1 f.]).

6.2.2 Demgegenüber hielt der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin im Rahmen des mit Meldung vom 29. August 2016 (vgl. IV-Nr. 95 S. 1) von der Beschwerdeführerin initiierten Revisionsverfahrens in einer Aktenbeurteilung vom 9. Januar 2017 fest, dass die Beschwerdeführerin bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens von August 1989 bis Oktober 1991 zu 100 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen sei. Die Kinder seien inzwischen erwachsen und teilweise ausgezogen. Ausserdem erziele ihr Ehemann aktuell kein festes Einkommen. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute, ohne gesundheitliche Einschränkung, (erneut) einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines 100 %-Pensums nachgehen würde (vgl. IV-Nr. 103 S. 1 f.). Diese (Neu-) Einschätzung übernahm die Beschwerdegegnerin alsdann in ihre Rentenerhöhungsverfügung vom 7. April 2017 (vgl. IV-Nr. 108 S. 5).

6.2.3 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

6.2.4 Der älteste Sohn der Beschwerdeführerin (Jahrgang 1986) war im Zeitpunkt des Erlasses der Rentenerhöhungsverfügung (7. April 2017) bereits seit längerer Zeit von zu Hause ausgezogen. Der 1989 geborene Sohn und die 1998 geborene Tochter lebten zwar noch bei ihr. Der mittlere, geistig behinderte Sohn war indessen bereits seit längerer Zeit unter der Woche tagsüber in einer sozialtherapeutischen Einrichtung untergebracht und benötigte keine spezifische Unterstützung durch die Beschwerdeführerin; auch die sich noch in Ausbildung befindende Tochter war bereits selbständig. Zudem war ihr Ehemann damals arbeitslos (vgl. IV-Nr. 76 S. 1 f.; 98 S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin wäre somit im Gesundheitsfall (spätestens) im April 2017 überwiegend wahrscheinlich nach Wegfall ihrer Betreuungspflichten aus finanziellen Gründen nicht mehr teilzeiterwerbstätig mit Aufgabenbereich, sondern neu vollzeitlich erwerbstätig gewesen. Dementsprechend war die

Bemessung der Invalidität nun nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs statt wie bisher nach der gemischten Methode vorzunehmen. Da demnach mit dem Methodenwechsel ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorlag, durfte die Beschwerdeführerin den Rentenanspruch im Rahmen ihrer Verfügung vom 7. April 2017 grundsätzlich frei und ohne Bindung an frühere (medizinische) Beurteilungen überprüfen (vgl. E. II. 6.1.1 hiervor). Zu untersuchen ist somit in einem nächsten Schritt, ob sie im damaligen Verfügungszeitpunkt (7. April 2017) den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin korrekt ermittelte.

6.3 Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt der Rentenerhöhungsverfügung vom 7. April 2017 zusammengefasst wie folgt:

6.3.1 In einem Bericht vom 29. März 2016 stellte Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, [...], []spital [...], folgende Diagnosen:

- Asthma/COPD-Kombination (ACOS)
- Saisonale Rhinokonjunktivitis
- Allergische Veranlagung
- Nikotinabhängigkeit, ()
- Depression und Angststörung
- Arterielle Hypertonie laut Angabe
- Operation einer Diskushernie L4/L5 links 12/2014

Die Beschwerdeführerin leide unter einem Asthma bronchiale seit dem jungen Erwachsenenalter, kombiniert mit einer Heuschnupfensymptomatik auf dem Boden einer offenbar familiären atopischen Veranlagung. Durch das starke Rauchen sei nun eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit hinzugekommen, die sich vor allem in einer ausgeprägten, nicht zu einem reinen Asthma bronchiale passenden Gasaustauschstörung zeige. Klinisch bestehe eine schwere bronchiale Hyperreaktivität mit Irritation der Atemwege durch verschiedene Reize, welche ihr offenbar bisher auch bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Reinigungskraft Probleme bereitet habe. Um eine Stabilität hineinzubringen, sei ein vollständiger Rauchstopp Voraussetzung, da ansonsten die Atemwege nicht «stabilisiert» werden könnten (vgl. IV-Nr. 98 S. 9 ff.).

6.3.2 Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. E.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Psychiatrische Dienste [...], stellten mit Austrittsbericht vom 1. April 2016 (stationärer Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. Februar bis 23. März 2016) als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) mit V.a. generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), DD: Dysthymie (ICD-10 F34.1), sowie eine Tabakabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25). Unter entsprechender Medikation sei im Verlauf eine Besserung von Stimmung und Antrieb sowie der nächtlichen Ängste eingetreten, jedoch habe die gemäss der Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit bestehende depressive Symptomatik auf gleichbleibendem leicht- bis mittelgradigem Niveau persistiert. Ihre Ängste und Stimmungseinbrüche seien mit plötzlich einschliessenden Gedanken, etwa in Situationen in Begleitung ihres Mannes oder in Bezug auf ihn, in Zusammenhang gestanden. Diese dysfunktionale Denkstruktur mit prominentem interpersonellem Misstrauen, Selbstabwertung und Eifersucht bei Verlustangst beruhe

offensichtlich auf dem Hintergrund einer psychosozial stark belasteten Lebensgeschichte, weshalb sie mit der Beschwerdeführerin die Diagnose einer chronischen Depression besprochen hätten und auf die Wichtigkeit einer spezifischen Behandlung nach Austritt aus der Klinik hingewiesen hätten. Letzterer sei in leicht depressivem, aber stabilem psychischem Zustand erfolgt (vgl. IV-Nr. 98 S. 3 ff.).

6.3.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktische Ärztin, [...], diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2016 eine rezidivierende depressive Störung mit Soziophobie und intermittierenden präsuizidalen Phasen (ICD-10 F33.2) sowie mit «komorbider Psychiatrischer Problematik im Sinn einer posttraumatischen Entwicklung». Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 1. Februar 2015 bei ihr in ambulanter Behandlung und sei in den letzten vier Jahren auch mehrfach stationär behandelt worden. Aufgrund ihrer chronisch-generalisierten Angsterkrankung mit komorbider somatischer und psychiatrischer Problematik sei sie seit ca. fünf Jahren zu 100 % arbeitsunfähig. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen. Aufgrund des Verlaufs und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch die Beschwerdeführerin sei es in den letzten Monaten zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Diese werde durch den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 1. April 2016 objektiviert (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 ff.).

6.3.4 Am 24. November 2016 teilte Dr. med. F.____ der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, dass sie die Beschwerdeführerin aufgrund einer nochmaligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (erneut) in die psychiatrische Klinik [...] eingewiesen habe (vgl. IV-Nr. 100 S. 1).

6.3.5 RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2017 als «relevante» Diagnosen eine chronifizierte Depression, aktuell mittel- bis schwergradig, mit intermittierender Suizidalität (letzter Suizidversuch 2014) und Anzeichen einer generalisierten Angststörung, sowie als «weitere» Diagnosen eine COPD und ein St.n. Operation einer Diskushernie L4/5 links 12/2014 fest. In den letzten Jahren, spätestens aber seit September 2016 (Gesuchseingang) habe sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin weiter verschlechtert, so dass die Depression nun schwer chronifiziert sei. Eine ausserhäusliche Tätigkeit sei nicht mehr denkbar, allerdings sei davon «soweit ersichtlich» bereits bei der Rentenzusprache ausgegangen worden. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit «weiterhin und bleibend 0 %» arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 101 S. 2 ff.).

6.4 RAD-Arzt Dr. med. G.____ stützte sich in seiner Aktenbeurteilung vom 3. Januar 2017 hauptsächlich auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ vom 18. Oktober 2016 und übernahm unbeschrieben deren Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 101 S. 3). Bei der Würdigung ärztlicher Berichte und Gutachten muss indessen der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass behandelnde Ärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Es sind denn auch ■ im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) ■ die Angaben eines behandelnden Spezialisten besonders sorgfältig zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_818/2012

vom 11. März 2013 E. 6.2). Wie RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, in ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2020 zutreffend festhält (vgl. IV-Nr. 130 S. 5 f.), ist der Bericht von Dr. med. F.____ vom 18. Oktober 2016 in sich nicht konsistent, wird doch darin einmal eine «mittelschwere- bis schwere depressive Störung», dann wieder eine «schwergradige Erkrankung» bzw. eine bloss «mittelgradige (depressive) psychische Beeinträchtigung» festgehalten und «anamnestisch-explorativ» eine chronisch-generalisierte Angsterkrankung beschrieben, ohne diese anschliessend in der Diagnosestellung aufzuführen (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 f.). Überdies lässt sich ihre Einschätzung nicht ohne weiteres mit derjenigen der behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Dienste [...] in deren Austrittsbericht vom 1. April 2016 in Übereinstimmung bringen, welche zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostizierten, bei Klinikaustritt jedoch ■ durch entsprechende Ergebnisse der Testdiagnostik unterlegt ■ nur noch einen leicht depressiven, aber stabilen psychischen Zustand feststellten (vgl. IV-Nr. 98 S. 3, S. 6 f.). Zwar wurde bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen (vgl. IV-Nr. 1.2 S. 6 f.; 1.3 S. 11). In der Folge wurde indessen die Arbeitsunfähigkeit in Berichten der behandelnden Fachärzte vom 3. Mai 2007 (vgl. IV-Nr. 16 S. 2, S. 4 f.) sowie vom 20. Januar 2011 (vgl. IV-Nr. 56 S. 1, S. 4) sowie in einem psychiatrischen Gutachten vom 3. Februar 2008 (vgl. IV-Nr. 22 S. 20) wiederholt wesentlich tiefer eingeschätzt. Ausserdem befand sich die Beschwerdeführerin ■ entgegen den Ausführungen von Dr. med. F.____ (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 f.) ■ einzig noch im Jahr 2007 in stationärer psychiatrischer Behandlung (vgl. IV-Nr. 112 S. 18 ff.) und finden sich von anfangs 2012 bis März 2016 keinerlei fachpsychiatrische Berichte in den Akten. Die von der ■ die Beschwerdeführerin erst seit Februar 2015 ambulant behandelnden (vgl. IV-Nr. 98 S. 1) ■ Psychiaterin Dr. med. F.____ «seit circa 5 Jahren» ausgewiesene 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-Nr. 98 S. 1) ist somit nicht nachvollziehbar. RAD-Arzt Dr. med. G.____ bzw. die Beschwerdegegnerin wären mithin gehalten gewesen, zumindest den Austrittsbericht zu einem weiteren stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2016 bis am 27. Januar 2017 einzufordern (vgl. E. II. 3.1 in fine hiavor). Dieser gelangte jedoch erst im Jahre 2019, in einer wenig aussagekräftigen Fassung, zu den Akten (vgl. IV-Nr. 112 S. 12). Indem die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer rentenerhöhenden Revisionsverfügung vom 7. April 2017 hinsichtlich des damaligen Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung und Umfangs der Arbeits(un)fähigkeit keine ergänzenden medizinischen Abklärungen vornahm, verletzte sie ihre Untersuchungspflicht in schwerwiegender Weise.

6.5 Zweifellose Unrichtigkeit als Voraussetzung für eine Wiedererwägung kann (auch) dann vorliegen, wenn der Versicherungsträger notwendige Abklärungen unterlassen und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) in grober Weise verletzt hat. Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung unter diesem Aspekt insbesondere dann, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2). Eine solche Konstellation liegt hier vor (vgl. E. II. 6.4 hiavor). Da bei der Ausrichtung einer Dauerleistung die Erheblichkeit einer Berichtigung ausser Frage steht, liegt somit ein Wiedererwägungsgrund vor. Die Beschwerdegegnerin war demnach befugt, mit Verfügung vom 27. Januar 2022 auf die (qualifiziert unrichtige) rentenerhöhende Revisionsverfügung vom 7. April 2017 zurückzukommen.

7. Mit der (zu Recht erfolgten) Wiedererwägung der rentenerhöhenden Revisionsverfügung vom 7. April 2017 kann nun eine (voraussetzungslose) Neubeurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin vorgenommen werden, ohne dass eine zu einem früheren Vergleichszeitpunkt wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen werden müsste (vgl. E. II. 5.3.3 hiervor). Nachfolgend ist somit in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2022 verneint hat (vgl. Dispositivziffer 1 der Verfügung; IV-Nr. 183 S. 1; A.S. 1).

7.1 Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer im April 2019 von Amtes wegen angehobenen Rentenüberprüfung (vgl. IV-Nr. 110 S. 1) bei der B.____ polydisziplinär (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie sowie Rheumatologie) begutachten. In deren Gutachten vom 16. Oktober 2020 werden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 10):

- Rezidivierende depressive Störung, aktuell eher leichtgradig bis zeitweise mittelschwer (ICD-10 F33.1)
- V.a. unreife und ängstliche Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

- St.n. Appendektomie
- Anamnestisch diverse Allergien/Asthma bronchiale
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei St.n. Diskushernie LWK5/S1 mit nach caudal luxiertem Sequester und Kompression der Wurzel S1 links gemäss MRI vom 21. November 2014 mit konservativer Behandlung
- Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel bds. mit begleitendem Thoracic Outlet Syndrom (TOS) bds.
- St.n. Vorfusskorrektur mit Osteotomie Metatarsale I, lateralem Release und medialer Raffung rechts 2010
- St.n. Hallux valgus-Operation links 2012
- Klinisch V.a. Rhizarthrose bds. mit Lokalschmerz, rechts mehr als links
- Hinweise auf Hypermobilität
- Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit 3/5 positiven Waddell-Zeichen und 10/18 Fibromyalgie-Druckpunkten, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend
- Mögliche generalisierte Angststörung in unterschiedlichem Ausmass vorhanden (ICD-10 F41.1)

Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit, die unterhalb der Schulterhorizontalen und rückenadaptiert (ohne wiederholte Bück- oder Torsionsbewegungen und ohne Arbeitshaltungen längerdauernd oder repetitiv vornüber geneigt oder rekliniert) ausgeführt werden könne und kein wiederholtes Treppensteigen beinhalte, uneingeschränkt arbeitsfähig. Es sei jedoch aufgrund der bestehenden Grundschmerzproblematik von einem

etwas langsameren Arbeitstempo respektive einem etwas erhöhten Pausenbedarf auszugehen, so dass der Beschwerdeführerin insgesamt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % zu bescheinigen sei. Entsprechend den anamnestischen Angaben bestünden diese Beschwerden schon seit längerer Zeit, so dass sie «gemäss der Fragestellung bei der Auftragserteilung» zumindest seit April 2017 anzunehmen seien (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 12 f.).

In psychiatrischer Hinsicht sei der Beschwerdeführerin grundsätzlich eine einfach strukturierte Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, mit klaren Zeitvorgaben, zuzumuten. Aufgrund der affektiven Schwankungen bzw. des labilen Zustandes sei von einer verminderten Leistungsfähigkeit und einem vermehrten Erholungsbedarf auszugehen. Es bestehe demnach seit Februar 2015 «im Schnitt» eine etwa 40-prozentige Einschränkung, wobei während den stationären Aufenthalten jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 13 f.).

Gesamthaft sei der Beschwerdeführerin seit Februar 2015 in einer adaptierten Tätigkeit eine 40-prozentige Einschränkung bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen zu bescheinigen (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 14).

7.2 RAD-Ärztin Dr. med. H.____ erachtet in ihrer Stellungnahme vom 2. November 2020 das Gutachten der B.____ vom 16. Oktober 2020 insgesamt als nachvollziehbar und schlüssig. Wie der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar ausführe, sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Februar 2015, mit Ausnahme der Hospitalisationen, nie höher als 40 % eingeschränkt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, rückenadaptierten, einfach strukturierten Tätigkeiten ohne Übernahme von Verantwortung und mit klaren Zeitvorgaben, seit Februar 2015 zu 60 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 148 S. 3 f.).

E. 6

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und ihre Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 45). 2.3 Mit Verfügung vom 8. Juli 2022 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Patrick Thomann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 46). 2.4 Am 11. August 2022 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein und ersucht um Entlassung aus dem amtlichen Mandat. 2.5 Mit Schreiben vom 1. September 2022 ersucht Rechtsanwältin Alina Arul, [...], sie als neue unentgeltliche Rechtsbeiständin der Beschwerdeführerin einzusetzen (A.S. 53). 2.6 Mit Verfügung vom 9. September 2022 wird Rechtsanwalt Patrick Thomann mit Wirkung ab dem 1. September 2022 aus dem amtlichen Mandat entlassen und Rechtsanwältin Alina Arul ab diesem Zeitpunkt der Beschwerdeführerin neu als unentgeltliche Rechtsbeiständin beigeordnet. 2.7 Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit entscheidenderheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Januar 2022 ist einzutreten. 2. 2.1 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der

angefochtenen Verfügung eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 2.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Lit. c von dessen Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) sieht ausdrücklich vor, dass für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige Recht gilt. Die am [...] 1966 geborene Beschwerdeführerin war am 1. Januar 2022 bereits über 55-jährig und ihr stand zu diesem Zeitpunkt eine Rente zu. Massgebend ist somit – auch für die Folgezeit – das bis am 31. Dezember 2021 geltende (alte) Recht. 3. 3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen). 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen

(BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 aus, dass der psychiatrischen Folgenabschätzung (40-prozentige Einschränkung) gemäss dem von ihr in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 16. Oktober 2020 aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden könne. Es sei vielmehr aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, so dass ihr einzig aus rheumatologischer Sicht in einer schulter- und rückenadaptierten Tätigkeit insgesamt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % zu bescheinigen sei. Gestützt auf ihren Abklärungsbericht vom 9. Januar 2017 sei im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich neu von einer vollumfänglichen ausserhäuslichen Tätigkeit und damit im Vergleich zur früheren hälftigen Aufteilung in eine ausserhäusliche und eine häusliche Tätigkeit von einem Statuswechsel auszugehen. In Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs sei es der Beschwerdeführerin nunmehr möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Trotz langjähriger Rentenbezugsdauer und einem Alter von mittlerweile fast 56 Jahren könne sie das erneut ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich verwerten. Die Rente sei daher auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben, ohne dass der Beschwerdeführerin weitere Leistungen der IV zustünden (vgl. IV-Nr. 183 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.).

4.2 Die Beschwerdeführerin macht zusammenfassend geltend, es sei (auch) auf das insgesamt umfassende, schlüssige und nachvollziehbare psychiatrische Teilgutachten vollumfänglich abzustellen und die Invaliditätsbemessung gestützt auf eine 40-prozentige Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Sie habe demnach bei einem Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Werde wider Erwarten von allfälligen «Ungereimtheiten» im psychiatrischen Teilgutachten ausgegangen, so sei der (medizinische) Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin nicht hinreichend abgeklärt worden und es seien zwingend Rückfragen an den Gutachter zu stellen oder eine neue Begutachtung anzuordnen. Überdies beziehe sie seit beinahe zwanzig Jahren eine Invalidenrente, sei über 55-jährig und habe demnach rechtsprechungsgemäss vor Aufhebung der Rente Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. A.S. 29 ff.).

5. 5.1 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 24. November 2020 mit, dass sie beabsichtige, die Verfügung vom 7. April 2017 (Zusprache einer ganzen Invalidenrente; vgl. IV-Nr. 108 S. 1 ff.) wiedererwägungsweise aufzuheben und die «bisherige Rente» mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Als Begründung führte sie an, dass der RAD den medizinischen Sachverhalt in den Jahren 2016/2017 nicht genügend abgeklärt habe und dessen (damalige) Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin weder begründet noch nachvollziehbar sei. Da sie ihrer Untersuchungspflicht damals nicht zureichend nachgekommen sei, sei die Verfügung vom 7. April 2017 zweifellos unrichtig und wiedererwägungsweise aufzuheben. Gestützt auf das im Rahmen der laufenden Rentenrevision eingeholte beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 16. Oktober 2020 sei die Beschwerdeführerin seit Februar 2015 in einer leidensangepassten

Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von lediglich 40 %, womit die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herabzusetzen sei (vgl. IV-Nr. 149 S. 2 ff.). Nach einer «Neubeurteilung» durch den internen Rechtsdienst (vgl. IV-Nr. 166 S. 1 ff.) hob die Beschwerdegegnerin – wie vorbeschieden – mit Verfügung vom 5. Mai 2021 die Verfügung vom 7. April 2017 wiedererwägungsweise auf (vgl. IV-Nr. 167 S. 1 ff.). Zugleich kündigte sie der Beschwerdeführerin mit (neuem) Vorbescheid gleichen Datums an, dass sie ihre Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats vollumfänglich aufzuheben gedenke. Als Begründung führte sie (neu) an, von der von der B. ___ seit Februar 2015 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei aus rechtlicher Sicht abzuweichen und bloss von einer Einschränkung von 10 % auszugehen. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von lediglich 10 %, womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente künftig zu verneinen sei (vgl. IV-Nr. 168 S. 2 ff.). Mit Verfügung vom 12. November 2021 sprach sie der Beschwerdeführerin alsdann mit Wirkung ab 1. Dezember 2021 vorübergehend (erneut) eine halbe Invalidenrente zu (vgl. IV-Nr. 178 S. 1 ff.), welche sie schliesslich mit Verfügung vom 27. Januar 2022 – wie angekündigt – auf Ende Februar 2022 aufhob (vgl. IV-Nr. 183 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.).

E. 6.1

6.1.1 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. mit Hinweisen). 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). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit weiteren Hinweisen). 6.1.2 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

E. 6.2

6.2.1 Mit Verfügung vom 17. März 1995 ging die IV-Stelle des Kantons Aargau bei der Beschwerdeführerin von einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % und einer Einschränkung in

der Haushaltstätigkeit von 16 % aus und ermittelte in Anwendung der gemischten Methode (Erwerbstätigkeit: 50 %; Haushaltstätigkeit: 50 %) einen Invaliditätsgrad von insgesamt 58 %. Gestützt darauf sprach sie der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. November 1993 eine halbe Invalidenrente zu (vgl. IV-Nr. 1.2 S. 6 f.). Eine gegen die Anwendung der gemischten Methode gerichtete Beschwerde wiesen sowohl das Versicherungsgericht des Kantons Aargau (Urteil vom 17. August 1995; IV-Nr. 1.4 S. 4 ff.) als auch das Bundesgericht (Urteil vom 15. Mai 1996; IV-Nr. 1.3 S. 1 ff.) ab. Das Bundesgericht hielt hierzu (verbindlich) fest, dass eine Zeitaufteilung von je 50 % auf die ausserhäusliche sowie auf die häusliche Tätigkeit als sinnvoll erscheine, hätte sich die Beschwerdeführerin doch (im Gesundheitsfall) bei Ausübung einer halbtägigen Erwerbstätigkeit und gleichzeitiger Entlastung durch ihre Mutter und Schwiegermutter in genügendem Masse den erzieherischen Aufgaben, den besonderen Schwierigkeiten des jüngeren (behinderten) Sohnes, der Haushaltsführung sowie den administrativen Belangen widmen und gleichzeitig mit ihrem Einkommen zum finanziellen Unterhalt der Familie beitragen können. Eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit wäre zumindest im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht zumutbar gewesen, seien doch die Kinder in diesem Zeitpunkt erst knapp sechs und achteinhalb Jahre alt gewesen und habe das jüngere Kind besonderer erzieherischer Zuwendung bedurft (vgl. IV-Nr. 1.3 S. 10 f.). An diesem, mittels der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 58 % hielten die IV-Stelle des Kantons Aargau bzw. die Beschwerdegegnerin in der Folge wiederholt fest (vgl. Mitteilungen vom 26. Januar 2001 [IV-Nr. 2.9 S. 1], vom 11. März 2005 [IV-Nr. 2.1 S. 1 f.], vom 16. September 2008 [IV-Nr. 29 S. 1 f.], vom 9. Februar 2010 [IV-Nr. 40 S. 1 f.] sowie vom 1. November 2012 [IV-Nr. 78 S. 1 f.]).

6.2.2 Demgegenüber hielt der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin im Rahmen des mit Meldung vom 29. August 2016 (vgl. IV-Nr. 95 S. 1) von der Beschwerdeführerin initiierten Revisionsverfahrens in einer Aktenbeurteilung vom 9. Januar 2017 fest, dass die Beschwerdeführerin bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens von August 1989 bis Oktober 1991 zu 100 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen sei. Die Kinder seien inzwischen erwachsen und teilweise ausgezogen. Ausserdem erziele ihr Ehemann aktuell kein festes Einkommen. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute, ohne gesundheitliche Einschränkung, (erneut) einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines 100 %-Pensums nachgehen würde (vgl. IV-Nr. 103 S. 1 f.). Diese (Neu-) Einschätzung übernahm die Beschwerdegegnerin alsdann in ihre Rentenerhöhungsverfügung vom 7. April 2017 (vgl. IV-Nr. 108 S. 5).

6.2.3 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht

übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

6.2.4 Der älteste Sohn der Beschwerdeführerin (Jahrgang 1986) war im Zeitpunkt des Erlasses der Rentenerhöhungsverfügung (7. April 2017) bereits seit längerer Zeit von zu Hause ausgezogen. Der 1989 geborene Sohn und die 1998 geborene Tochter lebten zwar noch bei ihr. Der mittlere, geistig behinderte Sohn war indessen bereits seit längerer Zeit unter der Woche tagsüber in einer sozialtherapeutischen Einrichtung untergebracht und benötigte keine spezifische Unterstützung durch die Beschwerdeführerin; auch die sich noch in Ausbildung befindende Tochter war bereits selbständig. Zudem war ihr Ehemann damals arbeitslos (vgl. IV-Nr. 76 S. 1 f.; 98 S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin wäre somit im Gesundheitsfall (spätestens) im April 2017 überwiegend wahrscheinlich nach Wegfall ihrer Betreuungspflichten aus finanziellen Gründen nicht mehr teilzeiterwerbstätig mit Aufgabenbereich, sondern neu vollzeitlich erwerbstätig gewesen. Dementsprechend war die Bemessung der Invalidität nun nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs statt wie bisher nach der gemischten Methode vorzunehmen. Da demnach mit dem Methodenwechsel ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorlag, durfte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch im Rahmen ihrer Verfügung vom 7. April 2017 grundsätzlich frei und ohne Bindung an frühere (medizinische) Beurteilungen überprüfen (vgl. E. II. 6.1.1 hiervor). Zu untersuchen ist somit in einem nächsten Schritt, ob sie im damaligen Verfügungszeitpunkt (7. April 2017) den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin korrekt ermittelte.

6.3 Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt der Rentenerhöhungsverfügung vom 7. April 2017 zusammengefasst wie folgt:

6.3.1 In einem Bericht vom 29. März 2016 stellte Dr. med. C. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, [...], [...], folgende Diagnosen: - Asthma/COPD-Kombination (ACOS) - Saisonale Rhinokonjunktivitis - Allergische Veranlagung - Nikotinabhängigkeit, (...) - Depression und Angststörung - Arterielle Hypertonie laut Angabe - Operation einer Diskushernie L4/L5 links 12/2014 Die Beschwerdeführerin leide unter einem Asthma bronchiale seit dem jungen Erwachsenenalter, kombiniert mit einer Heuschnupfensymptomatik auf dem Boden einer offenbar familiären atopischen Veranlagung. Durch das starke Rauchen sei nun eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit hinzugekommen, die sich vor allem in einer ausgeprägten, nicht zu einem reinen Asthma bronchiale passenden Gasaustauschstörung zeige. Klinisch bestehe eine schwere bronchiale Hyperreaktivität mit Irritation der Atemwege durch verschiedene Reize, welche ihr offenbar bisher auch bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Reinigungskraft Probleme bereitet habe. Um eine Stabilität hineinzubringen, sei ein vollständiger Rauchstopp Voraussetzung, da ansonsten die Atemwege nicht «stabilisiert» werden könnten (vgl. IV-Nr. 98 S. 9 ff.).

6.3.2 Dr. med. D. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. E. ____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Psychiatrische Dienste [...], stellten mit Austrittsbericht vom 1. April 2016 (stationärer Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. Februar bis 23. März 2016) als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) mit V.a. generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), DD: Dysthymie (ICD-10 F34.1), sowie eine Tabakabhängigkeit, ständiger

Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25). Unter entsprechender Medikation sei im Verlauf eine Besserung von Stimmung und Antrieb sowie der nächtlichen Ängste eingetreten, jedoch habe die gemäss der Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit bestehende depressive Symptomatik auf gleichbleibendem leicht- bis mittelgradigem Niveau persistiert. Ihre Ängste und Stimmungseinbrüche seien mit plötzlich einschliessenden Gedanken, etwa in Situationen in Begleitung ihres Mannes oder in Bezug auf ihn, in Zusammenhang gestanden. Diese dysfunktionale Denkstruktur mit prominentem interpersonellem Misstrauen, Selbstabwertung und Eifersucht bei Verlustangst beruhe offensichtlich auf dem Hintergrund einer psychosozial stark belasteten Lebensgeschichte, weshalb sie mit der Beschwerdeführerin die Diagnose einer chronischen Depression besprochen hätten und auf die Wichtigkeit einer spezifischen Behandlung nach Austritt aus der Klinik hingewiesen hätten. Letzterer sei in leicht depressivem, aber stabilem psychischem Zustand erfolgt (vgl. IV-Nr. 98 S. 3 ff.).

6.3.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktische Ärztin, [...], diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2016 eine rezidivierende depressive Störung mit Soziophobie und intermittierenden präsuizidalen Phasen (ICD-10 F33.2) sowie mit «komorbider Psychiatrischer Problematik im Sinn einer posttraumatischen Entwicklung». Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 1. Februar 2015 bei ihr in ambulanter Behandlung und sei in den letzten vier Jahren auch mehrfach stationär behandelt worden. Aufgrund ihrer chronisch-generalisierten Angsterkrankung mit komorbider somatischer und psychiatrischer Problematik sei sie seit ca. fünf Jahren zu 100 % arbeitsunfähig. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen. Aufgrund des Verlaufs und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch die Beschwerdeführerin sei es in den letzten Monaten zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Diese werde durch den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 1. April 2016 objektiviert (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 ff.).

6.3.4 Am 24. November 2016 teilte Dr. med. F.____ der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, dass sie die Beschwerdeführerin aufgrund einer nochmaligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (erneut) in die psychiatrische Klinik [...] eingewiesen habe (vgl. IV-Nr. 100 S. 1).

6.3.5 RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2017 als «relevante» Diagnosen eine chronifizierte Depression, aktuell mittel- bis schwergradig, mit intermittierender Suizidalität (letzter Suizidversuch 2014) und Anzeichen einer generalisierten Angststörung, sowie als «weitere» Diagnosen eine COPD und ein St.n. Operation einer Diskushernie L4/5 links 12/2014 fest. In den letzten Jahren, spätestens aber seit September 2016 (Gesuchseingang) habe sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin weiter verschlechtert, so dass die Depression nun schwer chronifiziert sei. Eine ausserhäusliche Tätigkeit sei nicht mehr denkbar, allerdings sei davon «soweit ersichtlich» bereits bei der Rentenzusprache ausgegangen worden. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit «weiterhin und bleibend 0 %» arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 101 S. 2 ff.).

6.4 RAD-Arzt Dr. med. G.____ stützte sich in seiner Aktenbeurteilung vom 3. Januar 2017 hauptsächlich auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ vom 18. Oktober 2016 und übernahm unbesehen deren Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 101 S. 3). Bei der Würdigung ärztlicher Berichte und Gutachten muss indessen der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass

behandelnde Ärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Es sind denn auch – im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) – die Angaben eines behandelnden Spezialisten besonders sorgfältig zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_818/2012 vom 11. März 2013 E. 6.2). Wie RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, in ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2020 zutreffend festhält (vgl. IV-Nr. 130 S. 5 f.), ist der Bericht von Dr. med. F.____ vom 18. Oktober 2016 in sich nicht konsistent, wird doch darin einmal eine «mittelschwere- bis schwere depressive Störung», dann wieder eine «schwergradige Erkrankung» bzw. eine bloss «mittelgradige (depressive) psychische Beeinträchtigung» festgehalten und «anamnestisch-explorativ» eine chronisch-generalisierte Angsterkrankung beschrieben, ohne diese anschliessend in der Diagnosestellung aufzuführen (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 f.). Überdies lässt sich ihre Einschätzung nicht ohne weiteres mit derjenigen der behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Dienste [...] in deren Austrittsbericht vom 1. April 2016 in Übereinstimmung bringen, welche zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostizierten, bei Klinikaustritt jedoch – durch entsprechende Ergebnisse der Testdiagnostik unterlegt – nur noch einen leicht depressiven, aber stabilen psychischen Zustand feststellten (vgl. IV-Nr. 98 S. 3, S. 6 f.). Zwar wurde bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen (vgl. IV-Nr. 1.2 S. 6 f.; 1.3 S. 11). In der Folge wurde indessen die Arbeitsunfähigkeit in Berichten der behandelnden Fachärzte vom 3. Mai 2007 (vgl. IV-Nr. 16 S. 2, S. 4 f.) sowie vom 20. Januar 2011 (vgl. IV-Nr. 56 S. 1, S. 4) sowie in einem psychiatrischen Gutachten vom 3. Februar 2008 (vgl. IV-Nr. 22 S. 20) wiederholt wesentlich tiefer eingeschätzt. Ausserdem befand sich die Beschwerdeführerin – entgegen den Ausführungen von Dr. med. F.____ (vgl. IV-Nr. 98 S. 1 f.) – einzig noch im Jahr 2007 in stationärer psychiatrischer Behandlung (vgl. IV-Nr. 112 S. 18 ff.) und finden sich von anfangs 2012 bis März 2016 keinerlei fachpsychiatrische Berichte in den Akten. Die von der – die Beschwerdeführerin erst seit Februar 2015 ambulant behandelnden (vgl. IV-Nr. 98 S. 1) – Psychiaterin Dr. med. F.____ «seit circa 5 Jahren» ausgewiesene 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-Nr. 98 S. 1) ist somit nicht nachvollziehbar. RAD-Arzt Dr. med. G.____ bzw. die Beschwerdegegnerin wären mithin gehalten gewesen, zumindest den Austrittsbericht zu einem weiteren stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2016 bis am 27. Januar 2017 einzufordern (vgl. E. II. 3.1 in fine hiavor). Dieser gelangte jedoch erst im Jahre 2019, in einer wenig aussagekräftigen Fassung, zu den Akten (vgl. IV-Nr. 112 S. 12). Indem die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer rentenerhöhenden Revisionsverfügung vom 7. April 2017 hinsichtlich des damaligen Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung und Umfangs der Arbeits(un)fähigkeit keine ergänzenden medizinischen Abklärungen vornahm, verletzte sie ihre Untersuchungspflicht in schwerwiegender Weise.

6.5 Zweifellose Unrichtigkeit als Voraussetzung für eine Wiedererwägung kann (auch) dann vorliegen, wenn der Versicherungsträger notwendige Abklärungen unterlassen und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) in grober Weise verletzt hat. Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung unter diesem Aspekt insbesondere dann, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2). Eine solche Konstellation liegt hier vor (vgl. E. II. 6.4 hiavor). Da bei der Ausrichtung einer Dauerleistung die Erheblichkeit einer Berichtigung ausser Frage steht,

liegt somit ein Wiedererwägungsgrund vor. Die Beschwerdegegnerin war demnach befugt, mit Verfügung vom 27. Januar 2022 auf die (qualifiziert unrichtige) rentenerhöhende Revisionsverfügung vom 7. April 2017 zurückzukommen. 7. Mit der (zu Recht erfolgten) Wiedererwägung der rentenerhöhenden Revisionsverfügung vom 7. April 2017 kann nun eine (voraussetzungslose) Neu beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin vorgenommen werden, ohne dass eine zu einem früheren Vergleichszeitpunkt wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen werden müsste (vgl. E. II. 5.3.3 hiavor). Nachfolgend ist somit in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2022 verneint hat (vgl. Dispositivziffer 1 der Verfügung; IV-Nr. 183 S. 1; A.S. 1).

7.1 Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer im April 2019 von Amtes wegen angehobenen Rentenüberprüfung (vgl. IV-Nr. 110 S. 1) bei der B.____ polydisziplinär (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie sowie Rheumatologie) begutachten. In deren Gutachten vom 16. Oktober 2020 werden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 10): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell eher leichtgradig bis zeitweise mittelschwer (ICD-10 F33.1) - V.a. unreife und ängstliche Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - St.n. Appendektomie - Anamnestisch diverse Allergien/Asthma bronchiale - Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei St.n. Diskushernie LWK5/S1 mit nach caudal luxiertem Sequester und Kompression der Wurzel S1 links gemäss MRI vom 21. November 2014 mit konservativer Behandlung - Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel bds. mit begleitendem Thoracic Outlet Syndrom (TOS) bds. - St.n. Vorfussskorrektur mit Osteotomie Metatarsale I, lateralem Release und medialer Raffung rechts 2010 - St.n. Hallux valgus-Operation links 2012 - Klinisch V.a. Rhizarthrose bds. mit Lokalschmerz, rechts mehr als links - Hinweise auf Hypermobilität - Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung mit 3/5 positiven Waddell-Zeichen und 10/18 Fibromyalgie-Druckpunkten, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend - Mögliche generalisierte Angststörung in unterschiedlichem Ausmass vorhanden (ICD-10 F41.1) Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit, die unterhalb der Schulterhorizontalen und rückenadaptiert (ohne wiederholte Bück- oder Torsionsbewegungen und ohne Arbeitshaltungen längerdauernd oder repetitiv vornüber geneigt oder rekliniert) ausgeführt werden könne und kein wiederholtes Treppensteigen beinhalte, uneingeschränkt arbeitsfähig. Es sei jedoch aufgrund der bestehenden Grundschmerzproblematik von einem etwas langsameren Arbeitstempo respektive einem etwas erhöhten Pausenbedarf auszugehen, so dass der Beschwerdeführerin insgesamt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % zu bescheinigen sei. Entsprechend den anamnestischen Angaben bestünden diese Beschwerden schon seit längerer Zeit, so dass sie «gemäss der Fragestellung bei der Auftragserteilung» zumindest seit April 2017 anzunehmen seien (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 12 f.). In psychiatrischer Hinsicht sei der Beschwerdeführerin grundsätzlich eine einfach strukturierte Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, mit klaren Zeitvorgaben, zuzumuten. Aufgrund der affektiven Schwankungen bzw. des labilen Zustandes sei von einer verminderten Leistungsfähigkeit und einem vermehrten Erholungsbedarf auszugehen. Es bestehe demnach seit Februar 2015 «im Schnitt» eine etwa 40-prozentige Einschränkung, wobei

während den stationären Aufenthalten jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 13 f.). Gesamthaft sei der Beschwerdeführerin seit Februar 2015 in einer adaptierten Tätigkeit eine 40-prozentige Einschränkung bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen zu bescheinigen (vgl. IV-Nr. 145.3 S. 14). 7.2

RAD-Ärztin Dr. med. H.____ erachtet in ihrer Stellungnahme vom 2. November 2020 das Gutachten der B.____ vom 16. Oktober 2020 insgesamt als nachvollziehbar und schlüssig. Wie der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar ausführe, sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Februar 2015, mit Ausnahme der Hospitalisationen, nie höher als 40 % eingeschränkt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, rückenadaptierten, einfach strukturierten Tätigkeiten ohne Übernahme von Verantwortung und mit klaren Zeitvorgaben, seit Februar 2015 zu 60 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 148 S. 3 f.).

E. 8

8.1 Zwischen den Parteien ist der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens vom 16. September 2020 und die darin bescheinigte rheumatologisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer rücken- und schulteradaptierten Tätigkeit im Umfang von 10 % unbestritten und gibt ausweislich der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. Auch das psychiatrische Teilgutachten vom 15. September 2020 wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht. Es ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 2 ff.), gibt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausführlich wieder (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 6 ff.), beruht auf einer allseitigen fachärztlich psychiatrischen Untersuchung (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 11 ff.) und der Gutachter Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, setzt sich im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten auseinander (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 13 ff.). Das Gutachten ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar. Namentlich vermag die Diagnoseherleitung (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 16 ff.) auch anhand der Befundlage (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 12 f., S. 16) zu überzeugen. Das (Teil-) Gutachten ist damit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen. Diesbezüglich sind sich die Parteien ebenfalls einig. Im Streite liegt hingegen die in psychiatrischer Hinsicht gutachterlich festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit.

Die Beschwerdegegnerin vertritt in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 die Auffassung, dass der «psychiatrischen Folgenabschätzung (40%ige Einschränkung)» aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden könne. Es sei gestützt auf eine Beurteilung ihres Rechtsdienstes vom 4. Mai 2021 von keiner psychiatrisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen und bei der Einschätzung der gegenwärtigen funktionellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens einzig auf die aus rheumatologischer Sicht gutachterlich ausgewiesene Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % abzustellen (vgl. IV-Nr. 183 S. 3; A.S. 3).

Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, dass die Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2021 nicht zu überzeugen vermöge. Vielmehr sei das psychiatrische Teilgutachten ■ wie auch vom RAD in dessen Stellungnahme vom 2. November 2020 festgehalten ■ umfassend und ergebe ein schlüssiges und

nachvollziehbares Gesamtbild. Es sei demnach vollumfänglich darauf abzustellen und die Invaliditätsbemessung gestützt auf eine 40-prozentige Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Sofern von allfälligen «Ungereimtheiten» im psychiatrischen Teilgutachten auszugehen sei ■ was von ihr bestritten werde ■, sei der Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt und es seien zwingend Rückfragen an den Gutachter zu stellen oder eine neue Begutachtung anzuordnen (vgl. A.S. 32 ff.).

E. 8.2

8.2.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»

a) Komplex «Gesundheitsschädigung»

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

c) Komplex «Sozialer Kontext»

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens)

8.2.2 Der psychiatrische Sachverständige hat sich bei der Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 zu orientieren und seine Schätzung der Arbeitsunfähigkeit diesbezüglich hinreichend und nachvollziehbar zu begründen. Unter diesen Voraussetzungen sind die im Gutachten formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_423/2019 vom 7. Februar 2020 E. 3.2.3). Allerdings darf die Verwaltung bzw. das Gericht aus triftigen Gründen von der medizinisch-psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit im Gutachten abweichen, wenn diese zu wenig gesichert ist (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367 f.). Dies ist namentlich dann geboten, wenn die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die massgebenden Indikatoren nicht hinreichend und nachvollziehbar begründet erscheint resp. unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen nicht überzeugt (Urteil des Bundesgerichts 9C_832/2019 vom 6. Mai 2020 E. 2.2).

E. 8.3

8.3.1 Bezüglich den vom Bundesgericht definierten Indikatoren ist dem von Dr. med. I.____ am 15. September 2020 erstellten psychiatrischen Teilgutachten Folgendes zu entnehmen:

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» wird hinsichtlich Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde ausgeführt, die Beschwerdeführerin wirke in der Untersuchung affektlabil, eher etwas angespannt und besorgt sowie subdepressiv verstimmt, berichte von Stimmungsschwankungen, Gedankenkreisen, Schlafstörungen, sozialem Rückzug und sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei sich zuhause auftretenden Ängsten (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 16). Da sich die affektive Störung durchaus bessere, könne keine dauerhaft gedrückte Stimmung im schwergradigen Ausmass bestätigt werden, was sich auch darin äussere, dass die Beschwerdeführerin weitgehend in der Lage sei, ihre alltäglichen Aufgaben wahrzunehmen. Die möglichen ängstlichen und unreifen Persönlichkeitszüge wirkten sich ungünstig auf den Gesamtzustand aus und förderten je nach Belastung die affektiven Verstimmungen. «Ursprünglich entscheidend» seien wiederholte psychosoziale Belastungen und die körperliche Erkrankung, welche die affektiven Schwankungen unterhielten. Es sei ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ von einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell eher leichtgradig bis zeitweise mittelschwer (ICD-10 F33.1), sowie vom Verdacht auf eine unreife und ängstliche Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) auszugehen (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 18 ff.). In Bezug auf die Behandlung und Eingliederung legt Dr. med. I.____ dar, dass im Rahmen von stationären Behandlungen jeweils eine deutliche Besserung habe erzielt werden können. Es werde eine konsequente antidepressive Behandlung durchgeführt; aufgrund der von der Beschwerdeführerin angegebenen Ängste wären ausserdem verhaltenstherapeutische Massnahmen sinnvoll. Bei mehrjährigem Krankheitsverlauf und den Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin, gefasste Ziele und Vorstellungen umzusetzen, sei die Prognose tendenziell eher ungünstig und eine wesentliche Besserung in der Zukunft nicht zu erwarten (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 20).

Zum Komplex «Persönlichkeit» lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten entnehmen, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit labile Persönlichkeitszüge eine Rolle spielen dürften, welche den Wechsel des affektiven Zustandes miterklären könnten (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 18).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, Kontakte im familiären Umfeld zu pflegen. Sie ziehe sich ansonsten aufgrund ihrer Ängste im sozialen Bereich zurück, was jedoch zu relativieren sei, da es ihr während ihrer stationären Aufenthalte jeweils gelungen sei, soziale Kontakte zu knüpfen. Sie sei in der Lage, sich zu aktivieren, auch Interessen nachzugehen, ihr soziales Umfeld sei eher beschränkt (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 19 f.). Die Beschwerdeführerin sei weitgehend fähig, alltägliche Termine wahrzunehmen und sich an Routinen zu halten, sich ein Urteil zu bilden und Entscheide zu fällen. Sie könne Aktivitäten nachgehen, bspw. Ketten herstellen oder malen, sei verkehrsfähig. Als Belastungen werden von Dr. med. I.____ die verminderte Durchhaltefähigkeit, die teilweise ungenügende Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die teilweise beeinträchtigte Gruppenfähigkeit genannt (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 18 f.). Der Beschwerdeführerin gelinge es teilweise nicht und teilweise wieder besser, ihre Fähigkeiten genügend zu mobilisieren. Eine grosse Rolle spielten auch die psychosozialen Umstände, aktuell die Erkrankung ihres Ehemannes, welche zu einer Verschlechterung des Zustandes führten (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 21).

Bezüglich der Kategorie «Konsistenz» wird im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin angebe, sie sei im Alltag teilweise stark eingeschränkt, könne sich manchmal indessen wieder besser aktivieren. Aktuell beklage sie vorwiegend Ängste, so dass sie das Haus nicht mehr alleine verlassen könne. Diese Ängste würden in den Unterlagen nicht aufgeführt. Allerdings gehe aus diesen ein wechselhafter Zustand hervor, was sich mit den Angaben und Befunden anlässlich der Exploration decke. Eine dauerhafte starke Beeinträchtigung könne demnach nicht nachvollzogen werden, so dass aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin Inkonsistenzen bestünden (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 21). Es würden von der Beschwerdeführerin ambulante Therapiemassnahmen in Anspruch genommen, bei Bedarf werde sie hospitalisiert (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 20).

Gestützt darauf hält Dr. med. I.____ fest, grundsätzlich könne der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht eine einfach strukturierte Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, mit klaren Zeitvorgaben, zugemutet werden. Aufgrund der affektiven Schwankungen bzw. des labilen Zustandes müsse indessen von einer verminderten Leistungsfähigkeit und einem vermehrten Erholungsbedarf ausgegangen werden. Es sei daher seit Februar 2015 (Aufnahme der Behandlung bei Dr. med. F.____) gesamthaft im Schnitt von einer etwa 40-prozentigen Einschränkung auszugehen, wobei während den Hospitalisationen jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ angegebene volle Einschränkung lasse sich nicht rechtfertigen, da deutliche Besserungen erzielt worden seien und auch von der vorbehandelnden Stelle angegeben worden sei, dass zumindest eine teilweise Tätigkeit möglich sein sollte (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 21 f.).

8.3.2 In einer Aktennotiz vom 4. Mai 2021 führt der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin aus, Dr. med. I.____ habe in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 15. September 2020 als Diagnose den Verdacht auf eine unreife und ängstliche Persönlichkeitsstruktur gestellt und bei der Schätzung einer 40-prozentigen Arbeitsunfähigkeit mitberücksichtigt, obwohl eine solche «Z-Diagnose» regelmässig nicht relevant sei für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Ausserdem sei dessen finale Einschätzung nicht nachvollziehbar, da verschiedene Inkonsistenzen zwischen den von der Beschwerdeführerin geschilderten und gezeigten Beschwerden ausgewiesen seien, diese jedoch von ihm «nicht sichtlich» miteinbezogen worden seien. Namentlich gehe Dr. med. I.____ nicht auf eine Aktennotiz der Sachbearbeitung vom 6. Mai 2020 ein, welche im Rahmen der IV-Anmeldung des Ehegatten zahlreiche persönliche Ressourcen und Fähigkeiten der Beschwerdeführerin aufzeige. Insbesondere sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Ängste subjektiv auf Hilfe angewiesen, benötige diese jedoch gemäss diesen Feststellungen gar nicht. Vielmehr sei sie eine wertvolle Stütze für ihre Familie und vor allem für ihren erkrankten Ehegatten. Es müsse daher die gutachterlich ausgewiesene Arbeits(un)fähigkeit in psychiatrischer Hinsicht aus rechtlicher Sicht angepasst bzw. könne nicht übernommen werden. Zwar mache Dr. med. I.____ differenzierte und fachlich nachvollziehbare Ausführungen zu den Indikatoren, nehme zu den verschiedenen Einschätzungen und medizinischen Berichten Stellung und zeige verschiedene Inkonsistenzen auf. Diese fliessen indessen nicht in die daraus resultierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein. Es mache somit vorliegend Sinn, lediglich die Leistungseinschränkung aus rheumatologischer Sicht in der Höhe von 10 % zu übernehmen (vgl. IV-Nr. 166 S. 1 ff.).

E. 8.4

8.4.1 Es trifft zwar zu, dass Z-codierte Diagnosen nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen fallen und somit grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_542/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Dessen ungeachtet fallen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430; Urteil des Bundesgerichts 9C_439/2021 vom 13. April 2022 E. 5.2.2). Gemäss Dr. med. I. ___ wirken sich die möglichen unreifen und ängstlichen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) ungünstig auf den Gesamtzustand der Beschwerdeführerin aus und fördern je nach Belastung ihre affektiven Verstimmungen bzw. können den Wechsel des affektiven Zustandes miterklären (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 18, S. 20). Ihre Persönlichkeitsstruktur beeinflusst mithin die (invalidenversicherungsrechtlich relevante und vorliegend im Vordergrund stehende, mit affektiven Schwankungen verbundene) rezidivierende depressive Störung und trägt ■ zumindest mittelbar ■ zur gutachterlich ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer Verweistätigkeit bei. Dr. med. I. ___ hat deren ressourcenhemmenden Wirkung beim Indikator «Komorbiditäten» demnach zu Recht Rechnung getragen und diese als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt.

8.4.2 Auch was die angeblich unzureichende Berücksichtigung von Inkonsistenzen im psychiatrischen Teilgutachten anbelangt, kann der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden: Dr. med. I. ___ hielt ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin habe hauptsächlich Ängste im Kontakt mit anderen Menschen geschildert. Diese Ängste seien jedoch aktenanamnestisch nicht ausgewiesen und seiner Auffassung nach insofern zu relativieren, als es ihr während ihrer Klinikaufenthalte jeweils möglich gewesen sei, soziale Kontakte aufzunehmen. Es sei demnach davon auszugehen, dass die Angststörung im Alltag keine wesentliche Rolle spiele. Die Beschwerdeführerin sei weitgehend in der Lage, ihre alltäglichen Aufgaben wahrzunehmen. Ihr psychischer Zustand sei starken Schwankungen ausgesetzt; sie sei im Alltag teilweise vorübergehend eingeschränkt, könne indessen durchaus Kontakte im familiären Umfeld pflegen und Aktivitäten nachgehen. Eine dauerhafte starke Beeinträchtigung könne demnach nicht nachvollzogen werden und es bestünden in ihren subjektiven Angaben Inkonsistenzen (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 17 ff., insb. S. 21). Dr. med. I. ___ diskutierte mithin sehr wohl die Widersprüche zwischen den (subjektiven) Schilderungen der Beschwerdeführerin und den (objektiven) Gegebenheiten und trug diesen im Rahmen seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung gebührend Rechnung. Er sah die Beschwerdeführerin denn auch nicht wegen ihrer Ängste, sondern nur (aber immerhin) aufgrund ihrer labilen psychischen Verfassung als in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

An diesem Ergebnis vermag auch die von der zuständigen Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin am 6. Mai 2020 erstellte Aktennotiz nichts zu ändern: Zwar nahm Dr. med. I. ___ auf diese Notiz in seinem psychiatrischen Teilgutachten nicht explizit Bezug, hatte jedoch von deren Inhalt ■ zumindest über die in der Aktenzusammenfassung aufgeführte Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ vom 14. Mai 2020 (vgl. IV-Nr. 145.7 S. 5; 130 S. 1 f.) ■ Kenntnis. Der Aktennotiz ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs vom 17. Juli 2018 im IV-Verfahren ihres Ehemannes lebendig, eloquent, freundlich-offen, affektiv ausgeglichen und

schwingungsfähig aufgetreten sei und gemäss zweier am 6. März 2019 sowie am 12. November 2019 über den Ehemann erstellten psychiatrischen Gutachten über gute Ressourcen verfüge, diesem (insbesondere im Haushalt) genügend Unterstützung gewähre und auch alleine einkaufen gehe (vgl. IV-Nr. 128 S. 1). Die Verhaltensbeobachtungen lassen sich indessen durchaus mit dem gutachterlich festgestellten wechselhaften psychischen Zustand der Beschwerdeführerin erklären. Was die vorhandenen persönlichen Ressourcen anbelangt, ging auch Dr. med. I.____ davon aus, dass es ihr zumindest teilweise möglich sein sollte, gewisse Aktivitäten auszuführen.

8.4.3 Gestützt auf vorstehende Erwägungen erscheint die gutachterliche Einschätzung einer 40-prozentigen Leistungs- bzw. Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit als hinreichend und im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung begründet und nachvollziehbar. Es bestehen mithin keine triftigen Gründe, von dieser abzuweichen (vgl. E. II. 8.2.2 hiervor). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin führt aus, Dr. med. I.____ stelle verschiedene Inkonsistenzen fest, diese flössen jedoch «nicht sichtlich» in die daraus resultierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein. Zugleich schloss er allerdings an anderer Stelle deren Berücksichtigung «auch nicht ganz aus» (vgl. IV-Nr. 166 S. 4). Nach dem vorstehend Gesagten lässt sich dem Teilgutachten eine hinreichende Berücksichtigung der Inkonsistenzen entnehmen. Es bleibt demnach bei der fachpsychiatrisch-gutachterlichen Beurteilung, wonach in Würdigung sämtlicher relevanter Aspekte auf eine Einschränkung von 40 % geschlossen wird.

E. 9.1

9.1.1 Im Nachgang zum B.____-Gutachten vom 16. Oktober 2020 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____ mit Bericht vom 18. November 2020 bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell sich verschlechternd, mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen (ICD-10 F33.2). In den letzten Monaten sei es zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Entsprechend der Aktenlage und der Vorbefunde sei der Krankheitswert im Rahmen einer selbständigen Störung im Sinne eines berufsrelevanten depressiven Syndroms klinisch-objektiv schwerer Ausprägung ausgewiesen. Biografisch und interaktionell gebe es deutliche Hinweise für eine «strukturelle Vulnerabilität als relevante Coping- und Ressourcenlimitierung», wobei für den protrahierenden Heilverlauf psychodynamisch relevante medizinalfremde Stressoren und Persönlichkeitsakzentuierungen mitentscheidend seien (vgl. IV-Nr. 155 S. 2 f.). Zugleich hielt sie offenbar (weiterhin) an der Befundlage und Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung mit Soziophobie und intermittierenden präsuizidalen Phasen (ICD-10 F33.2) sowie mit «komorbider Psychiatrischer Problematik im Sinn einer posttraumatischen Entwicklung» gemäss ihrem Bericht vom 18. Oktober 2016 fest (vgl. IV-Nr. 155 S. 4 f.; 98 S. 1 f.; siehe auch E. II. 6.3.3 hiervor).

9.1.2 Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], bei dem sich die Beschwerdeführerin seit 10. Juni 2021 (erneut) in ambulanter Behandlung befindet, stellte in einem Arztbericht vom 2. September 2021 als (psychiatrische) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Erstdiagnose 2021), eine rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelgradig (ICD-10 F33.1; Erstdiagnose vor ca. zwanzig Jahren) sowie eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0; Erstdiagnose 2021, ev. bereits früher). Aufgrund des chronifizierten Zustandsbildes

nach komplexer Traumatisierung mit neben der depressiven Störung stark einschränkender Agoraphobie sowie der posttraumatischen Belastungsstörung und damit verbundenen häufigen Angstzuständen sei die Prognose der Arbeitsfähigkeit als ungünstig einzuschätzen. Die Beschwerdeführerin könne nicht mit anderen Menschen arbeiten, weil sie sich in Gruppen sehr schnell beobachtet und negativ beurteilt empfinde. Sie entwickle dadurch Ängste, welche ihre Konzentration stark beeinträchtigten und die Arbeitstätigkeit bis hin zur psychischen Dekompensation und deren Abbruch belasteten. Auch wenn sie für sich alleine arbeite, träten Angstzustände, bspw. im Rahmen von Flashbacks, auf, welche eine Arbeitstätigkeit verunmöglichten. Sie könne ausserdem nicht alleine, sondern nur in Begleitung zur Arbeit fahren. Der Beschwerdeführerin sei mithin ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Allenfalls könne sie 1 ■ 2 Stunden pro Tag Heimarbeit verrichten (vgl. IV-Nr. 177 S. 1 ff.).

9.1.3 In einem von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztbericht vom 15. März 2022 diagnostizierte Dr. med. J. ___ bei der Beschwerdeführerin zusätzlich zu den von ihm bereits gestellten Diagnosen neu eine Soziale Phobie (ICD-10 F40.1). Die Beschwerdeführerin sei aktuell insgesamt maximal zu 20 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit (Heimarbeit mit der Möglichkeit einer freien Zeiteinteilung) arbeitsfähig. Die im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. September 2020 gestellten Diagnosen erfassten die Psychopathologie und die Einschränkungen der Beschwerdeführerin nur oberflächlich. Es sei zwar eine depressive Störung diagnostiziert, die aus seiner Sicht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit noch relevanteren Diagnosen der Angststörungen (soziale Phobie und Agoraphobie) sowie der posttraumatischen Belastungsstörung fehlten hingegen. Die Ängste der Beschwerdeführerin seien als vermutlich nur vorübergehend respektive als im Alltag nicht relevant abgetan worden, da diese in den vorhandenen Berichten nicht oder nur teilweise aufgeführt worden seien. Die Kriterien für die Diagnose einer Agoraphobie nach ICD-10 seien indessen zumindest in der aktuellen Befunderfassung vollständig und deutlich erfüllt und wären auch aus der Befunderhebung im Gutachten klar abzuleiten gewesen. Weiter habe der psychiatrische Gutachter die Exploration und Diskussion allfälliger Traumafolgestörungen zu Unrecht gänzlich weggelassen. Die von ihm (Dr. med. J. ___) diagnostizierten Angststörungen könnten auch als solche Traumafolgestörungen verstanden werden (vgl. Beilage zur Beschwerde [BB] Nr. 5).

9.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es nicht zu, ein Administrativ-oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2019 vom 10. September 2019 E. 3.4 mit Hinweisen). Wie RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ in ihrer Stellungnahme vom 15. Dezember 2020 zu Recht festhält (vgl. IV-Nr. 157 S. 1 ff.), zeigt Dr. med. F. ___ in ihrem Bericht vom 18. November 2020 im Vergleich zu ihrem Bericht vom 18. Oktober 2016 weder nachvollziehbar eine relevante Verschlechterung der Befundlage auf, noch scheint sie eine neue diagnostische Beurteilung vorzunehmen. Dr. med. I. ___ nahm in seinem psychiatrischen Teilgutachten

vom 15. September 2020 zum Bericht vom 18. Oktober 2016 Stellung und führte nachvollziehbar aus, weshalb auf diesen nicht abgestellt werden kann (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 14, S. 17 f., S. 21; siehe diesbezüglich auch bereits E. II. 6.4 hiervor). Soweit Dr. med. J. ___ bei der Beschwerdeführerin neu (zusätzlich) die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer Agoraphobie bzw. einer sozialen Phobie stellt, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I. ___ Kenntnis hatte von der belastenden Kindheit und ersten Ehe, welche nach Auffassung der Beschwerdeführerin die Ursache für ihre (aktuell im Vordergrund stehenden) Ängste seien (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 6, S. 16; siehe auch IV-Nr. 145.5 S. 3 f. mit Verweis auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 1. April 2016 [IV-Nr. 112 S. 14 f.]). Er ging in der Folge indessen ■ nach Diskussion der medizinischen Vorberichte sowie von bestehenden Inkonsistenzen in den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 17, S. 19, S. 21; siehe auch bereits E. II. 8.3.1 sowie E. II. 8.4.2 hiervor) ■ überzeugend und nachvollziehbar davon aus, dass diese Angststörung im Alltag keine wesentliche Rolle spiele und mangels Hinweise eine «anderweitig psychiatrische Störung» nicht vorliege (vgl. IV-Nr. 145.5 S. 17 f.). Bei der von Dr. med. J. ___ erfolgten diagnostischen Einschätzung und mit dieser verbundenen höhergradig bescheinigten Arbeitsunfähigkeit handelt es sich somit lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes. Im Rahmen psychiatrischer Beurteilungen besteht jedoch immer ein gewisser Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen). Das trifft vorliegend auf die Beurteilung von Dr. med. I. ___ zu. Die nachträglich eingereichten Fachberichte vermögen somit ebenfalls keine konkreten Zweifel an der Zuverlässigkeit von dessen Expertise zu begründen.

9.3 Als Fazit ist somit festzuhalten, dass auf das B. ___-Gutachten vom 16. Oktober 2020 vollumfänglich ■ d.h. auch in psychiatrischer Hinsicht ■ abgestellt werden kann. Es ist demnach bei der Beschwerdeführerin im vorliegend massgebenden Zeitpunkt (27. Januar 2022) von einer (rheumatologisch und psychiatrisch bedingten) Arbeitsfähigkeit von insgesamt 60 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. E. II. 7.1 hiervor; IV-Nr. 145.3 S. 12 ff.).

E. 10

10.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 mit Verweis auf ihren Abklärungsbericht vom 9. Januar 2017 bei der Beschwerdeführerin weiter von einem Statuswechsel aus. Es sei im Gesundheitsfall nicht mehr wie bisher von einer hälftigen Aufteilung in eine ausserhäusliche und eine häusliche Tätigkeit, sondern überwiegend wahrscheinlich von einer vollumfänglichen ausserhäuslichen Tätigkeit auszugehen, womit neu die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs Anwendung finde (vgl. IV-Nr. 183 S. 3; A.S. 3).

10.2 Den vorliegenden Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und ihrer erwachsenen Tochter zusammenwohnt und der erwachsene, geistig behinderte Sohn in der Zwischenzeit in einem Heim lebt und nur noch alle fünf bis sechs Wochen am Wochenende nach Hause kommt (vgl. IV-Nr. 145.4 S. 12; 145.5 S. 9; 145.6 S. 6; 159 S. 3). Diese Lebensumstände würden für sich allein ■ wie bereits für den Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 7. April 2017 zu Recht festgestellt wurde (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) ■ wohl für eine 100-prozentige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit der

Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall sprechen, vorausgesetzt, dass der Ehemann im Verfügungszeitpunkt (27. Januar 2022) weder einen Lohn noch ein allfälliges Ersatzeinkommen (Rente oder Taggelder) erzielen sollte. Im Vergleich zum Zeitpunkt der Abklärung vom 9. Januar 2017 (vgl. IV-Nr. 103 S. 1 f.) hat sich jedoch insofern eine (gewichtige) Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen der Beschwerdeführerin ergeben, als ihr Ehemann im November 2019 an Lungenkrebs erkrankt ist (vgl. IV-Nr. 145.4 S. 12; 145.5 S. 6, S. 9). Anlässlich des Revisionsgesprächs vom 7. Februar 2020 führte die Beschwerdeführerin hierzu aus, sie begleite aktuell häufig ihren Ehemann zur Bestrahlung und Chemotherapie; sie mache sich grosse Sorgen um ihn, da er sehr schwach sei. Sie würde sich am liebsten wieder in stationäre psychiatrische Behandlung begeben, das gehe jedoch wegen der Betreuung ihres Ehemanns nicht (vgl. IV-Nr. 114 S. 2). In ihrer Eingabe vom 25. Mai 2021 wies sie darauf hin, dass sich ihr Ehemann einer Chemotherapie, einer «Mundtherapie» und einer Bestrahlung unterziehen müsse und sie für ihn einen Fahrdienst habe organisieren müssen, da sie ihn aus gesundheitlichen Gründen nicht begleiten könne. Ausserdem komme seine Schwester zweimal in der Woche vorbei, um sie zu unterstützen (vgl. IV-Nr. 170 S. 1). Im Fragebogen zur Abklärung der lebenspraktischen Begleitung vom 18. März 2020 hielt die Tochter der Beschwerdeführerin fest, sie pflege jeweils am Nachmittag ihre Mutter und ihren Stiefvater, erledige die Haushaltsarbeiten, kaufe ein, richte Medikamente (vgl. IV-Nr. 127 S. 2). Mit Aufnahme einer ganztägigen Praktikumstätigkeit war ihr nach Angaben der Beschwerdeführerin eine Mithilfe in diesem zeitlichen Umfang indessen in der Folge nicht mehr möglich (vgl. Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin, S. 11; siehe auch IV-Nr. 139 S. 1). Schliesslich ist den mit dem Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege eingereichten Unterlagen zu entnehmen, dass ihrem Ehemann offenbar seit Dezember 2020 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades ausgerichtet wird. Bei dieser Ausgangslage sprechen doch gewisse Indizien dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkung aufgrund der Betreuung ihres krebserkrankten Ehemannes nicht in einem Voll-, sondern ■ bei einer gewissen zeitlichen Entlastung durch die Tochter und/oder die Schwägerin im Haushalt ■ höchstens in einem Teilzeitpensum erwerbstätig sein könnte. Die Beschwerdegegnerin wäre gehalten gewesen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen und sich bei ihrer Beurteilung nicht (allein) auf einen mehr als fünf Jahre alten Abklärungsbericht abzustützen (vgl. E. II. 3.1 in fine hiavor). Die Statusfrage kann demnach nicht als hinreichend abgeklärt gelten. Ohne deren Klärung hat aber vorderhand offen zu bleiben, anhand welcher Methode (vgl. E. II. 6.2.3 hiavor) der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin zu ermitteln ist.

E. 11

11.1 Die Beschwerdeführerin beantragt schliesslich die (vorgängige) Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Sie beziehe seit beinahe zwanzig Jahren eine Invalidenrente, sei über 55-jährig und habe demnach rechtsprechungsgemäss vor Aufhebung der Rente Anspruch auf Massnahmen zur Eingliederung. Sie weise kein genügendes Selbsteingliederungspotential auf. Ausserdem habe die Beschwerdegegnerin keinerlei Abklärungen betreffend ihre subjektive Eingliederungswilligkeit vorgenommen und vor Einstellung des Rentenanspruchs kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Sie erkläre sich ausdrücklich bereit, im Rahmen ihrer Restarbeitsfähigkeit an beruflichen Massnahmen mitzuwirken (vgl. A.S. 30, 40 ff.).

11.2 Die Beschwerdegegnerin vertritt demgegenüber die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin trotz langjähriger Rentenbezugsdauer und fortgeschrittenem Alter das erneut ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich verwerten könne, habe sie doch bereits früher selber eine Teilzeitstelle finden können und Frühinterventionsmassnahmen zugesprochen erhalten. Überdies sehe sich die Beschwerdeführerin aktuell «absolut» nicht arbeitsfähig und lasse es somit am subjektiven Eingliederungswillen fehlen. Es bestehe mithin für weitere Leistungen der IV keine Grundlage mehr (vgl. IV-Nr. 183 S. 3; A.S. 3).

E. 11.3

11.3.1 Bei Personen, deren Rente revisions- oder ■ wie vorliegend ■ wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben praxismässig in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C_183/2015 E. 5; Urteile des Bundesgerichts 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3, 8C_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen). Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4 mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3) oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2). Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C_183/2015 E. 5). Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2, 9C_87/2016 vom 23. November 2016 E. 5.2.1; zum Ganzen: BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211 f.).

11.3.2 Die im Jahre 1966 geborene Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Rentenaufhebungsverfügung vom 27. Januar 2022 55 Jahre alt und bezog seit dem 1. November 1993 ■ folglich seit mehr als 28 Jahren ■ zuerst eine halbe (Verfügung vom 17. März 1995; IV-Nr. 1.2 S. 1 ff.), dann ab 1. September 2016 eine ganze (Verfügung vom 7. April 2017; IV-Nr. 108 S. 1 ff.) und spätestens ab 1. Dezember 2021 (Verfügung vom 12. November 2021; IV-Nr. 178 S. 1 ff.) erneut eine halbe Invalidenrente. Damit gilt die Vermutung, dass die Beschwerdeführerin nicht ohne vorherige Eingliederungsmassnahmen in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (vgl. E. II. 11.3.1 hiervor). Entgegen der Auffassung des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-Nr. 166 S. 3) kann der Beschwerdeführerin nicht vorgehalten werden, dass die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt sei, wurde doch sowohl im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache (vgl. IV-Nr. 1.2 S. 6 f.; 1.3 S. 11) als auch im Rahmen der späteren

Rentenerhöhung (vgl. IV-Nr. 108 S. 5) im Erwerbsbereich jeweils von einem Invaliditätsgrad von 100 % ausgegangen. Darüber hinaus verfügt die Beschwerdeführerin über keine berufliche Ausbildung (vgl. IV-Nr. 145.4 S. 11; 114 S. 1). Zwar gelang es ihr, ab Januar 2011 selber eine Festanstellung im Umfang eines rund 30-prozentigen Arbeitspensums im Reinigungsbereich zu finden (vgl. IV-Nr. 58 S. 1 f.; 56 S. 3). Diese «Selbsteingliederung» scheiterte indessen bereits im April 2011 (vgl. IV-Nr. 109 S. 4) aufgrund einer Staub- bzw. einer Putzmittelallergie und damit verbundener asthmatischer Reaktionen der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 145.4 S. 11; 145.5 S. 10 f.; siehe auch Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin, S. 2 f., S. 4). Schliesslich kann aus dem Umstand, dass ihr mit Mitteilungen vom 9. November 2011 sowie vom 20. März 2012 Kostengutsprache für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungscoachings und eines Computerkurses erteilt wurde (vgl. IV-Nr. 67 S. 1 f.; 65 S. 1 f.), nicht der Schluss gezogen werden, sie sei anfangs 2022, mithin rund zehn Jahre später, in der Lage, dank dieser Massnahmen auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen. Ein Selbsteingliederungspotenzial ist bei der Beschwerdeführerin mithin nicht zureichend ausgewiesen.

E. 11.4

11.4.1 Vor Aufhebung einer Rente kann von der Durchführung befähigender Massnahmen unter anderem dann abgesehen werden, wenn aus den Akten eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person hervorgeht, d.h. wenn mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben ist. In einem solchen Fall ist die Verwaltung befugt, die Invalidenrente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG aufzuheben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_311/2018 vom 16. November 2018 E. 5.5, 9C_442/2017 vom 8. Juni 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteile des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 4.4.2, 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2 mit Hinweisen). Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen lässt sich nicht bereits aufgrund eines im Rahmen einer Begutachtung festgestellten Verhaltens mit übertriebenem Krankheitsgebaren verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_235/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2.3).

11.4.2 Dem B.____-Gutachten vom 16. Oktober 2020 sowie dem Protokoll des Revisionsgesprächs vom 7. Februar 2020 ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zum damaligen Zeitpunkt als vollständig arbeitsunfähig erachtete (vgl. IV-Nr. 145.4 S. 13; 145.5 S. 11; 145.6 S. 7; 114 S. 3). Diesen im Rahmen der Rentenabklärung erfolgten Aussagen der Beschwerdeführerin ist indessen bei der Beurteilung, ob eine Eingliederungsbereitschaft vorhanden ist oder nicht, kein ausschlaggebendes Gewicht beizumessen, zumal es angesichts ihres langjährigen Status■ als Voll- bzw. als Teilinvalide (bei einer 100-prozentigen Einschränkung im Erwerbsbereich; vgl. E. II. 11.3.2. hiervor) jedenfalls dem Grundsatz nach verständlich erscheint, dass sie damals von ihrer Krankheit und Behinderung überzeugt war. Dasselbe hat auch für die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren

bekundete Bereitschaft zur Mitwirkung an beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu gelten, lässt sich doch daraus für sich alleine noch kein ausreichend vorhandener Eingliederungswille ableiten.

11.4.3 Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin auf entsprechendes Ersuchen hin (vgl. IV-Nr. 31 S. 1 ff.) im November 2011 sowie im März 2012 Frühinterventionsmassnahmen zu (vgl. E. II. 11.3.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin zeigte sich damals sehr motiviert, wieder zu arbeiten (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; 58 S. 2 f.; 39 S. 2 f.; Verlaufsprotokoll der Beschwerdegegnerin, S. 4). Dennoch musste die berufliche Eingliederung schliesslich abgebrochen werden, da weder die Stellenbemühungen der Beschwerdeführerin noch die Bemühungen der Beschwerdegegnerin, einen Arbeitsplatz für einen Arbeitsversuch zu finden, erfolgreich waren und die Beschwerdeführerin über erneute psychische Beschwerden klagte (vgl. Abschlussbericht vom 12. September 2012; IV-Nr. 72 S. 1 f.). Es erscheint bereits fraglich, ob aus dem damaligen Verhalten der Beschwerdeführerin auf einen fehlenden Eingliederungswillen geschlossen werden kann. Aber selbst wenn dem so wäre, gilt es zu berücksichtigen, dass zwischen Abschluss dieser ersten beruflichen Massnahmen (26. Oktober 2012; IV-Nr. 77 S. 1 f.) und Erlass der Rentenaufhebungsverfügung (27. Januar 2022) mehr als neun Jahre vergangen sind. Es fehlt somit an einem hinreichend engen zeitlichen Zusammenhang, um aus einer dannzumal (allenfalls) bestehenden subjektiven Eingliederungsunfähigkeit einen im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 27. Januar 2022 fehlenden Eingliederungswillen abzuleiten.

11.5 In Würdigung der gesamten Umstände kann demnach nach dem gegenwärtigen Stand der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein vorhandenes Selbsteingliederungspotenzial sowie auf eine aktuell fehlende Motivation bzw. einen momentan fehlenden Eingliederungswillen der Beschwerdeführerin geschlossen werden. Es fehlen zurzeit konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin in der Lage wäre, sich ohne Hilfestellungen wieder ins Erwerbsleben zu integrieren. Eine Rentenaufhebung bzw. -herabsetzung ohne vorgängige den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen ist damit nicht rechtens. Da bei der Beschwerdeführerin bisher weder konkrete berufliche Massnahmen noch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden sind, hat die Beschwerdegegnerin dies nachzuholen. Bei der Bestimmung der infrage kommenden Eingliederungsmassnahmen ist das Ergebnis der Statusprüfung (vgl. E. II. 10. hiervor) zu berücksichtigen.

12. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zwar nicht mit Verfügung vom 5. Mai 2021 (vgl. E. II. 5. hiervor), jedoch mit Verfügung vom 27. Januar 2022 grundsätzlich befugt war, die rentenerhöhende Revisionsverfügung vom 7. April 2017 in Wiedererwägung zu ziehen (vgl. E. II. 6. hiervor). Weiter erweist sich das Gutachten der B. ___ vom 16. Oktober 2020 (auch betreffend die erwerblichen Auswirkungen) als vollumfänglich beweismässig, so dass darauf abgestellt werden kann. Es ist demnach bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. E. II. 8. f. hiervor). Hingegen fehlt es bisher an einer zureichenden Abklärung der (für die Ermittlung des Invaliditätsgrades massgeblichen) Statusfrage (vgl. E. II. 10. hiervor), um den (künftigen) Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abschliessend beurteilen zu können. Ausserdem hat die Beschwerdegegnerin bisher zu Unrecht keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt (vgl. E. II. 11. hiervor). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger dann möglich, wenn sie allein in der notwendigen

Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Eine solche Konstellation liegt hier vor: Es bestehen Sachverhalts- und Abklärungslücken, welche die Beschwerdegegnerin zu schliessen hat. So hat sie betreffend die Statusfrage eine erneute Abklärung durch ihren Abklärungsdienst vornehmen zu lassen. Überdies hat sie befähigende Massnahmen durchzuführen, bevor sie eine allfällige Rentenaufhebung oder -herabsetzung verfügen kann. Zu diesem Zweck sind die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Verfügungen vom 5. Mai 2021 sowie vom 27. Januar 2022 sind demzufolge in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Da mit Aufhebung der beiden vorgenannten Verfügungen die rentenerhöhende Revisionsverfügung vom 7. April 2017 weiterhin Bestand hat, ist der Beschwerdeführerin einstweilen unverändert die bisherige ganze Rente (vgl. auch E. II. 5.3.3 hiervor) zuzusprechen.

E. 13

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie in der Kostennote verlangt, auf CHF 4'220.85 festzusetzen (15.26 Stunden zum geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 zuzüglich Auslagen von CHF 104.10 und 7.7 % MwSt.).

13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach widerkannt:

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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Birgelen

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