

A.1 Die 1967 geborene D.____ arbeitete vom 20. August 1990 bis 10. Juli 2001 bei der E.____. Diese Stelle gab sie in Hinblick auf die Geburt ihres ersten Kindes im August 2001 auf. Ab 1. Februar 2009 beabsichtigte die Versicherte ihre ursprüngliche Tätigkeit bei der E.____ in einem Teilzeitpensum wiederaufzunehmen. Da sie wenige Tage vor Arbeitsbeginn von einer Tumorerkrankung erfuhr, wurde das Arbeitsverhältnis noch vor Stellenantritt im gegenseitigen Einvernehmen aufgelöst.

A.2 Am 21. April 2016 ersuchte die Versicherte die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) um Ausrichtung von Leistungen, wobei sie unter Hinweis auf eine bipolare-afektive Störung eine Rente beantragte. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte den rechtserheblichen Sachverhalt ab und holte unter anderem bei Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten ein, welches am 20. Juli 2017 erging. Am 7. September 2017 verstarb die Versicherte. Die IV-Stelle berechnete in der Folge in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode den Rentenanspruch. Mit Verfügung vom 28. Januar 2019 sprach sie der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % für den Monat September 2017 eine befristete ganze Rente zu.

B. Gegen diese Verfügung erhoben die Erben der Versicherten, vertreten durch Rechtsanwältin Deborah Büttel, mit Eingabe vom 28. Februar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragten die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Verpflichtung der IV-Stelle, ihnen gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 70 % in der Zeit vom 1. Oktober 2016 bis 30. September 2017 eine ganze Invalidenrente auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. Sie machten im Wesentlichen geltend, dass die IV-Stelle ihren Entscheid auf unzureichende Unterlagen gestützt habe. So würden die im Gutachten von Dr. F.____ gemachten Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht zutreffen. Zudem sei kein Haushaltsabklärungsbericht erstellt worden, weshalb auf die glaubhaften und plausiblen Ausführungen zur Einschränkung im Haushalt des Ehemannes abzustellen sei. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle wäre die Versicherte zudem im Gesundheitsfall mindestens zu 70 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen.

C. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom März 2019 die Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 24. April 2019 unterbreitete das Kantonsgericht den Parteien einen Vergleich. Mit Eingabe vom 16. Mai 2019 teilte die IV-Stelle mit, dass sie sich nicht mit dem Vergleichsvorschlag einverstanden erklären könne. Zwar könne davon ausgegangen werden, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 60 % einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre. Dagegen könne sie der vom Kantonsgericht vorgeschlagenen Einschränkung von 60 % im Aufgabenbereich nicht folgen. Selbst wenn von einer unrealistischen Einschränkung von 40 % ausgegangen würde, würde kein Rentenanspruch resultieren.

E. Mit Verfügung vom 28. Mai 2019 informierte das Kantonsgericht die Parteien, dass das Urteil schriftlich eröffnet werde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die form- und fristgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten in der Zeit vom 1. Oktober 2016 bis 30. August 2017.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.1 Nach Art. 28 Abs. 2 hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommens-

vergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

4.4 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in der vorliegend anwendbaren, bis Ende Dezember 2017 gültigen Fassung).

4.5.1 In der angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2019 hat die IV-Stelle die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als Teilerwerbstätige eingestuft und den Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode bemessen. Dieses Vorgehen wird von den Beschwerdeführenden zu Recht nicht bestritten. Sie stellte sich auf den Standpunkt, die Versicherte würde in einem 40%igen Pensum einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zu 60 % den Haushalt führen. Die Beschwerdeführenden bestreiten dies und führen aus, die Versicherte hätte mindestens in einem 70%igen Pensum gearbeitet. Daran hielten sie auch im Rahmen der Parteiverhandlung fest. In ihrer Stellungnahme vom 16. Mai 2019 erklärte sich die IV-Stelle nunmehr bereit, von einer zeitlichen Beanspruchung im Erwerbsbereich von 60 % auszugehen.

4.5.2 Ob und in welchem Umfang eine versicherte Person als erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt -, ergibt sich nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Dabei sind im Besonderen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 28. Januar 2019) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall

ausgeübten Teilerwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Schweizerisches Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. November 2002, I 58/02, E. 1.2). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen).

4.5.3.1 In der Regel ist für die Beurteilung der Statusfrage auf die Angaben abzustellen, die anlässlich des Abklärungsgesprächs von der versicherten Person gemacht werden. Im vorliegenden Fall war es nicht möglich, anhand eines persönlichen Gesprächs die Statusfrage zu klären, da die Versicherte am 7. September 2017 verstarb. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass der rechtserhebliche Sachverhalt weiter abgeklärt werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007, I 455/2006, E. 4). Diesbezüglich steht zunächst fest, dass die Versicherte zuletzt bis im Juli 2001 in einem 100 % Pensum bei der E. ____ tätig war. In Hinblick auf die Geburt ihres Sohnes, welcher im August 2001 zu Welt kam, gab sie diese Stelle auf. Im Juli 2005 wurde ihre Tochter geboren und die Versicherte ging keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Ab 1. Februar 2009 beabsichtigte sie, wiederum in einem 40 %-Pensum bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin zu arbeiten. Der Arbeitsvertrag wurde jedoch wegen einer schweren Erkrankung der Versicherten per 1. Februar 2009 in gegenseitigem Einvernehmen aufgelöst.

4.5.3.2 Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Versicherte seit dem Jahr 2001 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist und sie vollständig in den Aufgabenbereich eingebunden war, erscheint es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie in einem 70%igen Pensum einer ausserhäuslichen Arbeit nachgegangen wäre. Zudem bestand auch - soweit ersichtlich - keine finanzielle Notwendigkeit, um in diesem Ausmass berufstätig zu sein. Zwar waren die beiden Kinder der Versicherten im vorliegend zu berücksichtigenden Zeitpunkt ab Oktober 2016 bereits 11 bzw. 15 Jahre alt und verfügten über eine grosse Selbständigkeit. Dennoch bedurften sie weiterhin ihrer Betreuung, befanden sie sich doch beide in der Ausbildung. Vor diesem Hintergrund ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Versicherte im Gesundheitsfall höchstens im Umfang von 60 % berufstätig gewesen wäre.

5.1 Weiter ist zu klären, in welchem Ausmass die Versicherte wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig war.

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

5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

5.5 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen,

die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6.1 Im vorliegenden Fall sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte für die Beurteilung der Angelegenheit zu beachten:

6.2 Die Versicherte wurde vom 21. September 2012 bis 3. Februar 2016 durch Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ambulant behandelt. In seinem Bericht vom 23. Juni 2016 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare-affektive Störung (ICD-10 F31.9) bei Status nach sexuellem Missbrauch in der Jugend und erster depressiver Episode im Jahr 1999 sowie sieben Hospitalisationen wegen manisch-psychotischen Dekompensationen und einer chronischen Beziehungsproblematik. Dr. G.____ führte aus, dass mindestens seit 2009 eine bipolare-affektive Störung bestehe, welche sich als Folge der Diagnose und Behandlung des Mamma-Karzinoms manifestiert habe und seither zu sieben Hospitalisationen per fürsorgerische Unterbringung (FU) mit jeweils mehrmonatigen postpsychotischen depressiven Episoden geführt habe. Aufgrund der komplexen somatischen und psychischen Erkrankungen habe wahrscheinlich seit 2009 keine durchgehende Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. In der Vergangenheit habe es in den Übergangsphasen zwischen Depressivität und manischer Dekompensation kurze Abschnitte von reduzierter Arbeitsfähigkeit gegeben. Letztlich müsse jedoch gesamthaft davon ausgegangen werden, dass die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versicherten in jeglicher Art von Erwerbstätigkeit um 60 % reduziert geblieben sei.

6.3 Ab Februar 2016 stand die Versicherte in Behandlung bei Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Diese führte am 22. Juni 2016 aus, dass die Versicherte seit 2009 an einer bipolaren-affektiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F31.3) und an einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse (ICD-10 C50.9) leide. Es sei seit der ersten manischen Episode im Jahr 2009 immer wieder zu manischen Rezidiven gekommen, an welche sich mehrmonatige depressive Phasen angeschlossen hätten. Die Versicherte habe berichtet, dass sie nach einem Klinikaustritt bis zu sechs Monate für eine vollständige Erholung gebraucht habe. In diesen Zeiten hätte immer eine deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit bestanden. Aktuell läge eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Die Prognose sei ungünstig in Bezug auf eine langfristige 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei jedoch zwischen dem Abklingen einer depressiven Episode und dem Wiederauftreten einer manischen Phase von einer Teilleistungsfähigkeit auszugehen. Sollten diese symptomfreien Abschnitte sich im weiteren Verlauf der Erkrankung stabilisieren lassen, wachse die Wahrscheinlichkeit, dass die Versicherte wieder im ersten Arbeitsmarkt integriert werden könne.

6.4 Im Auftrag der IV-Stelle begutachtete Dr. F.____ die Versicherte am 23. Mai 2017. In seinem psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2017 diagnostizierte er eine bipolare-affektive Störung (ICD-10 F31), welche gesamthaft in einer mittelschweren Ausprägung vorliege, aktuell aber remittiert sei. Die Versicherte habe angegeben, momentan recht stabil zu sein, wobei ihr etwas die Lebensfreude fehle und sie sich nicht belastbar fühle. Sie erledige den grossen Haushalt selbständig, wobei ihr dies aber nicht immer zur Zufriedenheit ihres Ehemanns gelinge. Im Jahr zuvor sei sie im Haushalt durch das Rote Kreuz unterstützt worden. Weiter gab sie an, zwei

Mal pro Tag mit ihrem Hund spazieren zu gehen, für die Familie zu kochen, einzukaufen und die administrativen Angelegenheiten zu erledigen. Sie habe gute soziale Kontakte und habe über ihre Familienferien im Frühling 2017 berichtet, welche sie aber als anstrengend erlebt habe, weshalb ihr Ehemann im Sommer alleine verreise. In Bezug auf die Frage, ob sie einer beruflichen Tätigkeit nachgehen möchte, führte sie aus, dass sie es sich nicht vorstellen könne zu arbeiten. Es gelinge ihr zwar, den Haushalt zu erledigen. Wenn sie noch einer Arbeit nachgehen würde, wäre sie dazu aber nicht mehr in der Lage. Dr. F.____ beschrieb die Versicherte als wach, bewusstseinsklar, in allen Qualitäten voll orientiert und konzentriert. Die Stimmungslage habe die Versicherte als ausgeglichen beschrieben. Im Zusammenhang mit den Klinikaufenthalten habe sie jedoch unterschwellig vorwurfsvoll und anklingend gereizt gewirkt. Der Nachtschlaf sei gut, der Antrieb durchschnittlich und es habe eine ausreichende affektive Modulationsfähigkeit bestanden. Psychotisches Erleben, Halluzinationen oder inhaltliche Denkstörungen hätten nicht vorgelegen. Das Ich-Erleben sei nicht beeinträchtigt gewesen und lebensmüde Gedanken seien ausgeschlossen worden. Dr. F.____ führte sodann einen Hamilton-Depressionstest durch, gemäss welchem keine Depression vorgelegen habe. Der Mini-ICF-Test habe leichte bis mässige Einschränkungen ergeben. Betreffend die Medikation ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Versicherte leitliniengerecht behandelt würde und gut stabilisiert sei. Dennoch gebe sie an, schnell erschöpft, nicht belastbar und streckenweise unruhig zu sein. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. F.____ unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte mit mehrfachen Hospitalisationen (zuletzt bis Ende Februar 2016) dahingehend, dass die Versicherte aktuell in der Lage sein sollte, ihrer angestammten Arbeit wie auch einer Verweistätigkeit im Umfang von 40 % an vier Halbtagen nachzugehen. Sinnvoll wäre ein Arbeitsplatz, an welchem sie die Möglichkeit hätte, die ihr übertragenen Aufgaben ohne allzu viel Druck auszuführen. Optimal wäre es, wenn sie ihre Arbeit individuell gestalten könnte.

6.5 Zum Gutachten von Dr. F.____ nahm Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 20. Oktober 2017 Stellung und bezeichnete dieses als ausreichende Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der Versicherten. Sie bestätigte die Zumutbarkeitsbeurteilung des Gutachters und ging davon aus, dass während den Hospitalisationen eine 100%ige und in den beschwerdefreien Zeiten eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Haushalt bestehe ausser während der teil- bzw. stationären Behandlung auch unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht keine Einschränkung.

6.6 Am 2. Februar 2018 wurde der Ehemann der Versicherten zum Umfang der Einschränkung im Haushalt befragt. Er gab an, dass ihre Schilderungen beim Gutachter, wonach sie den Haushalt gut habe meistern können, nicht zugetroffen hätten. Sie habe oft manische Phasen gehabt, in denen alles überbordete sei. In solche Zeiten sei sie mit hohen Dosen Beruhigungsmitteln behandelt worden, was sie sehr müde gemacht habe. Er habe deshalb nach der Arbeit die Hausarbeit erledigt und die Betreuung der Kinder übernommen. Weiter gab er an, die Versicherte hätte beabsichtigt, im Februar 2009 wieder ins Berufsleben einzusteigen. Wegen der Krebsdiagnose sei der Arbeitsvertrag jedoch aufgelöst worden. Sie habe jedoch vorgehabt, sobald sie wieder gesund wäre, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, wobei wegen des grossen Hauses und der Kinder keine 100 % Anstellung in Frage gekommen wäre. Dann sei jedoch die psychiatrische Erkrankung ausgebrochen, weshalb an eine Erwerbstätigkeit nicht mehr habe gedacht werden

können. Die Sachbearbeiterin kam in ihrem Abklärungsbericht vom 8. Februar 2018 zum Schluss, dass aufgrund der nachvollziehbaren Schilderungen des Ehemanns, welche im Widerspruch zu den Angaben im Gutachten und des RAD stehen würden, davon auszugehen sei, dass bei der Versicherten eine grosse Einschränkung in der Führung des Haushalts bestanden habe.

6.7 Dr. I.____ hielt im Zusammenhang mit der durch den Ehemann geäusserten Einschränkung im Haushalt am 9. Juni 2018 zuhanden der IV-Stelle fest, dass bis zur Begutachtung durch Dr. F.____ am 23. Mai 2017 von dessen Einschätzung ausgegangen werden müsse. Per Juni 2017 sei jedoch von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen, nachdem sich die Versicherte von ihrem Ehemann getrennt und die Medikamente abgesetzt habe. Vor diesem Zeitpunkt seien die Ausführungen des Ehemannes jedoch nicht kompatibel mit den Ferienreisen und der Tatsache, dass die Versicherte noch Auto gefahren sei. Ab Juni 2017 attestierte die RAD-Ärztin eine 100% Arbeitsunfähigkeit und eine mindestens 90%ige Einschränkung im Haushalt.

6.8 Auch Dr. F.____ äusserte sich zu den Ausführungen des Ehemanns betreffend Einschränkung im Haushalt. Am 20. Juni 2018 führte er aus, dass er keine Hinweise auf eine baldige Trennung der Ehe habe erkennen können. Zu den unterschiedlichen Angaben betreffend die Haushaltführung hielt er fest, dass die Versicherte während der Begutachtung angegeben habe, den Haushalt und die administrativen Angelegenheiten selber zu versorgen. Sie habe angegeben, damit ausgelastet zu sein und habe sich nicht in der Lage gesehen, noch zusätzlich einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Es habe während der Begutachtung keine Anhaltspunkte für eine Überlastung oder gar Unfähigkeit zur Besorgung des Haushalts gegeben.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2019 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf das Gutachten von Dr. F.____ vom 20. Juli 2017 und seine Stellungnahme vom 20. Juni 2018 sowie die Berichte der RAD-Ärztin Dr. I.____ vom 20. Oktober 2017 und 8. Juni 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Versicherte bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. F.____ am 23. Mai 2017 eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer Verweistätigkeit ausgewiesen habe. Ab Juni 2017 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert, was eine vollständige Erwerbsunfähigkeit zur Folge gehabt habe. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden.

7.2 Das Gutachten von Dr. F.____ entspricht in allen Belangen den in Erwägung 5.3 genannten Vorgaben des Bundesgerichts betreffend den Beweiswert eines Arztberichts. So sind seine Ausführungen inhaltlich umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Es ist nachvollziehbar, dass Dr. F.____ im Untersuchungszeitpunkt von einer Stabilisierung des Gesundheitszustands der Versicherten ausgegangen ist, nachdem die letzte Hospitalisation wegen einer manisch-psychotischen Dekompensation bis Ende Februar 2016 gedauert hatte und in der nachfolgenden Behandlung eine Besserung der Depression erzielt werden konnte. Zudem war der psychopathologische Befund weitgehend unauffällig und die

durchgeführten Tests sprachen nicht für das Vorliegen einer akuten depressiven Entwicklung. Auf eine Verbesserung der medizinischen Situation und eine Stabilisierung lassen auch die während den Frühlingferien 2017 mit der Familie verbrachten Ferien schliessen. Dr. F.____ bezog die Auswirkungen der Grunderkrankung der Versicherten in seine Beurteilung gleichwohl mit ein und attestierte ihr nachvollziehbar eine erhebliche Einschränkung in der Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung stimmte mit jener von Dr. G.____ überein, welcher wie der Gutachter von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit während krankheitsfreien Phasen ausging. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Beurteilung auf die Angaben von Dr. F.____ vom 20. Juli 2017 abstellte.

7.3 Daran ändern die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Zunächst ist festzustellen, dass die Beurteilung von Dr. H.____ vom 22. Juni 2016 an den Ergebnissen von Dr. F.____ nichts zu ändern vermag. Sie gab ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein Jahr vor Dr. F.____ ab. Zu diesem Zeitpunkt lag die letzte Hospitalisation der Versicherten, welche bis Ende Februar 2016 gedauert hatte, knapp vier Monate zurück, weshalb noch nicht von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden konnte. Dr. H.____ bestätigte aber insofern die Auffassung von Dr. G.____ und Dr. F.____ als auch sie davon ausging, dass von einer wahrscheinlichen Integration der Versicherten im ersten Arbeitsmarkt auszugehen sei, wenn sich die symptomfreien Phasen stabilisieren liessen. Dr. F.____ Einschätzung steht daher nicht im Widerspruch zu jener der behandelnden Psychiaterin. Weiter kann den Beschwerdeführenden nicht gefolgt werden, wenn sie vorbringen, der Gutachter habe keine Tests zur Objektivierung der depressiven Symptome durchgeführt. Dem Gutachten ist auf Seite 11 zu entnehmen, dass sowohl ein Hamilton- wie auch ein Mini-ICF-Test zur objektiven Beurteilung des Schweregrads der Depression durchgeführt worden waren. Soweit geltend gemacht wird, die Versicherte habe ihre Situation während der Begutachtung bagatellisiert, kann ihnen ebenfalls nicht gefolgt werden, denn ein solches Verhalten lässt sich aufgrund der Angaben im Gutachten nicht erkennen. Dr. F.____ wies darauf hin, dass die Versicherte im Zusammenhang mit den Hospitalisationen unterschwellig vorwurfsvoll und anklingend gereizt gewirkt habe. Insgesamt ging er jedoch nicht nur wegen der fehlenden Notwendigkeit einer Hospitalisation seit Februar 2016, sondern auch unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde, der Vorakten und der Freizeitgestaltung davon aus, dass sich der Zustand tatsächlich stabilisiert hatte und von der Versicherten nicht bagatellisiert wurde. Zudem ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die Versicherte im Begutachtungszeitpunkt ihre Medikamente einnahm, was die Annahme eines stabilisierten Gesundheitszustands weiter stützt. Soweit in der Beschwerde ferner geltend gemacht wird, Dr. F.____ habe nur die Interessen der Beschwerdegegnerin berücksichtigt, ist zu entgegnen, dass das Gutachten unter Berücksichtigung der Vorakten, der persönlichen Exploration (inkl. Tests) und den dabei erhobenen Befunden erstellt wurde. Eine Ausrichtung einzig auf die Anliegen der IV ist unter diesen Umständen nicht erkennbar. Schliesslich kann den Beschwerdeführenden nicht gefolgt werden, wenn sie monieren, die Standardindikatoren seien nicht geprüft worden. Dr. F.____ hatte sich zur Schwere der Gesundheitsschädigung, zum sozialen Kontext, zur Behandlung und Eingliederung sowie zur Konsistenz geäussert (vgl. Seite 13 ff. des Gutachtens). Daraus lassen sich die Ressourcen und die Funktionsfähigkeit der Versicherten entnehmen. Dabei wird deutlich, dass die Versicherte über Ressourcen für die Freizeitgestaltung verfügte. Im Übrigen attestierte Dr. F.____ jedoch eine namhafte Einschränkung von 60 % in einer angepassten Tätigkeit.

7.4 Somit ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Ausführungen von Dr. F. ____ abgestellt hat und davon ausging, dass die Versicherte eine Arbeitsfähigkeit von maximal 40 % in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit aufwies.

7.5 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung. Die Beschwerdegegnerin stützte die Berechnung des Invaliditätsgrads auf die gemischte Methode (vgl. oben E. 3.4.4). Dabei hat sie in ihrer Verfügung vom 28. Januar 2019 zur Ermittlung des Invaliditätsgrads den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen, wobei sie davon ausging, dass die Versicherte in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 40 % arbeitsfähig war. Anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen hat sie einen Invaliditätsgrad von 0 % ermittelt. Die Berechnung, die in der vorliegenden Beschwerde nicht konkret beanstandet wurde, bedarf jedoch insofern einer Korrektur, als vorliegend bei der Berechnung des Invaliditätsgrads nicht mehr von einer Erwerbstätigkeit von 40 %, sondern von einer solchen von 60 % auszugehen ist. Wird dabei von einem Valideneinkommen von Fr. 45'591.-- (Fr. 30'394.-- / 40 x 60) ausgegangen und stellt man dieses dem Invalideneinkommen von Fr. 30'394.-- gegenüber, so resultiert daraus ein Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 33 %.

8.1 Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Aufgabenbereich. Während die IV-Stelle keine Einschränkung berücksichtigte, stellen sich die Beschwerdeführenden auf den Standpunkt, dass die Versicherte bei der Verrichtung der Hausarbeit stark eingeschränkt gewesen sei.

8.2 Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe von Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, 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 angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. AHI 2003 S. 215). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 6. September 2004, I 249/04 E. 5.1.1, in: SVR 2005 IV Nr. 21 S. 81, vom 22. Dezember 2003, I 311/03, E. 5.3, in: AHI 2004 S. 137, und vom 26. Oktober 2000, I 99/00 E. 3c, in: AHI 2001 S. 158). Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte

Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts vom 28. Mai 2014, 8C_817/2013, E. 5.1 und vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2 mit diversen Hinweisen, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86).

8.3 Im vorliegenden Fall konnte keine Haushaltsabklärung vor Ort durchgeführt werden, nachdem die Versicherte am 7. September 2017 gestorben war. Im Rahmen einer telefonischen Abklärung durch die zuständige Sachbearbeiterin liess der Ehemann der Versicherten anfangs Februar 2018 verlauten, dass die Einschränkung im Haushalt hoch gewesen sei und nicht den Angaben im Gutachten von Dr. F.____ vom 20. Juli 2017 entsprochen hätte. Dieser habe die subjektive Auffassung der Versicherten wiedergegeben. Tatsächlich habe es daheim anders ausgesehen. Sie sei aufgrund der starken Medikamente oft müde gewesen, weshalb sich die Versicherte nach seiner Heimkehr von der Arbeit ins Bett verabschiedet habe. Sie sei emotional nicht in der Lage gewesen, sich um die Erziehung und Entwicklung der Kinder zu kümmern. Dies habe er ebenso wie die meisten Arbeiten im Haus (Kochen, Putzen und Einkaufen) übernommen. Die Abklärungsperson kam sodann zum Schluss, dass aufgrund der nachvollziehbaren Schilderungen des Ehemanns von einer grossen Einschränkung in der Führung des Haushalts auszugehen sei.

8.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden kann auf den Abklärungsbericht vom 8. Februar 2018 im vorliegenden Fall nicht abgestellt werden. Dieser enthält weder konkreten Angaben zu den Einschränkungen in den einzelnen Bereichen im Haushalt noch werden diese zahlenmässig konkretisiert. Die Aussage, wonach eine grosse Einschränkung bestehe, ist zu ungenau, um im Rahmen einer Invaliditätsbemessung berücksichtigt werden zu können. Weiter ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Bericht einzig die (subjektiven) Aussagen des Ehemanns wiedergibt, welche aber den fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der Versicherten im Haushalt von Dr. F.____ widersprechen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auch in Bezug auf die Einschränkung im Haushalt auf das nachvollziehbare Gutachten von Dr. F.____ vom 20. Juli 2017 und seine Stellungnahme vom 20. Juni 2018 abstellte (vgl. oben E. 8.2 am Ende). Dieser kam aufgrund der persönlichen Erhebungen nachvollziehbar zum Schluss, dass die Versicherte in krankheitsfreien Phasen im Aufgabenbereich nicht eingeschränkt war. Diese Feststellung ist plausibel, weshalb sie auch vorliegend zu berücksichtigen ist. Zwar haben die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern zu tragen haben, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 107 V 163 E. 3a mit Hinweisen). Da sich mit dem Tod der Versicherten die von den Beschwerdeführenden behauptete grosse Einschränkung im Haushalt nicht mehr rechtsgenügend abklären lässt, tragen sie die Konsequenz dieser Beweislosigkeit. Unter diesen Umständen

ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Versicherte in der Zeit vom Oktober 2016 bis Ende Juni 2017 im Haushalt nicht eingeschränkt war. Selbst wenn mit der IV-Stelle davon auszugehen wäre, dass die Versicherte im Haushalt zu 40 % eingeschränkt wäre (vgl. Stellungnahme vom 16. Mai 2019) würde daraus, wie nachfolgend aufgeführt, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

9. In Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. oben E. 4.4) ergibt sich somit gewichtet nach der zeitlichen Beanspruchung in den jeweiligen Bereichen (Erwerb 60 %, Haushalt 40 %) eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 19.8% ($33 \% \times 0.60$) und eine solche im Haushaltsbereich von 0% ($0 \% \times 0.40$). Gesamthaft resultiert daraus während der vorliegend zu beurteilenden Zeit vom 1. Oktober 2016 bis Ende August 2017 unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 20 %. Würde der Berechnung eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 40 % ($40 \% \times 0.40 \times 16 \%$) zugrunde gelegt, würde daraus ein Invaliditätsgrad von 36 % ($19,8 \% + 16 \%$) resultieren, aus dem ebenfalls kein Rentenanspruch abgeleitet werden könnte. Die gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 28. Januar 2019 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu unterliegen die Beschwerdeführenden, weshalb sie die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- zu tragen haben. Diese werden mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden den Beschwerdeführenden auferlegt und mit dem Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.- - verrechnet.
 3. Es wird keine Parteienschädigung aufgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>