

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.82 vom 6. April 2020**

SO Obergericht, 2020-04-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.82](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.82)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.82 du 6 avril 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.82 del 6 aprile 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 6. April 2020 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Januar 2018 in der angefochtenen Verfügung vom 6. April 2020 (IV-Nr. 118; A.S. 1 ff.) im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als MPA seit dem 12. September 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) eingeschränkt sei. Bei Ablauf der einjährigen Wartezeit sei ihr diese Tätigkeit nur noch in einem 20%-Pensum zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten bestehe hingegen eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 48 %. Ohne Gesundheitsschaden würde die Beschwerdeführerin weiterhin ihrer Tätigkeit als MPA in einem Pensum von 80 % nachgehen. Die restlichen 20 % würden in den Aufgabenbereich der Haushaltsführung entfallen, in welchem keine Einschränkung bestehe. Aus den beiden Bereichen (Ausserhäusliche Tätigkeit / Haushalt) ergebe sich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 40 % und somit der Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Januar 2018. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt.

Zu den Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Der gutachterliche Bericht vom 9. Februar 2018 gebe hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Ferner seien die darin enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Auf diesen Bericht könne daher abgestellt werden. Dem Einwand könne mit Blick auf die RAD-Stellungnahme vom 6. Februar 2020, die zum integrierenden Bestandteil dieser Verfügung erhoben werde, weder ein Indiz für eine bisher noch nicht bekannte, möglicherweise die Arbeitsfähigkeit tangierende Gesundheitsbeeinträchtigung entnommen werden, noch könne dadurch glaubhaft gemacht werden, dass die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen noch nicht ausreichend abgeklärt worden seien. Von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden. Im Übrigen werde dem Grundsatz nach integral auf den Situationsbericht vom 11. Oktober 2018 verwiesen.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber vorbringen, betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nicht auf das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene

Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 abgestellt werden. So komme der Gutachter aufgrund der festgestellten gesundheitlich bedingten Einschränkungen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin bloss noch Tätigkeiten mit einer minimalen Anforderung an die zwischenmenschliche Interaktion nachgehen könne und nenne hierbei die Tätigkeit im Homeoffice als angepasste Tätigkeit. Wie der Gutachter anhand dieser Anforderungen bzw. anhand der von ihm selbst festgestellten erheblichen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 48 % annehmen könne, sei schlicht nicht nachvollziehbar. Es liege auf der Hand, dass eine Person, die derart erheblich eingeschränkt sei, nicht arbeitsfähig sei. Wie der Gutachter selbst festhalte, sei das Homeoffice als angepasste Tätigkeit zu betrachten. Diese Tätigkeit entspreche aber keiner Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt. Wenn davon ausgegangen werde, dass die Beschwerdeführerin bloss noch zu Hause und ohne zwischenmenschlichen Kontakt arbeiten könne, sei offensichtlich keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorhanden. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar, weil solche Bedingungen auf dem ersten Arbeitsmarkt schlicht nicht vorlägen. Ebenfalls gelte es zu berücksichtigen, dass bei der Beschwerdeführerin die erhöhte Gefahr einer erneuten depressiven Episode bestehe, welche dann zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führe. Dies werde auch vom RAD in seiner Stellungnahme vom 11. April 2018 bestätigt. Dieser führte diesbezüglich aber aus, dass diese Tatsache nicht berücksichtigt werden könne, da die Beschwerdeführerin nicht bereit sei, Medikamente einzunehmen. Hier verkenne der RAD bzw. die Beschwerdegegnerin zweierlei: Einerseits nehme die Beschwerdeführerin keine Medikamente, weil sie jeweils an starken Nebenwirkungen leide und demnach die Einnahme kontraproduktiv sei. Andererseits müsste die Beschwerdegegnerin ■ sofern sie davon ausgehe, dass eine Medikamenteneinnahme zumutbar und zweckmässig sei ■ ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren einleiten und könne nicht einfach unberücksichtigt lassen, dass eine komorbide depressive Störung offensichtlich vorhanden sei, die ebenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könne. Gesamthaft sei davon auszugehen, dass keine arbeitsmarktlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr bestehe und die Beschwerdeführerin auch einem durchschnittlich entgegenkommenden Arbeitgeber nicht mehr zumutbar sei. Entsprechend sei kein Invalideneinkommen realisierbar. Des Weiteren könne nicht auf das Ergebnis des Abklärungsberichts Haushalt abgestellt werden, wonach bei der Haushaltsführung keinerlei Einschränkungen vorhanden sein sollten. Vorliegend habe es sich offensichtlich so verhalten, dass die Abklärungsperson nicht in der Lage gewesen sei, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen. Es lasse sich die erhebliche Divergenz der Einschätzung betreffend die Einschränkung durch die Abklärungsperson (0 %) zu jener im Gutachten nicht begründen. Sodann sei die Verfügung auch dahingehend falsch, als dass die Beschwerdegegnerin von einer 48%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Selbst wenn von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden sollte, betrage diese nicht 48 %, sondern maximal 45 %. So habe der RAD in seiner Stellungnahme vom 11. April 2018 ausgeführt, dass gewisse Schwankungen zur Problematik der Beschwerdeführerin gehören. Sodann halte dieser fest, dass eine derart präzise Angabe von 48 % angesichts der zu vermeidenden Unschärfen in einer psychiatrischen Begutachtung nicht begründbar sei. Es sei deshalb von einer Arbeitsfähigkeit von 40 - 50 % auszugehen. Die Beschwerdegegnerin sei somit im ersten Vorbescheid folgerichtig von einer Arbeitsfähigkeit von 45 % ausgegangen. Im zweiten Vorbescheid und der hier angefochtenen Verfügung weiche die Beschwerdegegnerin ohne Begründung von dieser Einschätzung ab. Es liege auf der Hand,

dass die Beschwerdegegnerin bloss von der ursprünglichen Annahme abweiche, damit der Rentenanspruch erst ab 1. Januar 2018 entstehe. Denn die Begründung des RAD sei, sofern man überhaupt von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit ausgehe, was bestritten werde, schlüssig und nachvollziehbar und es gebe damit keinerlei Grund hiervon abzuweichen. Die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin sei weder akzeptabel noch schützenswert.

### **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

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

### **E. 4**

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend 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 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). 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. 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 (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

4.4 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 auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.5 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere 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 bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht eine Viertelsrente ab 1. Januar 2018 zugesprochen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Gemäss Austrittsbericht vom 29. Februar 2016 (IV-Nrn. 12 und 22, S. 14 ff.) war die Beschwerdeführerin vom 19. Januar bis 27. Februar 2016 in der Klinik G.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Die behandelnden Ärzte hielten folgende Diagnosen fest:

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Gefahr einer depressiven Verschlechterung und zunehmender Arbeitsunfähigkeit zur stationären Aufnahme durch die behandelnde Ärztin zugewiesen worden. In der Befunderhebung sei keine Bewusstseinsstörung zu erkennen gewesen. Die Beschwerdeführerin sei in allen vier Dimensionen orientiert. Subjektiv und objektiv gebe es keine Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Sie könne auch lesen, der Gedanke an die Arbeit löse jedoch das Gefühl aus, sich nicht konzentrieren zu können. Die Beschwerdeführerin beschreibe sich im formalen Denken als eingengt. Im Gespräch wirke sie nicht gehemmt, sie grübele nicht. Es gebe keinen Anhalt für Wahn oder Sinnestäuschungen. Die Beschwerdeführerin spreche davon, manchmal neben sich zu stehen und rede über eine Wiedergeburt. Im Antrieb gesteigert, motorisch unruhig, spreche schnell und viel. Der Appetit sei besser geworden. Es bestehe keine Selbst- noch Fremdgefährdung. Keine akute Suizidalität.

5.2 Gemäss Kurzbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 23. August 2016 (IV-Nr. 17) war die Beschwerdeführerin vom 27. Juni 2016 bis 20. August 2016 in stationärer, integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Im Bericht wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im Verlauf des Klinikaufenthaltes sei es zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen. Die Patientin sei affektiv deutlich stabiler und zuversichtlicher geworden. Sie sei auch ruhiger geworden. Es gelang ihr besser, sich von irritierenden Aussenreizen abzugrenzen und die Selbstfürsorge zu verbessern. Im Denken sei sie weniger auf ihre Probleme und Belastungen eingengt gewesen. Dennoch seien die erreichten Verbesserungen noch fragil. Insbesondere die Abgrenzung von belastenden, überraschenden und komplexen Aussenreizen sei für sie weiterhin schwierig, so dass eine stärkere Irritierbarkeit bestehen bleibe. Es sei deshalb eine weitere psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. Der Beschwerdeführerin werde für die Zeit des Klinikaufenthaltes eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und sie sei bis zum 31. August 2016 krankgeschrieben. Aufgrund eingeschränkter Belastbarkeit und eingeschränkter Möglichkeiten der Abgrenzung werde eine Rückkehr in die bisherige berufliche Tätigkeit aktuell nicht für sinnvoll erachtet. Sinnvollerweise sollte eine zukünftige Tätigkeit kein Multitasking, keine starken, irritierenden Aussenreize aufweisen und vorerst nicht zu viel Denkarbeit erfordern. Es werde zudem ein langsamer Wiedereinstieg in die Arbeit empfohlen, der zudem in kleinen Schritten erfolgen sollte.

5.3 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner anlässlich des Standortgesprächs vom 19. Oktober 2016 erstellten Aktennotiz (IV-Nr. 21) aus, die Versicherte präsentiere sich beim Gespräch in einer gegenüber dem Erstkontakt gebesserten gesundheitlichen Verfassung, auch wenn sie zu Beginn meinte, im Moment gehe es ihr "mies". Sie sei erkältet, zudem seien der Hund und der Partner erkrankt. Auch habe sie der gestrige Einsatz auf einem Reithof völlig erschöpft, obwohl es ihr dort sehr zugesagt habe. Die Versicherte zeige keine depressiven Symptome mehr, habe etwas an Gewicht zugelegt. Immer noch deutliche Akne vulgaris. Sie wirke in ihrem Auftreten recht sthenisch, schildere aber gleichzeitig eine hohe Irritierbarkeit durch jegliche Form von Reizen mit rasch auftretendem Gefühl der Überflutung und Erschöpfung. Die Schilderungen wirkten stark symptomfokussiert, dramatisch, die begleitende Gestik etwas theatralisch. Die anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 25. April 2016 gestellte Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen werde durch den inzwischen vorliegenden Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom

5. Oktober 2016 bestätigt, ebenso die Anorexie-Problematik. Die Fähigkeit zur Abgrenzung und die Stressresistenz seien stark vermindert. Die Versicherte reagiere darauf schnell mit psychosomatischen Symptomen, in erster Linie mit schmerzhafter Verspannung der quergestreiften Muskulatur. Eine Rückkehr in eine Tätigkeit mit hohem Anteil an zwischenmenschlicher Interaktion erscheine vor diesem Hintergrund als ungünstig. Das Bedürfnis der Versicherten nach einer mehr körperlichen, naturnahen Arbeit sei nachvollziehbar, eine berufliche Entwicklung in diese Richtung erscheine sinnvoll, da auch unter fortgesetzter Psychotherapie keine rasche Veränderung der Persönlichkeitsproblematik zu erwarten sei. Allenfalls müsste eine zusätzliche medikamentöse Reizabschirmung diskutiert werden, wenn die beruflichen Massnahmen zu scheitern drohen.

5.4 Aus dem Arztbericht für Erwachsene von H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und I.\_\_\_\_, Psychologin MSc, vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 22, S. 1 ff.) geht hervor, die Beschwerdeführerin sei seit März 2016 als Medizinische Praxisassistentin zu 100 % arbeitsunfähig. In der Befunderhebung wird die Beschwerdeführerin als 35-jährige, sehr schlanke und grossgewachsene Patientin beschrieben (177cm, 54kg; BMI 17.2). Sie sei bewusstseinsklar und in allen Qualitäten durchgehend sicher orientiert. Im Kontakt freundlich, zugewandt und offen, teilweise kontrollierend und fordernd. Sie habe Konzentrationsschwierigkeiten, jedoch keine Hinweise auf Merkfähigkeitsstörungen, formale- und inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen sowie Zwänge. Im Antrieb gesteigert. Rasche Ermüdbarkeit. Affektiv innerlich unruhig, getrieben, teilweise rastlos, ängstlich und depressiv. Es bestünden Suizidgedanken, jedoch keine akute Suizidalität. Schlafstörungen. Appetitverlust mit Gewichtsverlust. Während des Klinikaufenthaltes konnte eine Gewichtszunahme von ca. 5 kg erreicht werden. Aufgrund der schwierigen Kindheitserlebnisse habe die Beschwerdeführerin im zwischenmenschlichen Kontakt Mühe mit der Regulation von Nähe und Distanz. Dies führe dazu, dass sie sich in ihrer Arbeit als medizinische Praxisassistentin nicht abgrenzen könne, schnell überfordert sei und an ihre Grenzen stosse. Ihre Belastbarkeit sei in diesem Beruf deutlich eingeschränkt. Es müsse immer wieder mit Rückfällen gerechnet werden. Eine Rückkehr auf ihren angestammten Beruf werde nicht empfohlen, da ein grosses Risiko eines Rückfalls und somit eines erneuten Klinikaufenthaltes bestehe. Der Beschwerdeführerin seien jedoch andere Tätigkeiten zumutbar. Sie möchte unbedingt wieder arbeiten, wenn es ihr bessergehe. Sie habe gemerkt, dass sie sich im Kontakt mit Tieren sehr wohl fühle. Es dürfe sich dabei nicht um kognitiv anspruchsvolle Arbeit handeln. Es solle eine Arbeit ohne Druck und Leistungserwartungen sein. Diese Tätigkeit sei für ca. 2 bis 3 Stunden mit schrittweiser Steigerung möglich. Es müsse aber mit Einschränkungen gerechnet werden.

5.5 Im Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2016 (IV-Nr. 22, S. 10 ff.) werden die im Kurzbericht vom 23. August 2016 (IV-Nr. 17) gestellten Diagnosen bestätigt. J.\_\_\_\_, Leitende Psychologin, und lic. phil. K.\_\_\_\_, Psychologin, führten in ihrem Bericht aus, bei Eintritt sei die Beschwerdeführerin angetrieben, aber auch depressiv, in Angst und leicht durch äussere, störende Ereignisse zu irritieren gewesen. Es sei für sie sehr schwierig, sich von äusseren Einflüssen abzugrenzen. Psychotherapeutisch sei es hauptsächlich um die Auseinandersetzung mit affektiver Instabilität, mit Irritierbarkeit, mit Impulsivität und mit starken, affektiven Durchbrüchen gegangen. Ein wichtiges Thema sei auch das Gefühl fehlenden Angenommen-Seins gewesen. Es zeigten sich Muster von

starker Orientierung auf äussere Einflüsse, die mangels Grenzen und Distanzierungsmöglichkeiten die Patientin sehr schnell überfluten und in starke Emotionen versetzten. Dabei versuchte sie durch eine Einflussnahme auf die äusseren Bedingungen und Streben nach harmonischen Bedingungen diese mangelnden Distanzierungsmöglichkeiten zu kompensieren. Im Verlauf der Behandlung stabilisierte sich die Beschwerdeführerin zunehmend. Stimmungsschwankung und affektive Durchbrüche reduzierten sich. Es gelang ihr, von äusseren Irritationen Abstand zu gewinnen und sich besser von Geschehnissen in ihrer sozialen Umgebung zu distanzieren. Die Patientin konnte stattdessen mehr ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und auf diese achten. Sie konnte sich besser angenommen fühlen ohne dafür der völligen Übereinstimmung zur sozialen Umgebung zu bedürfen. Gleichzeitig blieb die gewonnene Abgrenzungsfähigkeit und die Möglichkeit, starke Emotionen zu regulieren, noch recht fragil, so dass belastende, komplexe Aussenreize schnell wieder zu starken emotionalen Ausschlägen führen konnten. Insgesamt zeige sich dennoch eine deutliche Verbesserung der Symptomatik. Die Beschwerdeführerin wirkte bei Austritt stabiler, zuversichtlicher und strukturierter.

5.6 In ihrem Bericht vom 24. April 2017 (IV-Nr. 40) führten die behandelnden Psychologen der Beschwerdeführerin, H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_, aus, die Beschwerdeführerin habe wie geplant im Januar 2017 den Arbeitsversuch auf dem Pferdehof gestartet. Leider habe die vereinbarte Steigerung bis auf 50 % bis Anfang April 2017 nicht erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor bemüht, das neu geplante Ziel bis Anfang Juli 2017 zu erreichen und das Pensum schrittweise bis auf 70 - 80 % zu erhöhen. Sie sei nach wie vor schnell überfordert und falle immer wieder in Tiefs, in denen sie sich erschöpft, haltlos und einsam fühle. Es falle ihr teilweise schwer, sich abzugrenzen und die vielen Eindrücke zu verarbeiten. Es gelinge ihr sehr schlecht, abends abzuschalten. Sie berichte über Schlafstörungen und einen nicht erholsamen Schlaf. Des Weiteren berichte die Beschwerdeführerin, sie könne sich nach wie vor schlecht abgrenzen. Sie nehme alles auf und habe Mühe, es zu verarbeiten. Sie brauche immer wieder Ruhezeiten. Aktuelle Beziehungen seien oft schwierig und problematisch. Sie fühle sich oft alleine, überfordert und unverstanden. Das Leben sei für sie ein Kampf. Sie habe in letzter Zeit oft Suizidgedanken, verneine aber glaubhaft, sich etwas anzutun. Das würde sie sich nicht trauen. Sie leide unter Gedankenkreisen, Schlafstörungen, starken Stimmungsschwankungen, innerer Unruhe und fühle sich schnell überfordert und erschöpft. Die behandelnden Psychologen raten nach wie vor dringend davon ab, dass die Beschwerdeführerin auf ihren angestammten Beruf zurückkehrt.

5.7 Gemäss Notfallbericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 12. April 2017 (IV-Nr. 48, S. 1 f.) war die Beschwerdeführerin am 4. April 2017 wegen eines Suizidversuchs auf der Notfallstation in Behandlung. Diagnostiziert wurde eine Intoxikation mit 15 mg Temesta in suizidaler Absicht, wobei sich die Beschwerdeführerin nicht von der Suizidalität distanzieren könne.

5.8 Gemäss Aktennotiz von RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2017 (IV-Nr. 46) präsentierte sich die Beschwerdeführerin rund sechs Wochen nach ihrem Suizidversuch recht optimistisch, sie habe auch ganz neu das Pensum auf dem Reithof auf 70 % aufgestockt. Im Antrieb wirke die Versicherte leicht beschleunigt, etwas dramatisierend, narzisstische Anteile erkennen lassend. Ihre Aussagen seien jedoch kohärent, die Führung des Gesprächs sei problemlos möglich, die Versicherte gehe auf die Argumente ein. Sie

betone jedoch mehrfach, sie müsse auf sich achten, ihren eigenen Weg finden. Es werde vereinbart, dass keine Intensivierung der Psychotherapie und kein Einsatz von Psychopharmaka gefordert werden, solange der weitere Eingliederungsprozess vorankomme und die Versicherte dafür genügend stabil sei.

5.9 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 9. Februar 2018 (IV-Nr. 88.1) folgende Diagnosen fest:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (ICD-10 F60.31)
- Prämenstruelles Syndrom mit psychischer Symptomatik (ICD-10 N94.3)
- Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4).
- Verdacht auf atypische Anorexia nervosa (ICD-10 F 50.1), differentialdiagnostisch nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.9)

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 31. Januar 2018 sei die Versicherte wach und das Bewusstsein ungetrübt gewesen. Die Orientierung sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person voll gegeben. Während der Untersuchung bestünden keine Auffassungsstörungen. Die Aufmerksamkeit sei anfänglich normal, beginne aber über die Untersuchungszeit hinweg leicht abzufallen. Die Konzentration sei nicht vermindert. Die Merkfähigkeit über eine Zeitspanne von zehn Minuten sei unauffällig. Das Gedächtnis sei intakt, das Zeitgitter aber leicht gestört. Der Gedankengang sei kohärent und nachvollziehbar. In der Untersuchung finde sich ein leichtes Misstrauen, welches sich über die Untersuchungszeit normalisiere. Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen bestünden keine. Auch seien keine spezifischen phobischen Ängste festzustellen. Selten komme es aber im Rahmen von emotionalen Krisen zu Paniksymptomen wie Schwindel, Schweissausbrüchen und Übelkeit. Es zeigten sich keine inhaltlichen Denkstörungen. Ich-Störungen und Sinnesstörungen würden von der Versicherten verneint. Der Affekt sei in Mittellage, die Stimmung sei aber äusserst labil und zeige eine verstärkte Schwingungsfähigkeit. Die Hedoniefähigkeit sei unauffällig. Es bestünden eine leicht bis mittelgradige Hoffnungslosigkeit und mittel ausgeprägte Zukunftsängste. Insuffizienz- und Schuldgefühle seien mit leichter bis mittlerer Ausprägung vorhanden. Motorisch sei die Versicherte in der Untersuchung ruhig. Sie zeige eine situationsadäquate Mimik und Gestik. Spezifische motorische Auffälligkeiten seien nicht zu beobachten. Gleichzeitig zeige sie während der gesamten Untersuchungszeit eine leichte Anspannung. Der Antrieb sei normal bis leichtgradig vermindert, zeige aber ausgeprägte Schwankungen mit der Stimmung. Die Erschöpfbarkeit sei mittelgradig erhöht. Der Blickkontakt sei situationsadäquat und unauffällig. Circadiane Schwankungen im Affekt und im Antrieb bestünden kaum. Es sei nur eine sehr leichte Antriebsminderung am Vormittag festzustellen. Kein wesentlicher sozialer Rückzug. Der Appetit sei leicht vermindert bei konstantem Gewicht. Das Gewicht schätze die Versicherte auf ca. 58 kg, was auch dem klinischen Eindruck entspreche. Bei einer Körpergrösse von 177 cm würde dies einem BMI von 18,5 entsprechen. Zurzeit bestünden unter 500 mg Redormin keine wesentlichen Ein- oder Durchschlafstörungen. Ein Erholungsgefühl durch den Schlaf sei vorhanden. Keine wesentliche Tagesmüdigkeit. Die Versicherte berichte über rezidivierende Todes- und Suizidgedanken bereits seit vielen Jahren. Bisher sei es jedoch nur zu einem Suizidversuch durch Intoxikation im Frühjahr 2017 gekommen. Zum Untersuchungszeitpunkt sei die Versicherte glaubhaft von jeglichen suizidalen Handlungen oder anderen selbstgefährdenden Handlungen distanziert.

5.10 Gemäss Stellungnahme vom 11. April 2018 von RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten (IV-Nr. 92) seien die Ausführungen des Gutachters nachvollziehbar abgeleitet aus Anamnese und Befunden und seien schlüssig. Auf das Gutachten könne abgestellt werden, wobei die sehr exakten Angaben zur Arbeitsfähigkeit etwas relativiert werden sollten, da gewisse Schwankungen zur Problematik der Versicherten gehörten und derart präzise Zahlenangaben angesichts der nicht zu vermeidenden Unschärfe in einer psychiatrischen Beurteilung ohnehin kaum begründbar seien. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit höchstens 20 % betrage. In einer optimal angepassten Tätigkeit mit sehr beschränkten zwischenmenschlichen Interaktionen betrage die Arbeitsfähigkeit 40 - 50 %. In depressiven Phasen liege die Arbeitsfähigkeit naturgemäss tiefer, könne sogar vollständig aufgehoben sein, doch könne dies aus Sicht des RAD nicht berücksichtigt werden, da die Versicherte nicht bereit sei, die in solchen Situationen gemäss fachlicher Leitlinien klar angezeigte Medikation mit Antidepressiva einzunehmen. Diesen käme im Übrigen bei einem langfristigen Einsatz auch eine prophylaktische Bedeutung zu. Der zeitliche Ablauf lasse sich aus den Akten ableiten. Die depressive Episode von Herbst 2015 führte zu einer stationären Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_. In diesem Zusammenhang wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 27. Februar 2016 attestiert. Zum Zeitpunkt des Austritts am 18. Februar 2016 war die depressive Episode weitgehend remittiert. Nach Dr. med. F.\_\_\_\_ bestehe sei März 2016 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 %. In einer Verweistätigkeit bestehe dagegen eine Arbeitsfähigkeit von 40 - 50 % seit März 2016.

In seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2020 (IV-Nr. 115) bestätigt Dr. med. F.\_\_\_\_ seine anlässlich der Stellungnahme vom 11. April 2018 getätigten Ausführungen.

5.11 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 112) aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei immer noch instabil. Sie habe einerseits gute Tage, andererseits führten emotionale Belastungen und insbesondere Situationen, in welchen sie zu vielen Aussenreizen ausgesetzt sei, rasch zur Verschlechterung der Stimmung und des Affektes, was jeweils in ausgeprägtem Erschöpfungsgefühl münde. Aktuell wirke die Beschwerdeführerin ruhig und in der Stimmungslage ausgeglichen, Gedankengänge geordnet und nachvollziehbar, die Anspannung sei jedoch spürbar, wenn belastende Situationen in der jüngsten Vergangenheit und mögliche Perspektiven für die Zukunft thematisiert werden. Es sei kurz bis mittelfristig nicht mit einer relevanten Besserung zu rechnen. Die Psychotherapie sei von der Beschwerdeführerin zurzeit beendet worden, es erfolgten alternativ medizinisch-körperzentrierte Behandlungen. Die frühere Tätigkeit als MPA sei ihr nicht mehr zumutbar. An guten Tagen könne die Beschwerdeführerin in einer angepassten, reizarmen Tätigkeit wohl zwei Stunden arbeiten. Aufgrund der erhöhten Irritabilität bei Aussenreizen und emotionaler Belastung komme es aber immer wieder zu starken Einschränkungen und Erschöpfungsgefühl, weswegen die Beschwerdeführerin wohl nicht regelmässig eine konstante Leistung über einen gewissen Zeitraum erbringen könne. Die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt werde dadurch stark erschwert. Im Haushalt bestünden keine wesentlichen Einschränkungen.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 stützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen.

6.1 Das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ erfüllt grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.3). Die Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 81.1, S. 3 ff.) und den persönlichen Untersuchungen, die am 31. Januar 2018 stattgefunden haben. Des Weiteren besteht eine ausreichende Dokumentation der Anamnese. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch den Gutachter berücksichtigt und in seine Beurteilung einbezogen. Das Gutachten konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Der Gutachter gibt jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Dr. med. E. \_\_\_ diskutiert dabei ausführlich die in Frage kommenden Diagnosen und deren Kriterien (IV-Nr. 81.1, S. 21 ff.) und begründet seine Diagnosestellung einleuchtend: Bei der Beschwerdeführerin bestünden mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter Auffälligkeiten und Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Interaktion. Hierbei zeige sich bereits seit damals ein immer wiederkehrendes auffälliges Interaktionsmuster, welches in der Folge auch bereits vor der Dekompensation im Jahr 2015 zu sich immer wiederholenden zwischenmenschlichen Problemen im beruflichen und privaten Bereich geführt habe. So habe die Versicherte durchgehend einen Hang zu impulsiven und unerwarteten Entscheidungen, und sie gerate leicht in Konflikte mit anderen. Teilweise führe dies auch zu explosivem Verhalten. Weiter bestehe mit deutlicher Ausprägung eine unbeständige und launische Stimmung im Sinne einer ausgeprägtesten Stimmungs labilität. Zudem bestehe eine Unsicherheit bezüglich des Selbstbildes und der inneren Ziele im persönlichen wie im nach aussen gewandten Bereich. Ebenso zeigten sich durchgängig meist instabile, aber intensive Beziehungen mit erheblicher Problematik in der Nähe- Distanz- Regulation sowie zum Teil selbstschädigendes Verhalten im sexuellen Bereich. Drohende Beziehungsabbrüche führten immer wieder zu emotionalen Krisen. Darüber hinaus bestehe ebenfalls seit geraumer Zeit ein Gefühl der inneren Leere mit Sinnlosigkeitserleben. Das hier beschriebene Muster lasse sich mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter nachvollziehen und dokumentiere sich auch in diversen Arbeitsplatzkonflikten sowie im Beziehungsleben der Versicherten. Nach den Kriterien des ICD-10 erfülle die Beschwerdeführerin somit fast alle Kriterien für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ. In der Vorgeschichte wurde in verschiedenen ärztlichen Dokumenten häufig von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung oder entsprechenden kombinierten akzentuierten Persönlichkeitszügen gesprochen. Hierin hatte die emotional instabile Persönlichkeitsstörung bereits eine Repräsentanz. Zusätzlich wurden jedoch häufig auch eine histrionische und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitszüge diskutiert. In der gutachterlichen Untersuchung fänden sich keine sicheren Hinweise, welche über die sicher feststellbare emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ hinaus für das Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung im Sinne der Kriterien des ICD-10 sprechen würden. In den Akten werde teilweise auf das theatralische Verhalten hingewiesen. In der aktuellen gutachterlichen Untersuchung zeigte sich dies jedoch nicht, wogegen die emotionale Instabilität deutlich festzustellen gewesen sei. Weiter konnte keine erhöhte Suggestibilität festgestellt werden. Auch lasse sich weder in der Anamnese noch in der gutachterlichen Untersuchung eine Tendenz der Versicherten zu ständigen aufregenden Ereignissen mit dem Bedürfnis, dort im Mittelpunkt zu stehen, feststellen. Zudem finde sich auch keine übermässige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Attraktivität. Bezüglich einer in den Akten diskutierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung könne gutachterlich auch kein

Hinweis festgestellt werden, welcher nicht bereits mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und den anderen, weiter unten gestellten psychiatrischen Erkrankungen, erklärbar wäre. So finde sich kein spezielles Grössengefühl bezüglich der eigenen Bedeutung. Auch existierten keine Phantasien von besonderem Erfolg, Macht, Brillanz oder Schönheit. Ebenso sei bei der Beschwerdeführerin kein übermässiges Bedürfnis nach Bewunderung oder einer aufgrund ihrer Besonderheit ihr gebührenden spezifischen Behandlung festzustellen. Auch ein Empathiedefizit sei nicht nachweisbar. Weiter fehlten arrogante und hochmütige Verhaltensweisen. Abschliessend könne somit aus gutachterlicher Sicht insgesamt eindeutig eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ festgestellt werden, wogegen es aus gutachterlicher Sicht darüber hinaus keine sicheren Hinweise für weitere Persönlichkeitsstörungen gebe.

Des Weiteren legt der Gutachter nachvollziehbar dar, dass aus psychiatrischer Sicht zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung zwei weitere Erkrankungen bei der Beschwerdeführerin bestehen. So fänden sich einerseits in der Geschichte der Versicherten sich mehrfach wiederholende Perioden mit der Dauer von mehr als zwei Wochen, in denen eine dauerhaft deutlich abgesenkte Stimmung, ein Interessens- und Freudeverlust, ein verminderter Antrieb sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit vorlagen, welche mit verstärkten Suizidideen, Verminderung des Selbstwertgefühls, zusätzlichen Denk- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Appetitstörungen einhergingen. Diese Auffälligkeiten traten mehrmals in der Geschichte der Versicherten zusätzlich zu den starken emotionalen Schwankungen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ auf und grenzten sich von dem in dieser Periode dauerhaft abgesenkten Affekt im Gegensatz zu dem sonst stark schwankenden Affekt klar ab. Aus gutachterlicher Sicht müsse daher die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Zum Begutachtungszeitpunkt seien neben den affektiven Symptomen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung selbst jedoch keine zusätzlichen depressiven Symptome vorhanden, welche zum Zeitpunkt der Begutachtung eine aktuelle depressive Episode diagnostizieren liessen. So befinde sich der Affekt in Mittellage bei jedoch stark schwankender Stimmung, was allerdings durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ vollständig erklärt werde. Auch finde sich kein Interessens- oder Freudeverlust, und auch der Antrieb sei nicht wesentlich vermindert. Somit sei aus gutachterlicher Sicht zum Begutachtungszeitpunkt eine rezidivierende depressive Störung, zurzeit remittiert, festzustellen. Anzumerken sei, dass aufgrund mehrerer Episoden in der Vergangenheit die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen depressiven Episoden bei der Beschwerdeführerin klar als erhöht einzustufen sei. Neben dieser Symptomatik einer rezidivierenden depressiven Störung finde sich nun bereits seit vielen Jahren ein stark schwankender Affekt direkt vor dem Menstruationszyklus, welcher mit starker Reizbarkeit und Verstärkung der Stimmungslabilität der Persönlichkeitsstörung verbunden sei. Diese sich periodisch immer wieder verstärkende Symptomatik mit dem Zyklus entspreche einem klassischen prämenstruellen Syndrom mit vorwiegend psychischer Symptomatik.

Der Gutachter attestierte der Beschwerdeführerin entsprechend den krankheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen für die angestammte Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin in einer Allgemeinarztpraxis eine Arbeitsfähigkeit von 18 % und für eine optimal angepasste Tätigkeit eine solche von 48 %. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. A.S. 13) begründet der Gutachter seine Annahme schlüssig und

nachvollziehbar: So sei in der angestammten Tätigkeit nur mit einer täglichen zeitlichen Belastbarkeit von ca. eineinhalb Stunden zu rechnen. Dies würde bei einer angenommenen 42 Stundenwoche bei 100 % einer zeitlichen Arbeitsleistung von knapp 18 % entsprechen. In diesem zeitlich stark begrenzten Rahmen bestehe keine zusätzliche Leistungsminderung, wogegen bei einer darüberhinausgehenden Arbeitszeit mit einer immer weiter zunehmenden Leistungsminderung gerechnet werden müsste. Des Weiteren wäre bei höherer zeitlicher Belastung neben den schon erwähnten hierdurch bedingten Leistungseinbussen zusätzlich damit zu rechnen, dass die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit nicht über längere Zeit durchhalten könnte und es erneut zu einer depressiven Symptomatik mit dann hieraus hervorgehender Aufhebung der Arbeitsfähigkeit kommen würde. Für eine angepasste Tätigkeit müsste von einer ca. vierstündigen Belastbarkeit pro Tag, aufgeteilt in 2 x 2 Stunden mit längerer Pause dazwischen, ausgegangen werden. Dies würde bei einer angenommenen Sollarbeitszeit von 42 Stunden in der Woche einer zeitlichen Arbeitsfähigkeit von insgesamt 20 Stunden in der Woche entsprechen, was einer knapp 48%igen zeitlichen Arbeitsfähigkeit entsprechen würde. Bei dieser zeitlichen Belastung bei einer Arbeit ohne wesentliche zwischenmenschliche Interaktion oder andere emotionale Belastungen, müsste zum Begutachtungszeitpunkt mit keiner wesentlichen zusätzlichen krankheitsbedingten Leistungseinschränkung gerechnet werden. Weshalb solche präzisen Zahlenangaben in einer psychiatrischen Beurteilung kaum begründbar sein sollten, wie von RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 11. April 2018 (IV-Nr. 92) vorgebracht, leuchtet nicht ein, zumal es plausibel ist, dass der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit aufgrund ihrer Einschränkungen eine tägliche zeitliche Belastbarkeit von ca. vier Stunden zugemutet werden kann. Bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden und der Annahme, die Beschwerdeführerin könne 20 Stunden in der Woche einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, ergibt dies eben gerade eine Arbeitsfähigkeit von 48 %.

Auch der von Dr. med. E. \_\_\_ umschriebene zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter aus, es sei aus gutachterlicher Sicht bereits seit Eintritt in den Arbeitsmarkt von einer durch die Persönlichkeitsstörung verursachten Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % auszugehen. Eine genaue zeitliche Rekonstruktion mit genauen Prozentangaben sei jedoch für die Zeit ab der Adoleszenz bis heute nicht mehr möglich. Bei den psychischen Zusammenbrüchen im Jahr 2012 und 2015 verstärkte sich jeweils die Problematik durch die hinzukommende depressive Episode. Bei beiden Ereignissen sei eine volle Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Ereignisses und in der direkten Zeit danach aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar. Für den psychischen Zusammenbruch im Jahr 2015 müsse zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine mindestens mittelgradige depressive Episode angenommen werden. Auf der Grundlage der Akten und den Symptomverlaufsschilderungen der Versicherten bei der Begutachtung könne von einer vollständigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit ab dem Datum der Krankschreibung im Herbst 2015 bis mindestens Anfang 2016 ausgegangen werden. Während des Klinikaufenthalts von Mitte Januar bis Ende Februar 2016 wurde von der Klinik G. \_\_\_ in ihrem Austrittsbericht keine wesentliche, damals noch präsente depressive Symptomatik mehr geschildert. Die Versicherte schildere dagegen eine zwar deutlich verbesserte, jedoch noch vorhandene depressive Symptomatik. Eine ebenfalls weitgehend zurückgegangene depressive Symptomatik wurde seitens des RAD am 25. April 2016 im Rahmen der Früherfassung der IV dokumentiert. Aus gutachterlicher Sicht erscheine es daher

wahrscheinlich, dass von Anfang 2016 bis Sommer 2016 eine ähnliche Arbeitsfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit vorlag, wie dies zum Begutachtungszeitpunkt heute der Fall sei. Im Sommer 2016 sei es dann nochmals zu einem depressiven Einbruch gekommen. Von dem erneuten Klinikaufenthalt vom 27. Juni bis zum 20. August 2016 in der Klinik C.\_\_\_\_ sei über eine manifeste mittelgradige depressive Episode berichtet worden. Es müsse aus gutachterlicher Sicht somit bereits in den Wochen vor Klinikeintritt mit einer erneuten vollständigen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden. Nach Austritt aus der Klinik sei die depressive Symptomatik deutlich gebessert, jedoch noch nicht vollständig überwunden worden. Nach Schilderungen der Beschwerdeführerin sistierten dann die zentralen depressiven Symptome im Herbst 2016 weitgehend, sodass hier wieder mit etwa der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf gerechnet werden könne, welche auch zum Begutachtungszeitpunkt bestehe. Das Jahr 2017 zeigte dann einen wechselhaften Verlauf mit teilweise starken Schwankungen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung mit einem Suizidversuch im Frühjahr 2017. Zu diesen Schwankungen existierten jedoch keine exakten zeitlichen Zuordnungen, sodass der exakte zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit nicht rekonstruierbar sei. Aus gutachterlicher Sicht müsse somit für das Jahr 2017 mit einer schwankenden Arbeitsfähigkeit zwischen der oben für den Begutachtungszeitpunkt hergeleiteten Arbeitsfähigkeit und einer darüberhinausgehenden Einschränkung gerechnet werden. Der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einem optimal angepassten Arbeitsplatz würde den gleichen Verlauf nehmen, wie dies für den angestammten Arbeitsplatz geschildert worden sei.

6.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1)Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a)Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Hierzu ist auf die vorgehend unter E. II. 6.1 gemachten Ausführungen zu verweisen. Dr. med. E. \_\_\_ diskutiert darin ausführlich die Ausprägung der Befunde und die Einschränkungen in den verschiedenen Bereichen. So seien aus gutachterlicher Sicht sowohl die Arbeitslosigkeit als auch die geschilderte, sich immer wiederholende Problematik an verschiedenen Arbeitsplätzen der Vergangenheit als Krankheitsfolgen zu betrachten. Die auffällige Arbeitsanamnese sei aus gutachterlicher Sicht im Wesentlichen auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ und deren Auswirkungen zurückzuführen. In der gutachterlichen Untersuchung fanden sich keine Hinweise, welche auf eine Aggravation oder Simulation hindeuten würden.

Sodann ist auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich geht aus dem Gutachten hervor, eine eigentliche Psychopharmakabehandlung der Beschwerdeführerin habe nach anfänglichen negativen Erfahrungen mit Nebenwirkungen nicht mehr stattgefunden. Bezogen auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ sei diese auch nicht primär pharmakologisch zu behandeln, sondern psychotherapeutisch, sodass hierfür das Fehlen einer Pharmakotherapie für den Verlauf eine untergeordnete Bedeutung habe. Anders sehe es jedoch für die depressiven Episoden aus. Diese seien nach Schilderung der Versicherten mindestens mittelgradig gewesen. Nach entsprechenden Behandlungsleitlinien wäre daher eine antidepressive Therapie indiziert gewesen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte grundsätzlich eine antidepressive Therapie die Dauer der depressiven Phasen verkürzt. Ob dies jedoch mit dem ersten Medikament erreichbar gewesen wäre, oder ob verschiedene Medikamente aufgrund von Wirksamkeit und Nebenwirkungen hätten durchprobiert werden müssen, könne rückwirkend nicht ausgesagt werden. Weiter fanden zwei stationäre Behandlungen statt. Beide Kliniken seien für die paramedizinische Ausrichtung ihrer Therapie bekannt. Entsprechend seien dort auch keine für die Erkrankungen in den regulären Behandlungsleitlinien psychotherapeutisch oder pharmakologisch vorgesehenen Behandlungsschritte erfolgt, sondern wesentlich paramedizinische Behandlungen und Therapien aus dem naturmedizinischen und esoterischen Bereich. Diese könnten jedoch nicht auf der Grundlage der Behandlungsleitlinien für depressive Erkrankungen oder emotional instabile Persönlichkeitsstörungen beurteilt werden, da hierzu keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vorlägen. Nach dem letzten Spitalaufenthalt erfolgte bis auf die schlafunterstützende Therapie mit Redormin im Wesentlichen eine psychotherapeutische Behandlung. Nach Angaben der Versicherten bestand diese im Wesentlichen in Gesprächen über die aktuellen Probleme. Spezifische Behandlungselemente bezogen auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ, wie Skilltraining oder andere spezifische Therapieelemente, könne die Versicherte bei der Begutachtung auf Nachfrage nicht berichten, sodass diese spezifischen

Therapieelemente bis heute nicht Schwerpunkt der Therapie gewesen sein können, was jedoch nach den Leitlinien zu empfehlen wäre.

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen 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. 429 f.). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, zum Zeitpunkt der Begutachtung spiele bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ und erst in zweiter Linie das prämenstruelle Syndrom eine Rolle. Allerdings verstärke das prämenstruelle Syndrom einige Symptome der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ zusätzlich, sodass sich in dieser Zeit jeweils eine verstärkte Symptomatik mit verstärkter Auswirkung auf die Funktionen einstelle. Ohne eine andere Erkrankung mit gegenseitiger Verstärkung hätte dagegen das prämenstruelle Syndrom nur einen geringen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt stelle sich die rezidivierende depressive Störung dar, da sie zum Zeitpunkt der Begutachtung remittiert sei. Aufgrund der Vorgeschichte erschienen jedoch aus gutachterlicher Sicht auch in der Zukunft erneut auftretende depressive Episoden sehr wahrscheinlich. In Zeiten von depressiven Episoden senke sich zusätzlich zu den Funktionseinschränkungen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ der Affekt deutlich ab, und der Antrieb vermindere sich dauerhaft stark. Hierdurch senke sich das Funktionsniveau noch einmal erheblich ab. Meist sei mit einer vollständigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit bei Überlagerung der depressiven Symptomatik und der Borderline Symptomatik zu rechnen. Bezüglich dem Verdacht auf eine Essstörung liege zum Begutachtungszeitpunkt ebenfalls kein erkennbarer negativer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. In der Vergangenheit sei jedoch teilweise von einem deutlich stärker ausgeprägten Untergewicht berichtet worden, als dies zum Zeitpunkt der Begutachtung der Fall gewesen sei. Falls sich das Körpergewicht erneut stark absenken würde, würde sich dies auf die körperliche Leistungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit zusätzlich negativ auswirken.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) geht aus dem Gutachten hervor, die wesentlichen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen entstünden in erster Linie durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ. Das ebenfalls unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführte prämenstruelle Syndrom zeige periodisch vor der Menstruation eine verstärkte Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit und verstärke die bereits vorhandenen Symptome der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ. Insgesamt trage das prämenstruelle Syndrom jedoch nur geringfügig zu den Einschränkungen bei. Der weit überwiegende Teil werde dagegen durch die Persönlichkeitsstörung verursacht. Die Persönlichkeitsstörung sei eine Erkrankung, die bereits seit der Adoleszenz bestehe, und durch die auch bereits seit damals durchgehend Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Bereich festzustellen seien. So führte die Problematik der Persönlichkeitsstörung über die Arbeitsanamnese hinweg immer wieder zum Stellenverlust und zu erheblichen Konflikten mit der Umwelt und im privaten Bereich zu einem sehr

wechselnden Beziehungsleben sowie zu starken affektiven Schwankungen mit wiederkehrenden Suizidgedanken. Die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung könnten allerdings je nach Setting und Umständen zu- oder abnehmen. So sei aus gutachterlicher Sicht eine verstärkte Funktionsbeeinträchtigung durch die Persönlichkeitsstörung mindestens seit 2015 anzunehmen. Aus der Persönlichkeitsstörung heraus entstünden Schwierigkeiten in der Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Gruppenfähigkeit sowie in der Pflege intimer und familiärer Beziehungen. Darüber hinaus sei besonders stark die Selbstbehauptungsfähigkeit betroffen. Die Stärke der Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sei wiederum stark vom Arbeitskontext abhängig. Je mehr zwischenmenschliche Interaktion oder komplexere Beziehungsgefüge am Arbeitsplatz bestünden, desto stärker sei die Durchhaltefähigkeit an diesem Arbeitsplatz durch die Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Die Einschränkung der Durchhaltefähigkeit werde periodisch vor der Menstruation nochmals durch das prämenstruelle Syndrom verstärkt. Bezogen auf den angestammten Arbeitsplatz als medizinische Praxisassistentin in einer Allgemeinarztpraxis mit herausfordernder Patientenklientel sei momentan von einer erheblichen Einschränkung der Durchhaltefähigkeit auf der Grundlage der Persönlichkeitsstörung auszugehen. Die Versicherte dekompenzierte psychisch im Herbst 2015 und nahm danach in ihrem angestammten Beruf keine wesentliche Arbeitstätigkeit mehr auf. Die damalige Dekompensation und die Folgen der Arbeitsunfähigkeit waren jedoch nicht alleine durch die Persönlichkeitsstörung bedingt. Damals habe auch eine mindestens mittelgradige depressive Episode bestanden, welche einen zusätzlichen negativen Einfluss auf die bereits oben erwähnten, durch die Persönlichkeitsstörung eingeschränkten Funktionsbereiche nahm, sodass zum damaligen Zeitpunkt noch eine wesentlich höhere Funktionsbeeinträchtigung angenommen werden müsse. Grundsätzlich sei die Beschwerdeführerin in der zwischenmenschlichen Interaktion im privaten und im beruflichen Bereich durch die Persönlichkeitsstörung eingeschränkt. Es könne bei der Versicherten wesentlich leichter zu für andere plötzlichen und unnachvollziehbaren emotionalen Reaktionen kommen. Weiter müsse von einem dysfunktionalen Interaktionsverhalten insbesondere mit wichtigen Bezugspersonen ausgegangen werden, wodurch hier immer wieder Konfliktfelder entstünden, welche die Beschwerdeführerin leicht psychisch dekompensieren lassen. Auch bereiteten die starken Affektschwankungen der Persönlichkeitsstörung im beruflichen Kontext in Situationen der Zusammenarbeit mit Teams und Patienten deutliche Schwierigkeiten. Insofern sei die Kommunikationsfähigkeit zwar auf der rein sprachlichen Ebene nicht eingeschränkt, die emotionale Interaktion sei jedoch durch die Persönlichkeitsstörung gestört und führe so immer wieder zu Konflikten mit anderen Personen.

Zum sozialen Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist dem Gutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe aufgrund ihrer Erkrankung ein eher kleines soziales Netzwerk. Die wichtigsten Bezugspersonen für die Versicherte seien ihre beiden wesentlich älteren Partner, wobei der eine Partner ihr Nachbar im Mietshaus sei und der andere Partner in [...] wohne. Diese Beziehungen seien einerseits zwar die wichtigste soziale Ressource der Versicherten, andererseits sei sie von dieser Interaktion stark abhängig. Jede Unklarheit oder Unsicherheit in diesen Beziehungen führe bei der Beschwerdeführerin zu heftigsten Affektschwankungen. Kognitiv erscheine die Versicherte an sich nicht wesentlich eingeschränkt und sei in der Vergangenheit auf Arbeitsplätzen auf der rein kognitiven

Ebene scheinbar auch gut fähig gewesen, die Anforderungen zu erfüllen. Die Schwierigkeiten lagen dagegen im zwischenmenschlichen Bereich. Die guten kognitiven Ressourcen setze die Versicherte momentan im Wesentlichen zur Verfeinerung ihrer Ernährung und zur Vermehrung ihres Wissens hierüber sowie für diverse paramedizinische Techniken und Verfahren ein. Zusätzliche noch nicht mobilisierte Ressourcen im sozialen Netzwerk der Versicherten seien nicht erkennbar.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, aus gutachterlicher Sicht ergäben sich keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen, dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation, der Aktenlage und den angegebenen Alltagsaktivitäten. Die aktuellen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen würden im Wesentlichen durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ verursacht, und im wesentlich geringeren Ausmass zusätzlich durch das prämenstruelle Syndrom verstärkt.

Beim Indikator behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung zu berücksichtigen. Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, die Versicherte selbst berichte in Übereinstimmung mit der Aktenlage, dass nur zu Beginn Versuche einer medikamentösen Behandlung der depressiven Symptomatik unternommen worden seien, welche sie jedoch selbst aufgrund von empfundenen Nebenwirkungen sehr schnell wieder abgesetzt habe. Ähnliches galt für andere medikamentöse Behandlungsversuche. Auch aus dem Jahr 2017 werde in den Akten berichtet, dass die Beschwerdeführerin eine ihr vorgeschlagene Pharmakotherapie abgelehnt habe, da sie Angst vor Nebenwirkungen habe. Um welche Pharmakotherapie es sich hierbei jedoch handelte, sei weder den Akten zu entnehmen, noch könne die Versicherte dies berichten. Die Beschwerdeführerin selbst habe ein stark alternativmedizinisch geprägtes Weltbild, in dem klassische Psychopharmaka mit grossen Ängsten und Befürchtungen besetzt seien. Die Ablehnung einer psychopharmakologischen Behandlung sei aus gutachterlicher Sicht zum Teil auch mit diesem Weltbild zu erklären. Weiter werde bezüglich des Jahres 2017 berichtet, dass die Versicherte gegen den Rat ihrer Behandler und der IV die Frequenz der therapeutischen Sitzungen von wöchentlich auf zweiwöchentlich geändert habe, da sie die wöchentliche Frequenz in Kombination mit der Integrationsmassnahme und dem Jobcoach als zu viel wahrgenommen habe. Bezogen auf die Zeiten mit einem klaren zusätzlichen Vorliegen einer depressiven Episode im Sinne des ICD-10 wäre die Behandlung mit einem antidepressiven Medikament wahrscheinlich krankheitsphasenverkürzend bezüglich der depressiven Symptomatik gewesen. Ob dies jedoch bereits mit dem ersten Medikament erreicht worden wäre, oder ob mehrere Medikamente wegen Verträglichkeit oder Wirksamkeit hätten durchprobiert werden müssen, könne rückwirkend nicht geklärt werden. Bezüglich der Haupterkrankung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ wäre der medikamentöse Einfluss jedoch sehr gering gewesen und hätte höchstwahrscheinlich den Verlauf der hierdurch verursachten Funktionseinschränkungen kaum verändert. Ob dies eine höhere psychotherapeutische Sitzungsfrequenz hätte verbessern können, könne rückblickend nicht sicher beurteilt werden, läge jedoch im Bereich der Möglichkeit, insbesondere, wenn störungsspezifische Techniken für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ eingesetzt worden wären. Aufgrund der vorliegenden Erkrankungen bestehe bezüglich der Therapie keine krankheitsbedingte Urteilsunfähigkeit. Somit sei auch keine

krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz festzustellen.

6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind bei der Beschwerdeführerin neben wenigen ressourcenfördernden vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann.

6.4 Zusammenfassend ist bei der Beschwerdeführerin somit von einer seit September 2015 durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 48 % in einer den Leiden angepassten Tätigkeit auszugehen. In ihrer bisherigen Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin ist die Beschwerdeführerin nur noch zu 18 % arbeitsfähig.

7. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob die Beschwerdeführerin die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann.

7.1 Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Entscheid die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, dass die vom Gutachter festgestellte angepasste Tätigkeit keiner Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt entspreche. Wenn davon ausgegangen werde, dass die Beschwerdeführerin bloss noch zu Hause und ohne zwischenmenschlichen Kontakt arbeiten könne, sei offensichtlich keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorhanden.

7.2 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zugrunde zu legen ist, ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz anbelangt. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden

Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1, 8C\_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2, 8C\_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2.2, 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, 8C\_669/2013 vom 17. Januar 2014 E. 4.3.2 und 9C\_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Art und Mass dessen, was einer versicherten Person an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach ihren besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person ankommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

7.3 Gemäss den Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ sollte eine optimal angepasste Tätigkeit nur minimale Anforderungen an das Arbeiten im Team und an die zwischenmenschliche Interaktion stellen, mit einer Belastbarkeit von vier Stunden pro Tag, aufgeteilt in 2 x 2 Stunden mit längerer Pause dazwischen. Zudem erwähnt der Gutachter in seiner gutachterlichen Beurteilung die Home-Office Erwerbsarbeit als eine an die Krankheit der Beschwerdeführerin angepasste Tätigkeit. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde bringt er diese Form der Erwerbstätigkeit aber nicht als einzig mögliche Verweistätigkeit vor, sondern lediglich als ein Beispiel für eine ideal angepasste Tätigkeit. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen, so beispielsweise im Rahmen einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin im öffentlichen Dienst oder in einer Kanzlei, welche auch nur mit minimalem Kundenkontakt verrichtet werden können. Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung zur medizinischen Praxisassistentin abgeschlossen. Der Aufgabenbereich dieses Berufs ist umfassend. So beinhaltet dieser zahlreiche Tätigkeiten in der Administration, Sachbearbeitung sowie im Sekretariat, welche die Beschwerdeführerin auch ohne zwischenmenschlichen Kontakt ausüben kann. Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgeber gehörten zu den Tätigkeiten der Beschwerdeführerin in ihrer letzten Anstellung als medizinische Praxisassistentin in der Arztpraxis von Dr. med. B.\_\_\_\_ neben dem Telefonieren und dem Empfang von Patienten, welche aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung nicht mehr bzw. nur in einem geringeren Mass von der Beschwerdeführerin ausgeübt werden können, auch das Bereitstellen und Versorgen von KG-Dossiers sowie PC-Arbeiten und medizinische Korrespondenz (vgl. IV-Nr. 9, S. 5). Der Beschwerdeführerin ist es zuzumuten, ihre erlangten beruflichen Kenntnisse auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einzusetzen, da diese durchaus auch Tätigkeiten beinhalten, welche nur einen minimalen zwischenmenschlichen Kontakt erfordern und somit dem von Dr. med. E.\_\_\_\_ festgestellten Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Weitere Anforderungen, insbesondere an einen potenziellen Arbeitgeber im Umgang mit der Beschwerdeführerin, werden von Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Gutachten nicht genannt. Sicherlich bedarf es aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten und Kontaktaufnahme zu Dritten eines längeren Beziehungsaufbaus. Dieser Umstand allein vermag jedoch nicht zur Annahme führen, dass die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar wäre. Diesen Einschränkungen wird vielmehr im Rahmen des leidensbedingten

Abzugs (vgl. E. II. 10.3.2 nachstehend) Rechnung zu tragen sein. In diesem Zusammenhang hielt der Gutachter denn auch fest, dass aus gutachterlicher Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit längerfristig potenziell ausgebaut werden könnte, wenn durch eine Intensivierung der Therapie die emotionale Stabilität weiter verbessert werden könnte (IV-Nr. 88.1, S. 33). Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar wäre.

8. Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Teilpensum angestellt. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

8.1 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Nach der nunmehr am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

8.2. Hinsichtlich Statusfrage geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. April 2020 ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20 m.w.H.) ■ weiterhin einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 80 % nachgegangen wäre, wobei sie daneben noch den Haushalt erledigt hätte. Die Beschwerdeführerin war zuletzt zwar zu 70 % als medizinische Praxisassistentin in einer Arztpraxis tätig gewesen. Sie wurde aber zu einem Pensum von 80 % angestellt und hat dann aus gesundheitlichen Gründen nach drei Monaten auf 70 % reduziert (vgl. IV-Nrn. 13 und 93). Es ist daher unbestrittenermassen von einem Status von 80 % (ausserhäusliche Erwerbstätigkeit) : 20 % (Haushalt) auszugehen.

9. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der Invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 7. August 2018 (Abklärung vom 27. Juni 2018; IV-Nr. 93) ab (siehe auch die erneute Stellungnahme von Abklärungsfachfrau M. \_\_\_ vom 11. Oktober 2018; IV-Nr. 99). Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt.

9.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser 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. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C\_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C\_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2).

9.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einer Abklärungsfachfrau des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt, wobei es keinerlei Anhaltspunkte dafür gibt, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Es ist gestützt auf den Inhalt des Berichts auch davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Insbesondere das zum Zeitpunkt der Abklärung vorhandene, beweiskräftige psychiatrische

Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ wird erwähnt. Zudem werden im Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben. Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig. So wird im Bereich Ernährung keine Einschränkung attestiert. Zwar esse die Beschwerdeführerin oft bei ihrem Nachbar, welcher zugleich ihr Freund sei. Sie könne aber selber für sich kochen, wenn sie das möchte. Eine Einschränkung sei daher nicht auszumachen. Auch im Bereich der Wohnungspflege kann die Abklärungsfachfrau keine Einschränkungen feststellen. Die Reinigungsarbeiten werden grösstenteils von der Beschwerdeführerin selbst erledigt. Wenn nötig helfe ihr der Freund, welcher ab und zu bei ihr in der Wohnung zu Besuch sei. Dieser entsorge auch den Abfall. Den Hund könne sie selber füttern und pflegen. Den Einkauf könne die Beschwerdeführerin ebenfalls selbst erledigen. Bei schweren Sachen könne ihr der Freund helfen. Auch im Bereich der Wäsche und Kleiderpflege kann die Abklärungsfachfrau keine Einschränkungen feststellen. Da die Beschwerdeführerin die allermeisten Haushaltsarbeiten selber ausführen kann und die Hilfe ihres Nachbarn bzw. Freundes nur bei Bedarf (z.B. Tragen von schweren Sachen oder Hilfeleistungen bei Reinigungsarbeiten) in Anspruch nimmt, ist es schlüssig und nachvollziehbar, dass die Abklärungsfachfrau somit keine Einschränkungen im Aufgabenbereich attestiert. Dies wird auch durch die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. med. E.\_\_\_\_ bestätigt, aus welchen hervorgeht, dass sie über einen strukturierten Tagesablauf mit täglicher Zubereitung von Mahlzeiten und der Erledigung von Haushaltsarbeiten und Büroarbeiten verfügt (vgl. IV-Nr. 88.1, S. 18). Die Abklärungsfachfrau weist in ihrer Stellungnahme vom 11. Oktober 2018 (IV-Nr. 99) des Weiteren darauf hin, dass die Beschwerdeführerin allein in einer Wohnung mit ihrem Hund lebe. Sie könne laut medizinischer Einschätzung 45 % arbeiten, sodass es unwahrscheinlich sei, dass im Haushalt eine relevante Einschränkung bestehe. Sie sei körperlich und kraftmässig nicht erheblich eingeschränkt, die psychischen Leiden träten phasenweise auf. Sie könne den ganzen Tag planen oder Arbeiten auf dann verschieben, wenn es ihr bessergehe. Zudem habe sie im Umgang mit Computer, Natel, etc. kein Problem, sodass sie z.B. Lebensmittel ins Haus liefern lassen oder dann einkaufen gehen könne, wenn es weniger Leute im Geschäft habe. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die Abklärungsfachfrau nicht in der Lage gewesen sei, das Ausmass des psychischen Leidens in den damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen, kann nicht gefolgt werden, zumal sich diese in ihrer Beurteilung auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützte und ihr die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Auch kann aus der Angabe der Abklärungsfachfrau im Situationsbericht 11. Oktober 2018, wonach die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin phasenweise auftreten würden, nicht ■ wie von der Beschwerdeführerin behauptet ■ geschlossen werden, die Fachfrau habe sich nur ungenügend mit der medizinischen Aktenlage auseinandergesetzt. So hat auch Dr. med. E.\_\_\_\_ in seiner psychiatrischen Begutachtung angegeben, die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen, welche durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ hervorgerufen werden, über die Zeit schwanken und periodenweise stärker oder schwächer ausgeprägt sein können (vgl. IV-Nr. 88.1, S. 31).

9.3 Nach dem Gesagten kann auf die Angaben im Abklärungsbericht, wonach keine Einschränkungen in der Haushaltsführung vorliegen, abgestellt werden. Dies wird denn auch von Dr. med. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 112) bestätigt.

10. Es ist auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (A.S. 4 f.) einzugehen.

10.1 Gemäss den vorangehenden Ausführungen ist die Beschwerdeführerin seit dem 1. September 2015 in einer ausserhäuslichen Verweistätigkeit zu 48 % und im Haushalt zu 100 % arbeitsfähig. Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27bisAbs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird. Nach der Rechtsprechung kann die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27bisAbs. 2 bis 4 IVV in der Fassung vom 1. Dezember 2017 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_553/2017 vom 18. Dezember 2017 E. 5 und 6.2; vgl. auch IV-Rundschreiben Nr. 355 des BSV vom 31. Oktober 2016 [aktualisiert per 26. Mai 2017]). Es ist demzufolge nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 6. April 2020 je einen Einkommensvergleich für die Zeit bis zum 31. Dezember 2017 und einen solchen für die Zeit ab 1. Januar 2018 vorgenommen hat.

10.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier ab 2016 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

Wie aus den Akten hervorgeht, hat die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin in der Arztpraxis von Dr. med. B.\_\_\_\_ aus gesundheitlichen Gründen verloren, womit bezüglich des Valideneinkommens auf das dort im Jahr 2015 zu einem Pensum von 70 % erzielte Einkommen von CHF 47'450.00 abzustellen ist (vgl. IV-Nr. 9 sowie Protokoll IV-Stelle per 1. Mai 2020, S. 23, Eintrag vom 6. August 2018). Dieser Betrag ist an die Lohnentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen. Dabei ist entsprechend dem Grundsatz, dass bei der Anpassung an die Lohnentwicklung nach Geschlechtern zu differenzieren ist (BGE 129 V 408), innerhalb des Lohnindex nicht die Tabelle 1.10 (Lohnindex), sondern die Tabelle 1.2.10 (Lohnindex Frauen) heranzuziehen (2015 - 2016 [: 101.8 x 102.5]). Unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 80 % bis Ende 2017 ergibt sich somit ein Valideneinkommen von CHF 54'601.00. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2018 ergibt sich unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 100 % ein Valideneinkommen von CHF 68'251.00.

10.3

10.3.1 Da die Beschwerdeführerin bislang keine Tätigkeit in dem ihr zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Invalideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch

herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) abgestellt. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist aber aufgrund der erlernten Fähigkeiten der Beschwerdeführerin im medizinischen Bereich nicht auf den Totalwert abzustellen, sondern auf den Tabellenwert im Bereich «Gesundheits- und Sozialwesen» (LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Wirtschaftszweige 86 - 88). Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, es verbiete sich ein Abstellen auf das Kompetenzniveau 2, da sie nicht auf einen angestammten Beruf zurückgreifen könne und über keine besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse verfüge, welche ein Abstellen auf das Kompetenzniveau 2 rechtfertigen würde. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihre Lehre zur medizinischen Praxisassistentin erfolgreich abgeschlossen hat und über mehrere Jahre in diesem Berufsgebiet tätig war. Wie oben bereits festgehalten (vgl. E. II. 7.3), beinhaltet der Beruf als medizinische Praxisassistentin auch zahlreiche Tätigkeiten, welche keine zwischenmenschliche Interaktion erfordern, womit die Beschwerdeführerin auf ihre erlernten Fähigkeiten, insbesondere im administrativen Bereich, weiterhin zurückgreifen kann. Zu denken ist etwa an das Schreiben von Berichten nach Diktat, die Erstellung von Abrechnungen nach Tarmed, die Belange des Zahlungsverkehrs oder auch die Verwaltung (Bestellen, Ersetzen, Bereitstellen) von Medikamenten. Ausgeschlossen ist die sogenannte Sprechstundenassistenz. In einem Ärztezentrum oder einer grösseren Gruppenpraxis ist eine arbeitsteilige Organisation, in der sich die Beschwerdeführerin auf Back-Office-Arbeiten konzentrieren kann, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden. Es lassen sich insofern keine Hinweise dafür finden, dass die Beschwerdeführerin die mit der erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung erlangten beruflichen Kenntnisse auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwerten könnte. Die Beschwerdegegnerin hat daher zurecht auf das Kompetenzniveau 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/ Pflege/ Datenverarbeitung und Administration/ Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/ Sicherheitsdienst/ Fahrdienst») abgestellt. Da die Beschwerdeführerin ihre Ausbildung im medizinischen Bereich absolviert hat, ist allerdings nicht der Totalwert, sondern derjenige für den Wirtschaftszweig «Gesundheits- und Sozialwesen» (Ziffer 86 - 88) heranzuziehen. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (:40 x 41.6; vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und vorbehaltlich eines allfällig vorzunehmenden Abzugs vom Tabellenlohn ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 30'887.00 (12 x CHF 5'156.00 : 40 x 41.6; davon 48 %).

10.3.2 Nach der Rechtsprechung ist von den Tabellenlöhnen der LSE gegebenenfalls ein Abzug vorzunehmen, wenn die versicherte Person ihre gesundheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mutmasslich nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.3 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 und 126 V 75 E. 5b/bb S. 80).

Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Dementsprechend kann nach der Gerichtspraxis in der Regel eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile 9C\_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4, 8C\_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2, in: SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87). Ob ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage, wobei die Bestimmung der Höhe einer solchen Reduktion vom kantonalen Gericht überprüft werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.4 und vom 8C\_68/2016 vom 3. März 2016 E. 4.3, je mit Hinweisen).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken, besteht kein Raum, was von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht wird. Sodann fällt das Kriterium des reduzierten Beschäftigungsgrades bei teilzeitlich angestellten Frauen von vornherein kaum ins Gewicht, verdienen diese laut Statistik doch oftmals gar nicht weniger als Vollzeitbeschäftigte. Eine bloss teilzeitlich ausgeübte Beschäftigung kann sich im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung bei Frauen sogar proportional lohn erhöhend auswirken, womit die Rechtfertigung für einen Tabellenabzug entfällt. Es gilt jedoch zu beachten, dass wegen der psychischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, welche keinen oder allenfalls nur wenig Kundenkontakt zulassen sowie keine erhöhten Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit erlauben, das Spektrum an möglichen Arbeitsstellen reduziert wird und sie verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung hat. Diese Umstände rechtfertigen einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Nach dem Gesagten erscheint aufgrund der gegebenen Umstände ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen.

10.3.3 Damit beträgt das Invalideneinkommen sowohl bis zum 31. Dezember 2017 als auch ab dem 1. Januar 2018 CHF 27'798.00.

10.4 Die sich daraus ergebenden Erwerbseinbussen belaufen sich bis zum 31. Dezember 2017 auf CHF 26'803.00 und ab dem 1. Januar 2018 auf CHF 40'453.00. Damit ergibt sich eine Einschränkung von 49.1 % bzw. 59.3 %. Gestützt auf die vorliegend anzuwendende gemischte Bemessungsmethode (80 % Erwerbstätigkeit : 20 % Haushalt) bestehen unter Berücksichtigung der Einschränkungen von 0 % im Haushalt und 49.1 % in einer ausserhäuslichen Tätigkeit bis zum 31. Dezember 2017 ein Invaliditätsgrad von

gerundet 39 % und ab dem 1. Januar 2018 unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushalt von ebenfalls 0 % und von 59.3 % in einer ausserhäuslichen Tätigkeit ein solcher von gerundet 47 %. Somit besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Januar 2018.

11. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. April 2020, worin der Beschwerdeführerin eine Viertels-Invalidenrente ab 1. Januar 2018 zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

12.

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiervor).

12.3 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 2. Juli 2020 (A.S. 44 ff.) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 12.09 Stunden sowie Auslagen von total CHF 76.10 aus. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2■425.70 festzusetzen (12.09 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes (zum Stundenansatz von CHF 230.00) im Umfang von CHF 651.10, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art.123 ZPO).

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art.123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3.Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Patrick Thomann wird auf CHF 2■425.70 (inkl. Auslagen und MwSt.) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Betrag von CHF 651.10, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4.Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während

zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

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