

BL_GERICHTE 720 20 184/235 vom 21. Juli 1999

BL Gerichte, 1999-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_184_235

FR: BL_GERICHTE 720 20 184/235 du 21 juillet 1999

IT: BL_GERICHTE 720 20 184/235 del 21 luglio 1999

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitgegenstand und somit vorliegend zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin über die mit der angefochtenen Verfügung gewährte Rentenleistung hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Strittig in diesem Zusammenhang ist insbesondere, in welchem Ausmass sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 30 E. 1). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei versicherten Personen, die nur zum Teil erwerbstätig sind, bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Die Invalidität ergibt sich unter Anwendung der gemischten Methode aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 27 bis Abs. 2 IVV; BGE 130 V 396 E. 3.3; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 18. Januar 2017, 9C_399/2016, E. 4.1.1 und vom 9. Juli 2012, 9C_406/2011, E. 5.2, in: SVR 2012 IV Nr. 53 S. 192).

3.4 Bei der rückwirkenden stufenweisen Rentenzusprache richtet sich der Zeitpunkt einer Rentenheraufsetzung, -herabsetzung oder -aufhebung ausschliesslich nach Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 (BGE 106 V 17 E. 3a, 109 V 128 E. 4b; vgl. auch BGE 133 V 70 E. 4.3.4 mit Hinweis). Nach dieser Bestimmung ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Art. 88a IVV konkretisiert damit die Dauer und Intensität, welche eine Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden (BGE 133 V 70 E. 4.3.3). Auf die Einräumung der Wartedauer von drei Monaten bis zur Aufhebung der Rente ist dabei nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen zu verzichten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2019, 8C_36/2019, E. 5, vom 30. September 2016, 8C_232/2016, E. 4.3 und vom 6. Oktober 2011, 9C_603/2010, E. 4.2). Dabei bezweckt Art. 88a IVV, dass kurzfristige Änderungen leistungsbegründender Faktoren keine revisionsweise Anpassung auslösen können sollen, da einer in Rechtskraft erwachsenen Leistungszusprache schon im Hinblick auf die Rechtssicherheit eine gewisse Beständigkeit zuerkannt werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2016, 8C_232/2016, E. 4.1 mit Hinweisen).

4.1 Die Annahme einer allenfalls

invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 E. 5.3 und 6). Im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden kommt belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zu. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (BGE 127 V 299 E. 5a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.5.1, in: SVR 2012 IV Nr. 22 S. 96). Für die Belange der Invalidenversicherung ist jedoch grundsätzlich nicht die (psychiatrische) Diagnose an sich, sondern vielmehr die sozialpraktische Auswirkung der Erkrankung, mithin die Beurteilung der hieraus resultierenden Verminderung der Arbeitsfähigkeit, massgebend (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2 und vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.4). Massgebend ist in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (BGE 136 V 281 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 31. Januar 2020, 8C_647/2019, E. 4.1, vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2, in: SVR 2018 IV Nr. 76 S. 251 und vom 15. März 2016, 9C_634/2015, E. 6.1, in: SVR 2017 IV Nr. 5 S. 12). Die psychiatrische Begutachtung kann dabei von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen; sie eröffnet der sachverständigen Person deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer *de lege artis* durchgeführten Exploration zu respektieren sind (BGE 145 V 365 E. 4.1.2, vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 21. Februar 2017, 9C_338/2016, E. 5.5, in: SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148, und vom 15. März 2016, 9C_634/2015, E. 6.1, in: SVR 2017 IV Nr. 5 S. 12).

4.2 Des Weiteren sind bei *de lege artis* diagnostizierten psychischen Erkrankungen wie depressiven Störungen (BGE 143 V 416, E. 4.5.2, 141 V 285 E. 2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2018, 8C_300/2017, E. 4.1.4.2) für die einzelfallweise Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 297 E. 4; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2020, 9C_765/2019, E. 4.2 und vom 25. Juni 2018, 8C_74/2018, E. 2.2). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres Leidens, ob es der leistungsbeanspruchenden, materiell beweisbelasteten versicherten Person gelingt, auf objektiverer Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 296 E. 3.7.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2018, 8C_300/2017, E. 4.1.4.2). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen (BGE 141 V 295 E. 3.7.1). Der Rechtsanwender prüft die medizinischen Angaben frei darauf hin, ob die Ärzte sich insbesondere an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob respektive in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 145 V 364 E. 3.2.2, 144 V 54 E. 4.3, 143 V 427 E. 6; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 3.2.2).

4.3 Das Bundesgericht hat die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen beachtlichen Standardindikatoren wie folgt

systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4).

5.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.). Wichtigste Grundlage für de lege artis getätigte gutachterliche Schlussfolgerungen bildet - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneserhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2019, 9C_517/2019, E. 3.3.3, vom 5. September 2019, 8C_270/2019, E. 4.1.2, und vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 179).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So ist den im

Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4, 134 V 232 E. 5.1, 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 3. März 2015, 8C_872/2015, E. 4.2.1 und vom 29. Oktober 2014, 9C_49/2014, E. 4.1). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2020, 8C_60/2020, E. 4.3).

5.4 Um feststellen zu können, in welchem Mass eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was grundsätzlich einer Abklärung vor Ort bedarf (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 99 E. 3.3.1 unter Hinweis auf Rz. 3081 ff. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] vom 1. Januar 2015, Stand am 1. Juli 2020; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. September 2017, 9C_373/2017, E. 3.1). Die Abklärung erstreckt sich im Haushalt auch auf den zumutbaren Umfang der Mithilfe von Familienangehörigen, welche im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist und weiter geht als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 133 V 509 E. 4.2; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts vom 7. Januar 2020, 8C_748/2019, E. 5.1 und vom 16. Juli 2019, 9C_11/2019, E. 6.1). Nach der Rechtsprechung stellen die entsprechenden Abklärungsberichte grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juli 2018, 9C_671/2017, E. 4.2 und vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86); insbesondere auch im Hinblick auf die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2014, 8C_817/2013, E. 5.1). Bei der Abklärung vor Ort handelt es sich dabei nicht um ein Gutachten nach Art. 44 ATSG (BGE 140 V 550 E. 3.2.3). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts ist vielmehr wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Die Angaben der versicherten Person sind zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Abklärungsbericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Januar 2020, 8C_748/2019, E. 5.2, vom 12. Juli 2018, 9C_671/2017, E. 4.2 und vom 1. März 2017, 9C_701/2016, E. 4.2).

5.5 Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ist die Beweismaxime einschlägig, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere

Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Ereignis oder bei der ersten Abklärung macht, regelmässig grösseres Gewicht zu, als jenen nach Kenntnis einer ablehnenden Verfügung des Versicherungsträgers (BGE 143 V 174 E. 5.2.2, 121 V 47 E. 2a, 115 V 143 E. 8c; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2020, 8C_723/2019, E. 5.1). Diese Beweismaxime gilt nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung insbesondere im Zusammenhang mit der Würdigung von Haushaltabklärungsberichten (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 28. Juni 2019, 9C_161/2019, E. 5.4.3, in: SVR 2020 IV Nr. 8 S. 32, vom 17. August 2018, 9C_481/2018, E. 3.2.1 und vom 17. Oktober 2016, 9C_926/2015, E. 4.2.4, in: SVR 2017 IV Nr. 2 S. 3).

6.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 30 E. 2.3, 141 V 20 E. 3.1, 137 V 338 E. 3.2; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2019, 8C_591/2019, E. 2.3, vom 16. Dezember 2019, 8C_571/2019, E. 3.2, und vom 20. August 2019, 8C_133/2019, E. 4.1).

6.2 Liegt ein Wechsel des Status - voll-, teil- oder nichterwerbstätig - und damit ein Wechsel der Methodenwahl vor, ist diese Wahl auf ihre Verfassungs- und Konventionskonformität in Bezug auf das Diskriminierungsverbot von Art. 8 i.V.m. Art. 14 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950 respektive von Art. 8 Abs. 2 i.V.m. Art. 14 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 zu überprüfen. Hierzu hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte festgehalten (vgl. Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016, Requête n°7186/09, Di Trizio contre la Suisse, § 94 ff.), dass diese Konformität nicht gegeben sei in Situationen, in welchen einerseits die von der versicherten Person getroffenen Dispositionen - teilweise Aufgabe der Erwerbstätigkeit infolge der Geburt von Kindern - die alleinige Grundlage des Statuswechsels bilden und andererseits aus der Änderung der Invaliditätsbemessungsmethode - Anwendbarkeit der gemischten statt der Einkommensvergleichsmethode - die revisionsweise Aufhebung oder Herabsetzung der Invalidenrente resultiert (BGE 144 I 26 E. 4.2, 143 I 64 E. 3.3.4, 143 I 58 E. 4.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 9C_525/2016, E. 4.1, in: SVR 2017 IV Nr. 52 S. 156, und vom 25. Januar 2017, 9C_473/2017, E. 4, in: SVR 2017 IV Nr. 31 S. 90). Das besagte Urteil des EGMR hat jedoch nichts daran geändert, dass die gemischte Methode ausserhalb der vorangehend beschriebenen Konstellation weiterhin Anwendung

finden kann. Zu denken ist dabei an eine erstmalige Rentenzusprache bei einer versicherten Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen respektive während des massgebenden Beurteilungszeitraums als teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich zu qualifizieren ist (BGE 143 I 60 E. 4.4, vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2017, 9C_553/2017, E. 6.1, vom 6. November 2017, 8C_157/2017, E. 3.3 und 3.5, in: SVR 2018 IV Nr. 7 S. 25, und vom 21. März 2017 9C_615/2016 E. 5.2, in: SVR 2017 IV Nr. 53 S. 160). 6.3 Die Beantwortung der Statusfrage 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. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe stellt eine Tatfrage dar, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Ebenso sind Feststellungen über innere oder psychische Tatsachen Tatfragen, wie beispielsweise was jemand wollte oder wusste (BGE 144 I 31 E. 2.4; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2019, 8C_591/2019, E. 2.3, vom 16. Dezember 2019, 8C_571/2019, E. 3.2, vom 31. Oktober 2019, 8C_422/2019, E. 5.2).

E. 7

Der strittigen Angelegenheit liegen zahlreiche ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Berichte und Gutachten wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

E. 7.1

In seinem Bericht vom 21. August 2002 stellte Dr. med. C.____, FMH Neurologie, bei der Patientin rezidivierende Schwindelbeschwerden bei leichtem Cervicalsyndrom mit cervicogener Schwindelkomponente und bei funktioneller Überlagerung bei psychosozialer Belastungssituation fest. Anamnestisch seien von der Patientin rezidivierend auftretende sekundendauernde Schwindelsensationen seit Januar 2002 geklagt worden, wobei es sich anfänglich hauptsächlich um einen Dreh-, später auch um einen Schwankschwindel gehandelt habe. Den Schwindelanfällen würden regelmässig Kopfschmerzen mit beidseitigem frontotemporalem Maximum folgen, welche teils cervicogen bedingt seien und teils als Spannungskopfschmerzen imponieren würden. Zudem beklage die Patientin ebenfalls seit einem halben Jahr auch Nackenschmerzen. In seiner neurologischen Befunderhebung habe er keine grobe Pathologie der Hirnnerven erkennen können. Auch sei die Halswirbelsäule der Patientin gut beweglich, wobei die Endstellungen jedoch leicht schmerzhaft seien und mit flüchtiger Schwindelprovokation einhergingen. Der Unterberger Tretversuch habe ein inkonstantes Rechtsabweichen gezeitigt, wobei dieses nicht mit Sicherheit signifikant sei. Der übrige neurologische Status werde als unauffällig beurteilt. Aus neurologischer Sicht würden sich keine Hinweise auf ein zentral-vestibuläres Geschehen respektive auf eine Hirnstamm-Funktionsstörung finden lassen. Auch eine oto-rhino-laryngologische Abklärung bei Dr. med. D.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, habe keine Anhaltspunkte für eine periphere Vestibulopathie ergeben.

E. 7.2

Am 13. Dezember 2007 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei der Patientin eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1). Sie leide unter gedrückter Stimmung,

Konzentrationsstörungen, Erschöpfung, Freudlosigkeit, Müdigkeit und Schlafstörungen. Sie sei oftmals von Schuldgefühlen, Verunsicherung, Ärger und Wut, Hoffnungslosigkeit und Gefühlen des Ausgeliefertseins und der Aussichtslosigkeit gequält. Wiederholt sei es zu Überforderungs- und Verzweiflungszuständen mit massiver Niedergeschlagenheit gekommen; zudem leide sie unter Schwindelattacken und allergischen Beschwerden. Sie lebe in dauernder Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann, von welchem sie getrennt lebe. Es bestehe seit der Kindheit ein ausgesprochen schlechtes Verhältnis mit ihrem Vater und auch mit ihrer Mutter habe sie derzeit Streit. Auch am Arbeitsplatz würden Auseinandersetzungen, Kritik sowie eine drohende Kündigung derzeit zu einer Verschlechterung des Zustandes der Patientin führen. Vom 1. Oktober 2007 bis zum 26. Oktober 2007 habe sie sich zudem wegen zunehmender Erschöpfung und Überforderung bei der Betreuung und Fürsorge zusammen mit ihrem Sohn in der Klinik X.____, stationär behandeln lassen. Er empfehle eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Begleitung. Eine Einschätzung, wann die Patientin wieder in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig sein werde, sei ihm jedoch nicht möglich.

E. 7.3

In seinem Bericht vom 20. Juli 2008 verwies Dr. E.____ zunächst darauf, dass er nach seiner Mitteilung vom 13. Dezember 2007 ab dem 1. Mai 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% für zwei bis drei Monate festgestellt habe. Der Gesundheitszustand der Patientin habe sich aber wider Erwarten nicht gebessert. Vielmehr sei diese von ihrem Ehemann schwanger geworden und habe - aufgrund einer zunehmenden Depression - in der Folge einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen müssen. Aus diesem Grund habe er der Patientin zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz nun auch eine weiterhin andauernde Arbeitsunfähigkeit von 50% bis zum 18. August 2008 attestiert.

E. 7.4

Mit handschriftlichem Bericht vom 3. November 2008 stellte Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer sozialen Phobie. In seiner Befunderhebung verzeichnete er eine bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin. Sie sei im Affekt deprimiert, mit verminderter Schwingungsfähigkeit, Lust- und Freudlosigkeit. Subjektiv beständen zudem Konzentrationsstörungen. Bisher seien regelmässige psychotherapeutische Sitzungen in Form einer kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt worden. Hierdurch habe die Patientin ihre Depression überwinden können. Die Patientin sei denn auch in ihrem privaten und beruflichen Leben nicht mehr beeinträchtigt, weshalb er ab dem 1. November 2008 der Patientin aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiere. Er empfehle einzig eine Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung der sozialen Phobie.

E. 7.5

Im Bericht vom 11. November 2008 teilte Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, mit, dass bei der Patientin rezidivierende mittelschwere depressive Episoden, eine bronchiale Hyperreagibilität sowie ein Status nach rezidivierenden Lumboischialgien beständen. Hinsichtlich der Feststellung einer relevanten Arbeitsunfähigkeit verwies er auf die anamnestischen Angaben der Patientin, wonach diese von Dr. F.____ seit dem 1. August 2007 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben sei. Aus seiner rein internistischen Sicht, so Dr. G.____ weiter, sei die Patientin jedoch während dem letzten Jahr nie krankgeschrieben worden, weshalb er nicht ausführlicher zum jetzigen Leiden Stellung nehmen könne.

E. 7.6

Am 29. Januar 2009 stellte Dr. F.____ in seinem Bericht die Diagnosen eines psychogenen Schwindels im Rahmen sonstiger somatoformer Störungen (ICD-10 F45.8), einer längeren depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21), einen bestehenden Ehekonflikt (ICD-10 Z63.0) sowie das Vorhandensein unsicher-vermeidender Persönlichkeitszüge fest. In seiner Befunderhebung verzeichnete er erneut eine bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin. Es hätten sich Hinweise auf leichte bis mittelgradige kognitive und mnestiche Defizite ergeben, wobei der formale Gedankengang kohärent sei. Es beständen keine Anzeichen für Wahnerleben, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Die Stimmung sei leicht deprimiert bei erhaltener Schwingungsfähigkeit, es beständen allerdings Lust- oder Freudlosigkeit. Zudem sei eine Selbstwertproblematik vorhanden. Der Antrieb sei leicht reduziert ohne Morgentief. In Stresssituationen trete ein Schwindelgefühl auf. Es beständen jedoch keine Hinweise auf Suizidalität sowie Ein- oder Durchschlafstörungen. Die Patientin sei deshalb aus psychiatrischer Sicht für alle Tätigkeiten zu 30% arbeitsunfähig, wobei eine vollständige Arbeitsfähigkeit durch berufliche Massnahmen erreichbar erachtet werde.

E. 7.7

In seinem Gutachten vom 31. Dezember 2009 verzeichnete Dr. B.____ eine bewusstseinsklare und -helle sowie zu allen Qualitäten voll orientierte Patientin, deren Aufmerksamkeit während der Dauer des Gesprächs aufrecht erhalten werden könne und deren Konzentration und Auffassungsgabe ungestört seien. Im formalen Gedankengang sei sie geordnet und nicht verlangsamt, jedoch deutlich eingeengt auf die erlebten körperlichen Beschwerden. Ihre Grundstimmung sei leicht gedrückt, nicht labil, nicht dysphorisch, wobei die affektive Modulationsfähigkeit leicht vermindert sei. Hinweise auf eine akute oder latente Suizidalität oder eines Gefühls von Lebensüberdruß hätten sich nicht gezeigt. Eine Aggravation oder Simulation würden nicht vorliegen. In der psychometrischen Untersuchung erzielte die Patientin auf der Hamilton Depressionsskala (HAMD) 12 Punkte und auf der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) 15 Punkte, was jeweils einem leichtgradig depressiven Syndrom entspreche. Dr. B.____ stellte in der Folge die Diagnosen einer leichtgradig ausgeprägten depressiven Episode mit einem ausgeprägten somatischen Syndrom im Rahmen einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F32.01), einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems, des muskuloskeletalen Systems und des intestinalen Systems (ICD-10 F45.30, F45.40, F45.31 und F45.32) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit dependenten und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1). Die für die Arbeitsfähigkeit relevante leichtgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom ergebe sich dabei aus einer gedrückten Stimmungslage, ausgeprägter Erschöpfbarkeit, Interessenminderung, Schlafstörungen, Insuffizienz- und leichten Schuldgefühlen, deutlicher Irritierbarkeit und Verunsicherung sowie einer leichten Verminderung der emotionalen Reagibilität. Der Umstand, dass die Erschöpfung in erster Linie beschwerdeverursacht sei, spreche gegen eine neurasthene oder pseudoneurasthene Symptomatik. Die anamnestisch verzeichnete diffuse Schmerzproblematik mit wandernden Schmerzen in Schulter und Ellenbogen sowie in Hand-, Finger-, Hüft-, Knie-, Fuss- und Zehengelenken sei organisch nicht nachweisbar und trete auch unabhängig von ängstlichen Zuständen im Sinne einer phobischen oder Panikstörung auf. Der von der Patientin überdies beschriebene Schwindel sei am ehesten als Symptom im Rahmen der somatoformen Gesamtproblematik zu beurteilen. Er sehe deshalb bei der Patientin eine Beeinträchtigung

der Arbeitsfähigkeit von 20% ab Ende Januar 2009, wobei berufliche Massnahmen - insbesondere eine Arbeitserprobung mit Feststellung des (auch fachlichen) Ressourcen- und Belastungsprofils - hinsichtlich einer Verbesserung erfolgsversprechend seien. Zudem empfehle er eine psychotherapeutische Behandlung, insbesondere zum Erlernen von Strategien der Beschwerdebewältigung.

E. 7.8

Mit Stellungnahmen vom 18. Januar 2010, vom 11. Juni 2010 sowie vom 23. Juli 2010 verzeichnete Dr. med. H.____, FMH Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Gutachters und den Angaben der behandelnden Ärzte, der Patientin sowie deren Arbeitgeber. So werde die Arbeitsfähigkeit der Patientin während ihrer stationären psychiatrischen Behandlung vom 1. Oktober 2007 bis zum 26. Oktober 2007 weiterhin mit 50% angegeben. Dies sei jedoch nicht nachvollziehbar. Er schlage vielmehr vor, dass von Juli 2007 bis Ende Dezember 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, von Januar 2008 bis Ende Oktober 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%, von November 2008 bis Ende Januar 2009 eine volle Arbeitsfähigkeit und ab Februar 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 20% anzuerkennen sei.

E. 7.9

Mit Arztbericht vom 15. September 2011 stellte Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die psychiatrische Verdachtsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung seit 2000, gegenwärtig remittiert respektive unter Behandlung (ICD-10 F33.4) mit chronisch anhaltenden Schwindelgefühlen und Verdacht auf Panikattacken (ICD-10 F41.0) bei chronischen Eheproblemen (ICD-10 Z63.0), Problemen mit Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), Problemen mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) und ungenügender familiärer Unterstützung (ICD-10 Z63.2) sowie einer Schlangenphobie (ICD-10 F40.2). Anamnestisch sei ein Wiederauftreten massiver Schwindelgefühle vor allem bei Stress- und Belastungssituationen - mit Verstärkung durch Drehbewegungen des Kopfes, Manipulationen am Nacken oder Lärm - zu verzeichnen. Hinzu komme wiederholt eine affektiv depressive Stimmung ohne Hinweise auf Suizidgedanken. Er empfehle eine Fortsetzung des eingeschlagenen Settings in Form von zweiwöchentlichen psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Gesprächen sowie zusätzliche Unterstützung bei der Wiedereingliederung respektive Jobsuche. Die verbliebene Restarbeitsfähigkeit der Patientin sei schwierig zu quantifizieren und hänge von ihrer Tagesform ab, weshalb eine detaillierte arbeitsmedizinische Abklärung in einer spezialisierten Institution angezeigt sei. Es bestehe eine allgemeine psychosoziale Überforderungssituation, wobei durch die kontinuierliche Behandlung der IV-fremden Belastungsfaktoren auch die Arbeitsfähigkeit der Patientin wieder gesteigert werden könne. Eine angepasste Tätigkeit müsse einen ruhigen Arbeitsplatz ohne somatische oder emotionale Stressfaktoren beinhalten.

E. 7.10

Am 22. September 2011 wiederholte Dr. G.____ in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle, dass bei der Patientin - gestützt auf die früheren Berichte von Dr. F.____ - eine rezidivierende mittelschwere depressive Episode mit starker Somatisierungstendenz bestehe. Anamnestisch lägen zudem Schlafstörungen, Antriebslosigkeit sowie diffuse Schmerzen am ganzen Körper vor. Die bisherigen internistischen Abklärungen hätten keine

Hinweise auf eine schwerwiegende somatische Störung ergeben. Er selber habe sie in der Folge erstmals im Februar 2011 aus medizinischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 50% arbeitsunfähig erklärt. Er empfehle eine ergänzende medizinische Abklärung aufgrund der Komplexität der Beschwerden der Patientin.

E. 7.11

Mit Bericht vom 17. Oktober 2011 über seine magnetresonanztomographische (MRT) Untersuchung vom 14. Oktober 2011 stellte PD Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, bei der Patientin eine generalisierte, insgesamt nicht sehr ausgeprägte degenerativ dehydratative Diskopathie der Halswirbelsäule ohne wesentliche Höhenminderung der Intervertebrälräume, eine flache dorsomedial subligamentäre Herniation HWK 5/6 ohne erkennbare Affektion nervaler Strukturen sowie eine flache, breitbasig dorsomedial subligamentäre Herniation HWK 6/7 mit linkslateral intraforaminaler kleiner Herniation und dort relevanter foraminaler Einengung fest. 7.12.1 Am 22. Mai 2012 erstattete die asim Bericht über das bei ihr in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten. Im internistischen Teilgutachten von Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, wurden keine Diagnosen gestellt. 7.12.2 Im neurootologischen Teilgutachten attestierte Prof. Dr. med. L.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, der Patientin einen mittelgradigen kompensierten Tinnitus beidseits sowie ein rezidivierendes Schwindel- respektive Unsicherheitsgefühl ohne Hinweise für eine peripher- oder zentralvestibuläre Funktionsstörung. In der neurootologischen Untersuchung habe sich dabei in Bezug auf die Schwindelbeschwerden ein unauffälliger oto-rhino-laryngologischer Status gezeigt. Weder mit noch ohne Fixation hätten sich Nystagmen - mit Ausnahme einzelner Upbeat-Nystagmen in der Elektronystagmographie - auslösen lassen. Das (unauffällige) MRT des Neurokraniums wie auch die neurologische Untersuchung hätten jedoch keine pathologische Bedeutung der vereinzelt Upbeat-Nystagmen zutage fördern können. Aus oto-rhino-laryngologischer Sicht sei die Patientin somit vollständig arbeitsfähig. 7.12.3 Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F.33.01) nach vorausgegangener Anpassungsstörung, die Verdachtsdiagnose einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9) mit Zügen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp bei multiplen negativen Erlebnissen in der Kindheit und Jugend, akzentuiert bei negativen Erlebnissen im Erwachsenenalter, mit Differentialdiagnose einer akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10 Z73), sowie die Verdachtsdiagnose einer anderen dissoziativen Störung (ICD-10 F44.8) mit Schwindelsyndrom. Im Psychostatus nach AMDP sei die Patientin dabei stets bewusstseinsklar und in allen Qualitäten angemessen orientiert gewesen und habe über 160 Minuten dem Gespräch aufmerksam folgen können. Gedächtnislücken oder Zeitgitterstörungen seien während des Gesprächs kaum aufgefallen. Während der Untersuchung sei sie weder dysphorisch noch euphorisch gewesen; ihre Stimmung erscheine jedoch modulationsfähig. So habe sie einmal während des Gesprächs geweint, habe auch mehrfach kurz gelacht und habe oft aufgehellter gewirkt. Dabei erfahre die Patientin insbesondere durch CipraleX eine Besserung, da dieses ihre Stimmung aufhelle und sie sich dadurch "dickhäutiger" fühle. Suizidgedanken oder Lebensüberdruß weise sie derzeit nicht auf, nachdem sie in der Jugend einen Suizidversuch aufgrund von Misshandlungen durch ihren Vater unternommen habe. Es bestehe bei der Patientin eine

zirkadiane Besonderheit bei ausgeprägtem morgendlichen Stimmungstief. Dr. M.____ führt weiter aus, dass kein Nystagmus erkennbar und die Diadochokinese regelrecht sei. In der Beurteilung des ZNS-Erfassungsbogens erkennt er eine lediglich geringe Wahrscheinlichkeit einer hirnorganischen Beteiligung an einer psychischen Störung. Auf der Hamilton Depression Rating Scale habe sie 16 Punkte, entsprechend einer leichten Depression, erzielt. Im SCL-90-Fragebogen nach Derogati habe sie sich nicht bis mittelgradig belastet gezeigt. Dr. M.____ erklärte, dass die depressive Störung unbestritten und in mehreren Berichten festgehalten sei, wobei von einer rezidivierenden Störung auszugehen sei. Die von Dr. F.____ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung sei heute nicht mehr aufrechtzuerhalten und vielmehr in eine affektive Störung umzukodieren. Auch die von selbigem attestierte soziale Phobie sei aufgrund der fehlenden Ausprägung nicht mehr als eigenständige Diagnose feststellbar. Eine akzentuierte Persönlichkeit, wie sie bereits von den Dres. E.____ und B.____ diagnostiziert wurde, sei hingegen überwiegend wahrscheinlich vorhanden. Die Schwindelproblematik sei schliesslich unter dem Krankheitsbild der dissoziativen Störung zu subsumieren. Der Patientin sei deshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 30% zu attestieren, da die angestammte Tätigkeit ein hohes Mass an Empathie, Frustrationstoleranz, Team- und Multitaskingfähigkeit, Konzentrations- und Antizipationsfähigkeit, Gedächtnisleistung sowie Exaktheit verlange. Eine angepasste Tätigkeit sollte die Vermeidung kognitiv anspruchsvoller und überfordernder Tätigkeiten sowie die Vermeidung intensiven stresserzeugenden Verkehrs mit Kundschaft und Mitarbeitenden beinhalten. Zudem sei den körperlichen Einschränkungen dadurch Rechnung zu tragen, dass keine Arbeiten über Boden und über Kopf sowie keine Zwangshaltungen des Kopfes ausgeführt werden müssen. Auch sollten regelmässige Arbeitszeiten mit vermehrtem Pausenbedarf veranschlagt werden; jedenfalls aber keine Schichtzeiten.

E. 7.13

Mit Bericht vom 12. Dezember 2012 stellte die Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik des Spitals Y.____ bei der Patientin die anlässlich der Untersuchung vom 12. September 2012 erhobenen Verdachtsdiagnosen einer vestibulären Migräne und allenfalls einer sensiblen C8-Radikulopathie links fest. Anamnestisch beschreibe sie episodischen, lage- und lagerungsunabhängigen Schwankschwindel sowie Kopfdruck von drückendem Schmerzcharakter, welcher circa drei Mal pro Woche auftrete und von occipital bihemisphärisch bis in die Augen ziehe. Zudem berichte sie von Photo- und Phonophobien. In der klinisch-neurologischen Untersuchung sei ein fingerperimetrisch intaktes Gesichtsfeld mit isokoren Pupillen und prompter Reaktion auf Licht zu beobachten. Es lägen leichte Hypästhesien V1 und V2, eine Hypästhesie des linken ulnaren Unterarms und der Dig. IV und V, sowie eine Hypästhesie im gesamten linken Bein vor. Ein am 19. September 2012 erstelltes MRT des Neurokraniums habe keine intrazerebralen strukturellen Veränderungen ergeben. In der elektromyographischen Untersuchung vom 19. Oktober 2012 und der elektroneurographischen Untersuchung vom 23. November 2012 habe sich kein Hinweis auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom ergeben; auch eine motorische Radikulopathie C8 links sei bei fehlendem akuten und chronischen Denervationszeichen in den betreffenden Muskeln nur wenig wahrscheinlich, jedoch nicht auszuschliessen. Es werde hinsichtlich der vestibulären Migräne eine schmerzmodulierende Therapie und die Führung eines Kopfschmerzenkalenders mit konsequenter Physiotherapie empfohlen.

E. 7.14

Am 22. Januar 2013 teilte Dr. G.____ der IV-Stelle die Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren Depression mit starker Somatisierungstendenz, die Verdachtsdiagnosen einer vestibulären Migräne und einer sensiblen C8-Radikulopathie links sowie des bereits bekannten Asthmas bronchiale mit. Die Arbeitsunfähigkeit lasse sich weiterhin nicht genau eruieren und sollte angesichts der Komplexität der Symptome in einer interdisziplinären Abklärung begutachtet werden.

E. 7.15

Mit Bericht vom 1. Februar 2013 teilte die Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik des Spitals Y.____ die Ergebnisse der Verlaufskontrolle vom 18. Januar 2013 mit. Als Diagnose wurden ein episodischer Schwankschwindel, differentialdiagnostisch im Rahmen eines phobischen Schwankschwindels oder einer vestibulären Migräne, sowie eine Hypästhesie im linken Unterarm und Handbereich, differentialdiagnostisch eine sensible C8-Radikulopathie oder eine Nervus ulnaris-Affektion festgehalten. Die Kopfschmerzen würden lediglich noch etwa einmal im Monat - nämlich im Zusammenhang mit dem starken Schwankschwindel - auftreten. Bei der diagnostizierten Migräne fehle es jedoch an einer eindeutigen Aura in anderen Qualitäten und auch die Kopfschmerzen würden für sich gesehen die Migränekriterien grundsätzlich nicht erfüllen. Eine symptomatische Behandlung mit physiotherapeutischem Training und Dokumentation der Schwindel- und Kopfschmerzepisoden sei deshalb angezeigt. Hinsichtlich der Hypästhesie des linken ulnaren Unterarms und der linken ulnaren 2 Finger wurde verzeichnet, dass diese weiterhin vorhanden sei. Es hätten sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung jedoch keine motorischen Defizite nachweisen lassen, weshalb auch hier eine konservative Behandlung empfohlen werde. Auf eine schmerzmodulierende Therapie werde, angesichts der bereits vorhandenen antidepressiven Medikation, verzichtet.

E. 7.16

Dr. H.____ stellte mit RAD-Stellungnahmen vom 3. April 2013 und vom 14. Oktober 2013 klar, dass es der Patientin im Rahmen des gutachterlich erhobenen Befundes hinsichtlich des Schwindels an den typischen Schwindelsensationen fehle. Vielmehr beschreibe sie diesen als Kopfdruck, Benommenheitsgefühl, als Ameisenlaufen im Kopf, als Mühe mit dem Gleichgewicht, als Trance-Gefühl oder eine Art Vibration; zu keinem Zeitpunkt jedoch als eigentlichen Dreh- oder Schwankschwindel. Trotz umfassender neurootologischer Untersuchung durch Prof. L.____ habe - mit Ausnahme einzelner Upbeat-Nystagmen in der Elektronystagmographie - keinerlei organisches Korrelat für den geklagten Schwindel gefunden werden können. Auch dem elektronystagmographischen Befund komme keine pathologische Bedeutung zu, woraus die Gutachterin ableite, dass es weder eindeutige Anhaltspunkte für eine peripher-vestibuläre noch für eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung gäbe.

E. 7.17

Mit Bericht vom 10. Januar 2013 (recte: 2014) teilte die Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik des Spitals Y.____ mit, dass sie bei der Patientin aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne. Die anamnestisch geklagten permanenten Schwankschwindel- respektive intermittierenden Drehschwindelepisoden seien in der klinisch-neurologischen Untersuchung nicht mit einem fokal-neurologischen Defizit nachgewiesen worden. Der chronische Schwindel sei am ehesten multifaktorieller Aetiologie, weshalb eine interdisziplinäre Begutachtung bei der

asim empfohlen werde.

E. 7.18

In seinem Arztbericht vom 29. September 2014 - welchen er in den Berichten vom 29. Juni 2016 und vom 26. Juli 2017 bestätigte - hielt Dr. I.____ die Diagnosen von rezidivierenden leichten bis schweren depressiven Störungen (seit circa 2008), aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) mit chronisch rezidivierenden Schwindelgefühlen (seit circa 2002) bei cervicaler Gefässeinengung links, chronischem Ehekonflikt (ICD-10 Z63.0), Problemen bei der Erziehung des Sohnes (ICD-10 Z62.8), ungenügender familiärer Unterstützung (ICD-10 Z63.2), Problemen mit der Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) sowie chronischen finanziellen Schwierigkeiten (ICD-10 Z59) fest. Hinzu kommen die Diagnosen einer Spinnen- und Schlangenphobie (ICD-10 F40.2), einer generalisierten degenerativen Diskopathie der Halswirbelsäule mit dorsomedialen Herniationen HWK5/6 und HWK6/7 mit linkslateraler foraminärer Einengung, sowie des bereits bekannten polyallergischen Asthmas. In seinem ärztlichen Befund verzeichnete er keine Hinweise auf wesentliche Aufmerksamkeits-, Denk- oder Gedächtnisstörungen, Befürchtungen, Zwänge, Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen. Anamnestisch würden die rezidivierenden (psycho-) somatischen Probleme der Luftwege, des Magendarmtraktes und die zum Teil massiven Schwindelgefühle und Kopfschmerzen zu starken Einschränkungen ihrer Konzentrationsfähigkeit sowie zu Vergesslichkeit und einer allgemeinen Verlangsamung und Erschöpfung führen. In der Folge seien zudem wiederholte, unterschiedlich stark ausgeprägte depressive Episoden mit Verminderungen von Antrieb, Freude und Interesse, Überforderungsgefühlen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen, Nervosität, Gereiztheit, Entscheidungsschwierigkeiten und Sinnkrisen ohne Suizidgedanken aufgetreten. Die Arbeitsfähigkeit der Patientin sei objektiv nur schwierig einschätzbar, weil die von der Patientin angegebenen, vor allem stressabhängigen Beschwerden und Symptome mehrheitlich unspezifisch, unterschiedlich ausgeprägt und anatomisch-körperlich nur ungenügend nachweis- und erklärbar seien. Die Patientin selber gehe von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% aus. Dr. I.____ hielt fest, dass eine angepasste Tätigkeit ohne somatische oder emotionale Stressfaktoren die Arbeitsfähigkeit der Patientin verbessern würde und empfahl erneut eine detaillierte arbeitsmedizinische Abklärung in einer spezialisierten Institution.

E. 7.19

Dr. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, RAD beider Basel, stellte in seiner RAD-Stellungnahmen vom 19. Januar 2015 - mit Bestätigung in der Stellungnahme vom 29. Juli 2016 - unter Hinweis auf die Lehre fest, dass remittierte depressive Störungen keine dauerhafte oder erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und leichte depressive Episoden auch nur eine geringe Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Es fehle der von Dr. I.____ attestierten 50% Arbeitsunfähigkeit an einer genügenden medizinischen Begründung; er stütze sich mehrheitlich auf das subjektive Erleben der Patientin ab. Es sei zudem nicht erkennbar, wie die geltend gemachten Spinnen- und Schlangenphobien hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin in einer Gemeinde einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausüben sollten. Die von Dr. I.____ beschriebenen Belastungsfaktoren schliesslich seien als invaliditätsfremde Faktoren nicht unbesehen in die Begründung der medizinischen Arbeitsunfähigkeit einzubeziehen.

E. 7.20

In seinen Arztberichten vom 10. September 2015 und vom 29. Juni 2017 verzeichnete Dr. G.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine vestibuläre Migräne, das Asthma bronchiale, die rezidivierenden depressiven Episoden sowie eine allergische Rhinopathie. In ersterem Bericht erklärte er, dass die Arbeitsfähigkeit der Patientin schwierig zu beurteilen und deshalb interdisziplinär abzuklären sei, während er in letzterem eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf von maximal 50% veranschlagte.

E. 7.21

Dr. N.____ verzeichnete in seinen RAD-Stellungnahmen vom 14. September 2015 und vom 29. Juli 2016, dass der von Dr. G.____ im Bericht vom 10. September 2015 geltend gemachte Verdacht auf eine vestibuläre Migräne durch das Gutachten vom 12. Mai 2012 hinreichend widerlegt worden sei. Zudem lege Dr. G.____ in seinem Bericht keine neuen Beschwerden, Befunde oder anderweitigen Argumente dar, welche auf eine Verschlechterung im Vergleich zur Begutachtung durch die asim hinweisen würden. Eine Indikation zur erneuten Abklärung sei deshalb nicht erkennbar.

E. 7.22

Mit Bericht vom 8. April 2016 über seine MRT-Untersuchung vom 7. April 2016 stellte PD Dr. med. O.____, FMH Radiologie, bei der Patientin vorwiegend mediane Diskushernien von C4/5 bis C6/7 mit von proximal nach distal zunehmenden Befunden fest. Eine wesentliche Grössenzunahme der Hernien gegenüber der Voruntersuchung vom Oktober 2011 liege aber nicht vor. Des Weiteren finde sich eine durch die Hernie und leichte knöcherne Anbauten bedingte Foraminalstenose auf C6/7 links, so dass eine Irritation der linken C7-Wurzel gut möglich sei. Hingegen seien keine wesentlichen Veränderungen im zervikookzipitalen Übergang auszumachen.

E. 7.23

Mit Faxschreiben vom 25. Juni 2018 sowie ergänzendem Arztbericht vom 12. September 2018 stellte Dr. med. P.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und FMH Rheumatologie, die Diagnose von Fussbeschwerden links mehr denn rechts aufgrund mehrfacher Ursachen, darunter eine Valgus-Knick-Senkfussdeformität beidseits, einer Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits mit Einsteifung rechts, einer degenerativen Achillessehnen-Tendopathie links mit Verdickung und einer Plantarfaszien-Insertionstendopathie links. Des Weiteren stellte er die Diagnosen von Fingergelenksbeschwerden beidseits bei Hyperlaxität (Beighton Score 8/9) und bei Verdacht auf beginnende Fingergelenkspolyarthrosen in der PIPs, einer Thoracic-Outlet-Symptomatik links sowie eines Status nach Diskushernie nuchal mit rezidivierenden cervicalen Beschwerden. Am 4. September 2018 bei Dr. med. Q.____, FMH Rheumatologie, durchgeführte Ultraschall-Untersuchungen hätten dabei weder im Hand- noch in den Finger- oder Zehengelenken Hinweise auf Synovitiden, Tenosynovitiden oder Periarthritis ergeben. Eine Behandlung der Beschwerden habe erstlinig in konsequentem Tragen von massorthopädischen Schuheinlagen zu erfolgen. Soweit damit keine befriedigende Beschwerdeverringerung zu erreichen sei, könne eine solche allenfalls mittels Physiotherapie noch erreicht werden. Ungünstig seien ausschliesslich stehende, Stufen-, Leitern- und gehäuft Treppen-benutzende Tätigkeiten sowie Arbeiten mit erhöhten feinmotorischen Anforderungen im Handbereich oder ausgesprochen handbelastende

Tätigkeiten.

E. 7.24

In seinem Arztbericht vom 21. Oktober 2018 erklärte Dr. I.____, dass er bisher selber keine Arbeitsunfähigkeiten bei der Patientin attestiert habe, sondern lediglich deren subjektive Angaben wiedergegeben habe. Die Arbeitsfähigkeit sei objektiv weiterhin nur schwer einschätzbar, da die von der Patientin angegebenen, vor allem stress- und belastungsabhängigen Beschwerden und Symptome mehrheitlich unspezifisch, unterschiedlich ausgeprägt und anatomisch-funktionell nur ungenügend nachweis- und erklärbar seien. Die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Patientin dürfte je nach Tagesform zwischen 30% und 70% eines normalen Pensums liegen. Seit seinen Vorberichten habe sich die Situation nicht wesentlich verändert; die Patientin leide weiterhin an rezidivierenden Schwindelgefühlen und Kopfschmerzen, welche insbesondere durch Drehbewegungen des Kopfes, Manipulationen am Nacken, Lärm und allgemein durch Stress- und Belastungssituationen ausgelöst respektive verstärkt würden. Diese Symptomatik führe anamnestisch weiterhin zu starken Einschränkungen ihrer Konzentrationsfähigkeit, entsprechender Vergesslichkeit sowie zu einer allgemeinen Verlangsamung und Erschöpfung, Überforderungsgefühlen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Nervosität, Gereiztheit, Entscheidungsschwierigkeiten und Sinnkrisen. In der objektiven Befunderhebung sei weiterhin eine bewusstseinsklare und allseits orientierte Patientin ohne Hinweise auf wesentliche Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Denkstörungen, Befürchtungen, Zwänge, Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen zu beobachten. Als Diagnosen bestätigte Dr. I.____ die bereits attestierte rezidivierende leichte bis schwere depressive Störung, derzeit mit leichter Episode (ICD-10 F33.0) bei chronisch rezidivierenden, ausgeprägten Schwindelgefühlen und diversen Z-Diagnosen. Zudem wiederholte er die anlässlich der MRT-Untersuchungen vom 14. Oktober 2011 und vom 23. Juni 2017 gestellten Diagnosen bezüglich der Hals- und Lendenwirbelsäule. Die möglichen Ressourcen der Patientin, welche für eine Eingliederung hilfreich sein könnten, sehe er durch ihre Erschöpfungszustände, Polyallergien und chronischen Finanzprobleme eingeschränkt. Ausserdem fühle sie sich in der quasi-alleinerziehenden Betreuung ihres Sohnes meist ausgelastet und zuweilen überfordert. Allerdings bemühe sie sich, ihre familiären und sozialen Beziehungen und Bekanntschaften so gut wie möglich zu pflegen.

7.25.1 Am 12. April 2019 erstattete die SMAB Bericht über das bei ihr in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten. Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten von Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Chirurgie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und im internistischen Teilgutachten von Dr. med. S.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, wurden dabei keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt.

7.25.2 Im neurologischen Teilgutachten wurden von Dr. med. T.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, die Diagnosen einer Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0), von Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44) sowie einer generalisierten degenerativen Diskopathie der Halswirbelsäule mit dorsomedialen Herniationen und einer geringgradigen osteodiskogenen foraminale Einengung festgestellt. In der klinischen Untersuchung sei weder Druck noch Klopfschmerz im Bereich der Schädelkalotte feststellbar gewesen. Hinweise auf einen Nystagmus oder Sakkaden seien nicht vorhanden. Sämtliche untersuchten Reflexe seien ohne Pathologie und seitengleich sehr lebhaft auslösbar. Der Test of Memory Malingering habe keine Hinweise auf das Vorliegen einer

Aggravation oder gar Simulation ergeben. Die Beschwerden auf dem neurologischen Fachgebiet seien nachvollziehbar und plausibel. Die Diagnose einer Migräne decke sich mit dem Bericht des Spitals Y.____ vom 1. Februar 2013, welcher diese als Verdachtsdiagnose attestiere. Aus neurologischer Sicht werde der Patientin empfohlen, das Arbeiten an kalten und heissen Arbeitsplätzen zu vermeiden und für ein geregeltes Arbeitsumfeld zu sorgen. Die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit betrage aus neurologischer Sicht 10%. Hinsichtlich der Migräne sei zudem eine Intervalltherapie angezeigt. 7.25.3 Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie sowie Psychosomatische Medizin, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis schweren Episoden, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.1), sowie einer akzentuierten Persönlichkeit mit emotional instabilen Merkmalen (ICD-10 Z73). In der klinischen Untersuchung sei die Patientin dabei stets wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten vollständig orientiert gewesen und habe über 90 Minuten dem Gespräch ohne Hinweise auf reduzierte Konzentration oder reduzierte Aufmerksamkeit folgen können. Die Merkfähigkeit wie auch die Willensbildung seien ungestört. Der Grundaffekt sei leicht zum depressiven Pol verschoben, jedoch gäbe es keine Hinweise auf eine affektive Labilität, wengleich die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt sei. Es bestehe hingegen eine zirkadiane Besonderheit durch das morgendliche Stimmungstief. Hinsichtlich der geschilderten Schwindelsymptomatik lasse sich keine dissoziative Symptomatik erfassen; die Kriterien einer Somatisierungsstörung seien nicht ganz erfüllt, weswegen diese Diagnose nicht gestellt werden könne. Dr. U.____ betont, dass die Patientin bei Einnahme von Cipralext sowohl hinsichtlich der depressiven Symptomatik als auch in Bezug auf das Schwindelgefühl profitiere. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung sei die Arbeitsfähigkeit der Patientin aus psychiatrischer Sicht im Längsschnitt leicht bis mittelschwer beeinträchtigt, was einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% in der angestammten wie einer angepassten Tätigkeit entspreche. In den Angaben der Patientin würden einzig Inkonsistenzen hinsichtlich des Erlebens eines sexuellen Missbrauchs in der Jugend sowie des Konflikts mit dem Vater, jedoch keine Aggravation oder Simulation auffallen. Aus gutachterlicher Sicht besitze die Patientin insbesondere in ihrer Leistungsorientiertheit und ihrer Restfähigkeit angemessene Ressourcen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei durch medizinische Massnahmen nicht möglich, jedoch könne durch eine ergänzende kognitive Verhaltenstherapie der Umgang mit dem Schwindel im Sinn einer stabilisierenden Funktion verbessert werden.

E. 8

Vorgängig anzumerken ist, dass die im Verfahren von 2016 (Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherung [KGE SV] vom 6. Oktober 2016, 720 16 90/262, E. 5.4) beanstandete fehlende Eingliederung gehörig nachgeholt wurde, was auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Anlässlich des Assessment-Gesprächs vom 15. November 2017 gab die Beschwerdeführerin an, derzeit nicht in der Lage für Belastbarkeits- und Aufbautrainings zu sein. In der Folge wurde ein individuelles Bewerbungscoaching vereinbart, welches sie von Dezember 2017 bis Februar 2018 absolvierte. Mit Schreiben vom 20. März 2018 wurde ein Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen durch die IV-Stelle abgelehnt, was von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurde. 9.1 Streitig ist zunächst der Anspruch auf eine (ganze) Invalidenrente für den Zeitraum ab dem 1. Februar 2009. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Ablehnung eines Rentenanspruchs der

Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der SMAB, wonach die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht per 3. November 2008 vollständig arbeitsfähig respektive per 1. Februar 2009 zu 30% arbeitsunfähig gewesen ist. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass diese gutachterliche Einschätzung hinsichtlich der attestierten Arbeitsfähigkeit von 70% auf dem freien Arbeitsmarkt - aufgrund der Schwindelproblematik und der schwankenden Tagesform - nicht nachvollziehbar und ihr vielmehr eine verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 40% zuzuerkennen sei, geht sie fehl, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

9.2 Das Gutachten der SMAB entspricht grundsätzlich den allgemeinen Anforderungen an ein Gutachten (siehe Erwägung 5.2 hiervor): So nimmt es insbesondere ausführlich Kenntnis von den Vorakten und bespricht diese, soweit sie für die jeweiligen Teilgutachten einschlägig sind. Auch auf die Berichte von Dr. I.____ wird - entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin - wenn auch in knapper Form Bezug genommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Berichte auch nicht in dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten klaren Widerspruch zur gutachterlichen Einschätzung stehen (siehe Erwägung 9.3.1 hernach). Die jeweiligen Untersuchungen wurden mit eingehender Anamneseerhebung, Symptomerfassung, Verhaltensbeobachtung und gegebenenfalls mithilfe standardisierter klinischer Testungen durchgeführt. Sie führen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen. So wird insbesondere stimmig hergeleitet, weshalb bei der Patientin im Längs- respektive Durchschnitt von einer psychiatrisch leicht bis mittelschwer beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit und damit einer Arbeitsunfähigkeit von 30% auszugehen ist. Dass im neurologischen Teilgutachten dem Schwindel grundsätzlich keine organische Ursache zugrunde gelegt werden kann, stimmt mit den Ergebnissen des neurootologischen Teilgutachtens der asim überein. Aus psychiatrischer Sicht kann die Schwindelproblematik überdies keiner Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem zugeordnet werden. Die Diagnose ist zwar für die Beurteilung der Höhe der Arbeitsunfähigkeit, nicht aber für den dieser Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Gesundheitsschaden an sich unbeachtlich (siehe Erwägungen 4.1 und 4.2 hiervor). Mangels einer solchen Diagnose fehlt es somit an der notwendigen Voraussetzung zur Annahme eines (allenfalls) invalidisierenden Gesundheitsschadens, weshalb keine Arbeitsunfähigkeit insoweit begründet werden kann. Diese Einschätzung erging innerhalb des dem psychiatrischen Gutachters bei de lege artis durchgeführter Untersuchung zustehenden Ermessensspielraums und ist somit nicht zu beanstanden (siehe Erwägung 4.1 hiervor). Damit verzeichnet das Gutachten diesbezüglich zu Recht keinen eigenständigen, eine Arbeitsunfähigkeit begründenden Faktor. Auch die Attestierung einer vollen Arbeitsfähigkeit aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht überzeugt (siehe Erwägungen 7.23 und 7.25.1 hiervor) und bedarf keiner Weiterungen. Schliesslich weist das Gutachten der SMAB die erforderlichen Angaben zur Prüfung der Standardindikatoren auf, da die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde gewürdigt, die persönlichen und sozialen Ressourcen eruiert und die Konsistenz der Einschränkungen ausführlich und überzeugend dokumentiert sind (siehe Erwägung 4.3 hiervor). Damit erlaubt es das Gutachten der SMAB, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen abzuschätzen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Kommt dem Gutachten jedoch volle Beweiskraft zu, sind abweichende fachärztliche Beurteilungen nicht ohne Weiteres geeignet, Grund zur Beanstandung am Abstellen auf das Gutachten zu geben. Vielmehr müssen konkrete Zweifel - etwa durch innere Widersprüche oder mangelnde Nachvollziehbarkeit - an der Validität des Gutachtens geweckt werden, um dieses zu erschüttern (siehe Erwägung 5.3

hiervor). Aus den Berichten der behandelnden Ärzte Dres. G.____ und I.____ können jedoch - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - keine solchen konkreten Zweifel am Gutachten der SMAB abgeleitet werden.

9.3.1 Hinsichtlich der Berichte von Dr. I.____ ist zu betonen, dass dieser durchgehend festhält, dass eine Quantifizierung der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit der Patientin schwierig und deshalb durch eine spezialisierte Institution abzuklären sei. Die erstmals im Bericht vom 29. September 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% wird ausdrücklich als Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin verzeichnet. Dies bestätigt Dr. I.____ in seinem Bericht vom 21. Oktober 2018, als er verzeichnet, dass er bisher selber keine eigene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin abgegeben habe. Sie dürfte je nach Tagesform wohl zwischen 30% und 70% eines normalen Pensums liegen. Dabei stützt er sich insbesondere auf die anamnestisch verzeichneten schweren Episoden der Depression der Beschwerdeführerin. In den Berichten vom 15. September 2011, vom 29. September 2014 und vom 26. Juli 2017 beschreibt er jedoch eine Remission der Depression und in den Berichten vom 29. Juni 2016 und vom 21. Oktober 2018 lediglich leichte Episoden. Dies deckt sich mit den Einschätzungen von Dr. U.____ im SMAB-Gutachten vom 12. April 2019 und von Dr. M.____ im asim-Gutachten vom 22. Mai 2012, welche ebenfalls zum jeweiligen Zeitpunkt eine leichte Episode und deswegen eine Arbeitsunfähigkeit von 30% bescheinigen. Schliesslich ging auch bereits Dr. B.____ in seinem Gutachten vom 31. Dezember 2009 von einer leichtgradigen depressiven Episode und einer Arbeitsunfähigkeit von 20% aus. Selbst die Dres. E.____ und F.____ gingen in ihren Berichten vom 13. Dezember 2007 respektive vom 3. November 2008 einzig von einer mittelgradigen depressiven Episode aus. Konkrete Hinweise für die schweren Episoden, welche eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 30% begründen könnten, ergeben sich deshalb für den vorliegend strittigen Zeitraum nicht. Die Ausführungen von Dr. I.____ stehen deshalb - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - nicht in dem Masse diametral zur Einschätzung der SMAB, als dass sie geeignet wären, konkrete Zweifel an der Validität des Gutachtens zu wecken.

9.3.2 Die Berichte von Dr. G.____ wiederum stützen sich in der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf die Angaben der behandelnden Psychiater. So verzeichnet er in den Berichten vom 11. November 2008 und vom 22. September 2011, dass die Beschwerdeführerin durch Dr. F.____ zu 50% arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Im Bericht vom 10. September 2015 bezeichnete er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als schwierig zu beurteilen und interdisziplinär abklärungsbedürftig. Im Bericht vom 17. Oktober 2018 verweist er schliesslich ebenfalls integral auf die Beurteilung durch Dr. I.____. Einzig dem Bericht vom 29. Juni 2017 ist eine eigene Arbeitsunfähigkeitseinschätzung zu entnehmen, wobei diese wiederum der von Dr. I.____ mehrfach verzeichneten Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin entspricht. Selbst wenn diese Einschätzung von Dr. G.____ selbst getätigt worden wäre, wäre sie - da er nicht Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist - als fachfremd und damit im Beweiswert geschmälert zu betrachten. Damit ergeben sich auch aus den Berichten von Dr. G.____ keine Indizien, welche konkrete Zweifel am Gutachten der SMAB wecken könnten.

9.3.3 In Bezug auf die von Dr. F.____ und Dr. I.____ gestellten Diagnosen des Ehekonflikts (ICD-10 Z63.0), der Probleme bei der Erziehung des Sohnes (ICD-10 Z62.8), der ungenügenden familiären Unterstützung (ICD-10 Z63.2), der Probleme mit der Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) und der chronischen finanziellen Schwierigkeiten (ICD-10 Z59) sowie der in den (Teil-) Gutachten von Dr. B.____, Dr. M.____ und Dr. U.____ gestellten Diagnose der akzentuierten Persönlichkeit (mit dependenten und selbstunsicheren

Anteilen respektive mit emotional instabilen Merkmalen, ICD-10 Z73) ist zu beachten, dass die Kategorien Z00 bis Z999 des Diagnose-Code ICD-10 für Fälle vorgesehen sind, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00 bis Y89 klassifizierbar sind (siehe ICD-10-GM Version 2020 - Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification, Version 2020 - Stand vom 25. Mai 2020, Hinweise zum Kapitel XXI; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2016, 9C_551/2016, E. 5.4, in: SVR 2017 IV Nr. 28 S. 82, vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189, und vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.3, in: SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95). Z-kodierte Diagnosen fallen nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; sie stellen somit grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2 und vom 16. April 2018, 9C_271/2017, E. 4.5, je mit weiteren Hinweisen). Dementsprechend geben aber auch diese Diagnosen keinen Grund zur Beanstandung des Gutachtens. 9.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine konkreten Zweifel am Gutachten der SMAB zutage getreten sind, weshalb diesem voller Beweiswert zukommt. Die darin festgestellte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit von 30% ab dem 1. Februar 2009 durfte von der Beschwerdegegnerin deshalb zu Recht für die Bemessung des Invaliditätsgrades herangezogen werden. 10.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zwischen den Parteien unbestritten geblieben sind für den erwerblichen Bereich sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen, mit Ausnahme des leidensbedingten Abzugs. Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes hat das Kantonsgericht die besagten Einkommen jedoch auch dann zu prüfen, wenn keine Begehren diesbezüglich gestellt wurden. 10.2.1 Zunächst ist die Berechnung des Valideneinkommens zu prüfen. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde (Art. 29 Abs. 1 IVG; BGE 135 V 59 E. 3.1, 131 V 53 E. 5.1.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2020, 8C_795/2019, E. 3.2 und vom 14. Januar 2020, 8C_630/2019, E. 4.1). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2020, 8C_630/2019, E. 4.1, in: SVR 2020 IV Nr. 37, S. 131, mit Verweis auf BGE 139 V 30 E. 3.3.2, 135 V 59 E. 3.1, 134 V 325 E. 4.1, je mit Hinweisen). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 30 E. 3.3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2020, 9C_316/2020, E. 3.1 und vom 11. September 2020, 8C_402/2020, E. 4.1). 10.2.2 Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin, welche in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik BFS (LSE) für das Jahr 2016 von einem Valideneinkommen von Fr. 75'371.-- ausging, ist vorliegend auf das Einkommen in der letzten Tätigkeit abzustellen. Die letzte reguläre Arbeitgeberin - die Gemeinde Z. ____ - hatte das Arbeitsverhältnis

aufgrund ungenügender Leistungen auf den 31. Mai 2008 hin aufgelöst. Die Kündigung fand mithin in jenem Zeitraum statt, in welcher die Beschwerdeführerin zu 50% arbeitsunfähig war (siehe Erwägung 7.8 hiervor). Die in der Kündigung vorgebrachten Gründe entsprechen dabei den gutachterlich bestätigten Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin während dieser Zeit. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Kündigung ohne Gesundheitsschädigung nicht ausgesprochen worden wäre und die Beschwerdeführerin damit weiterhin für ihren damaligen Arbeitgeber tätig wäre. Gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (13 Monate x Fr. 5'959.30) ist deshalb von einem Valideneinkommen von Fr. 77'471.-- für das Jahr 2008 auszugehen. 10.3.1 Zu klären bleibt die Höhe des Invalideneinkommens. Das Invalideneinkommen bestimmt sich danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (BGE 131 V 53 E. 5.1.2). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss den LSE (BGE 139 V 594 E. 2.3, 135 V 301 E. 5.2) - in der Regel die Monatslöhne der Zeile "Total Privater Sektor" (BGE 144 I 110 E. 5.2; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2018, 9C_444/2018, E. 3.1 und vom 24. August 2007, 9C_237/2007, E. 5.1, in: SVR 2008 IV Nr. 20 S. 64) - herangezogen werden. Auf die Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen ist abzustellen, wenn dies sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 15. Mai 2014, 8C_910/2013, E. 3.1.2.1 und vom 7. März 2013, 9C_841/2013, E. 4.2, je mit Hinweisen). 10.3.2 Die Beschwerdegegnerin ging zu Recht davon aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin im angestammten Sektor tätig sein möchte, was diese anlässlich der Begutachtung bei der SMAB auch mehrfach bestätigte. Der Sektor "Andere kaufmännische und administrative Tätigkeiten" ist jedoch lediglich in der Tabelle TA7 (bis 2010) zu finden; in der Tabelle T17 (ab 2012) ist diesbezüglich hingegen der Sektor "Sonstige Bürokräfte und verwandte Berufe" einschlägig und vorliegend auch gerechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2018, 8C_212/2018, E. 4.4.1). Da erst seit 2012 nach Berufsgruppen unterschieden wird, ist bei der Berechnung des Valideneinkommens früherer Jahre ausgehend vom Wert des Jahres 2012 die zwischenzeitliche Nominallohnentwicklung abzuziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2020, 8C_285/2020, E. 3 und 4.4). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht den Monatslohn von Fr. 5'779.-- (LSE 2012, Tabelle T17, Zeile 44, Spalte Frauen 30-49) basierend auf 40 Wochenstunden herangezogen. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im entsprechenden Sektor von 41.3 Stunden (vgl. "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilung", BFS Nr. je-d-03.02.03.01.04.01, Tabelle 2004-2019, Zeile O, Spalte 2008) und nach Abzug der Nominallohnentwicklung von 3.6% (vgl. "Nominallohnindex Frauen 2011-2019", BFS Nr. je-d-03.04.03.00.03, Tabelle T1.2.10, Zeile O, Spalte 2011 bis 2012 und "Nominallohnindex Frauen 2006-2010", BFS Nr. je-d-03.04.03.00.02, Tabelle T1.2.05, Zeile M,N,O, Spalte 2009 bis 2010) x 12 Monate (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2016, 9C_672/2015, E. 3.1) ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 69'114.-- für das Jahr 2008. Bei einem zumutbaren Pensum von 70% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 48'380.--. 10.4.1 Gegen diese Berechnung des Invalideneinkommens bringt die Beschwerdeführerin vor,

dass ihr ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10% zu gewähren sei. Dieser sei aufgrund der höchstens halbtägigen Tätigkeit in einem durchschnittlichen Pensum von 40% - und des hierdurch bedingten überdurchschnittlichen und damit unzumutbaren Entgegenkommens eines potentiellen Arbeitgebers - notwendig. 10.4.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 146 V 19 E. 4.1, 142 V 181 E. 1.3, 124 V 322 E. 3b/aa). So drängt sich ein Abzug aufgrund funktioneller Einschränkungen dann auf, wenn sie ihrer Natur nach nicht ohne Weiteres mit den Anforderungen vereinbar sind, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2008, 9C_119/2008, E. 2.3.1). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 79 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 146 V 20 E. 4.1, 135 V 302 E. 5.3, 126 V 80 E. 5b/bb). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 3.2 und vom 21. September 2010, 9C_748/2009, E. 4.1.2, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91).

10.4.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin gibt eine Teilzeittätigkeit bei Frauen rechtsprechungsgemäss keinen Anlass für einen Abzug, da hierdurch regelmässig keine Verminderung der Entlohnung eintritt, sondern sich diese vielmehr sogar proportional lohnerhöhend auswirken kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. September 2020, 9C_768/2019, E. 3.3.2, vom 24. August 2018, 9C_857/2017, vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2, in: SVR 2015 IV Nr. 1 S. 2, und vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 4.2.2.2, in: SVR 2012 IV Nr. 17 S. 80). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt - welcher insbesondere sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, an welchen Arbeitnehmer mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2018, 9C_294/2017, E. 5.4.2, in: SVR 2018 IV Nr. 60 S. 195) - als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juli 2018, 8C_297/2018, E. 3.5, vom 14. Juni 2018, 8C_91/2018, E. 5.3 und vom 13. April 2016, 9C_826/2015, E. 3.2.1). Eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen gilt deshalb grundsätzlich nicht als eigenständiger abzugsfähiger Umstand (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 31. August 2018, 8C_327/2018, E. 3.5, in: ZBJV 2019 S. 834, vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2, in: SVR 2015 IV Nr. 1 S. 2, und vom 19. November 2009, 9C_708/2009, E. 2.3.2, in: SVR 2010 IV Nr. 28 S. 88).

10.4.4 In den Gutachten der asim wie auch der SMAB wird der Patientin grundsätzlich eine 70% Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, wie auch in einer angepassten Verweistätigkeit attestiert. Die angepasste Verweistätigkeit gemäss Gutachten der asim beinhaltet vermehrten Pausenbedarf, den Verzicht auf Wechselschichten, eine Vermeidung

von kognitiv anspruchsvollen Arbeiten und intensivem stresserzeugendem Kunden- und Kollegenverkehr sowie keine Arbeiten über Boden und über Kopf. Die angepasste Verweistätigkeit gemäss Gutachten der SMAB setzt eine geringere Flexibilität und Umstellung, keine Wechselschichten, geringere Entscheidungs- und Urteilsfähigkeiten sowie eine Vermeidung von kalten und heissen Arbeitsplätzen als auch der Exposition der bekannten Allergene voraus. Diese beiden Tätigkeitsprofile sind grundsätzlich mit gewöhnlichen Backoffice- respektive Sekretariats-Berufen vereinbar. Auch die orthopädisch-rheumatologischen Anpassungen (siehe Erwägung 7.23 hiervor) ändern hieran nichts. Zwar hat die Rechtsprechung bei Tätigkeiten, welche aus psychischen Gründen ohne jeglichen Stress und Zeit- respektive Leistungsdruck sowie mit wenig bis keinem Kundenkontakt ausgestaltet sind und verminderte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit aufweisen, bereits Abzüge in unterschiedlicher Höhe gewährt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Januar 2018, 8C_447/2017, E. 5.5.2, vom 28. Januar 2014, 9C_796/2014, E. 3.4 und vom 7. November 2012, 9C_955/2011, E. 5.3). Muss in einer angepassten Tätigkeit jedoch lediglich besonderer, also ausserordentlicher Zeitdruck oder intensiver und damit erheblich stresserzeugender Kunden- und Kollegenverkehr vermieden werden, so lässt sich hierdurch kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn begründen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2019, 8C_536/2019, E. 5.3, vom 22. Januar 2015, 8C_693/2014, E. 4.2.2, in: SVR 2015 IV Nr. 22 S. 67). Vorliegend empfehlen die Gutachter der Beschwerdeführerin denn auch nicht, jeglichen irgendwie gearteten Kontakt mit Arbeitskollegen oder Kunden zu vermeiden oder vollständig stress- und zeitdrucklosen Tätigkeiten nachzugehen. Dass sie zumindest eine gewisse Stressresistenz aufweist, ergibt sich bereits daraus, dass sie bisher in der Lage war, auf Abruf bei verschiedenen Institutionen als Übersetzerin tätig zu sein. Aus diesem Grund besteht für das Gericht auch diesbezüglich kein Raum, einen leidensbedingten Abzug in der von der Beschwerdeführerin geforderten Höhe von 10% zu gewähren.

10.5.1 Die Beschwerdeführerin macht des Weiteren geltend, dass die IV-Stelle zu Unrecht für den Zeitraum zwischen dem 3. August 2008 und dem 1. August 2013 von einer nicht krankheitsbedingten Teilerwerbstätigkeit und damit von der Anwendbarkeit der gemischten Methode ausgegangen sei. Auch mit dieser Rüge dringt sie nicht durch, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

10.5.2 Am 5. Oktober 2010 wurde bei der Beschwerdeführerin eine Haushaltsabklärung durchgeführt. Im dazugehörigen Bericht vom 30. Dezember 2010 wurde verzeichnet, dass die Beschwerdeführerin sich grundsätzlich nicht als Typ Hausfrau und Mutter sehe, sondern zusätzlich noch erwerbstätig sein wolle. Dabei gab sie an, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkung zu 80% erwerbstätig sein und die freie Zeit mit ihrem Sohn verbringen würde. Den dazugehörigen Fragebogen, welcher diese Aussage ebenfalls enthielt, unterzeichnete die Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2010. Eine zweite Haushaltsabklärung wurde am 21. April 2015 durchgeführt. Im dazugehörigen Bericht vom 19. Mai 2015 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Schuleintritt ihres Sohnes im August 2013 ohne gesundheitliche Einschränkungen einem Vollzeitpensum nachgehen würde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass sie auch zuvor nie freiwillig lediglich 80% gearbeitet habe. Vielmehr habe das ausgeschriebene Pensum der Stelle bei der Gemeinde Z.____ nur 80% betragen; eine weitere Stelle mit einem Pensum von 20% sei deswegen illusorisch gewesen. Insbesondere habe ihr Sohn keine Rolle bei diesem Entscheid gespielt. Auch diese Aussagen bestätigte die Beschwerdeführerin wiederum mit Unterschrift vom 30. Mai 2015.

10.5.3 Wie dargelegt, hat die Berechnung des Invaliditätsgrades für Personen, welche nur zeitweilig erwerbstätig sind, nach der

gemischten Methode zu erfolgen, soweit diese teilweise Erwerbstätigkeit nicht durch einen Gesundheitsschaden begründet wird (siehe Erwägung 6.1 f. hiervor). Die Bewertung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die nichterwerbliche Betätigung hat dabei grundsätzlich im Rahmen einer Haushaltsabklärung zu erfolgen (siehe Erwägung 5.4 hiervor). Ein solcher Haushaltsbericht dient dabei unter anderem auch der Beurteilung der Statusfrage (vgl. Susanne Fankhauser, Sachverhaltsabklärung in der Invalidenversicherung - ein Gleichbehandlungsproblem, Diss. Zürich, Zürich/Basel/Genf 2010, S. 94 mit Verweis auf Urteil des EVG vom 2. März 2004, I 462/03, E. 4.2.1 in fine). Bei widersprechenden Aussagen der versicherten Person wird den "Aussagen der ersten Stunde" besonderes Gewicht verliehen (siehe Erwägung 5.5 hiervor). Vorliegend ist den Aussagen der ersten Stunde in der Abklärung vom 5. Oktober 2010 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich aus familiären Gründen lediglich einem reduzierten Pensum nachgegangen war. Dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der zweiten Abklärung vom 21. April 2015 ihre Aussagen widerrief und sich in der Beschwerdeschrift hierauf stützt, entspricht der grundsätzlichen Notwendigkeit des höheren Beweiswertes der Aussagen der ersten Stunde: die Angaben der ersten Stunde erscheinen regelmässig unbefangener und zuverlässiger als spätere Schilderungen, die bewusst oder unbewusst von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 174 E. 5.2.2). Es sind dabei keine Gründe ersichtlich, weshalb die Haushaltsabklärung vom 5. Oktober 2010 nicht den entsprechenden beweisrechtlichen Kriterien (siehe Erwägung 5.4 hiervor) genügen würde und deshalb auf die späteren Aussagen abzustellen wäre. Insbesondere die durch Unterschrift bestätigte Richtigkeit der Angaben unterstreicht den Beweiswert der Abklärung. Damit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin vom 3. August 2008 bis zum 31. Juli 2013 als teilweise erwerbstätig und vom 1. August 2013 an als vollständig erwerbstätig anzusehen ist. Da die Beschwerdeführerin zudem ihr Pensum bereits vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn reduziert hatte, ist die erwähnte Rechtsprechung des EGMR vorliegend nicht einschlägig (siehe Erwägung 6.3 hiervor). Die Veranlagung der Beschwerdeführerin nach der gemischten Methode für ersteren Zeitraum und nach dem Einkommensvergleich für letzteren Zeitraum ist deshalb nicht zu beanstanden. 10.6. Nach dem oben Gesagten resultiert deshalb für den Zeitraum zwischen dem 1. Februar 2009 und dem 31. Juli 2013 ein Invaliditätsgrad von 30.04% ($[100 \div \text{Fr. } 77'471.-- \times \text{Fr. } 48'380.-- \times 0.8] + [0 \times 0.2]$) und für den Zeitraum ab dem 31. Juli 2013 ein Invaliditätsgrad von 37.6% ($100 \div \text{Fr. } 77'471.-- \times \text{Fr. } 48'380.--$). Der massgebende Schwellenwert von 40% wird damit - auch nach Rundung auf ganze Prozentzahlen (BGE 130 V 123 E. 3.2) - nicht erreicht. Da der Beschwerdeführerin vom 3. November 2008 bis zum 1. Februar 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 100% (und damit ein Invaliditätsgrad von 0%) attestiert wurde und diese hernach auch weiterhin keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad aufweisen konnte, hat die IV-Stelle zu Recht mit Ablauf der dreimonatigen Wartefrist nach Art. 88a IVV (siehe Erwägung 3.4 hiervor) die Leistungen eingestellt.

E. 11

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 17. März 2020 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit nach dem 1. Februar 2009 zu Recht abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 12.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- ihr aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 12.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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