



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Februar 2019 (720 18 180 / 45)

Invalidenversicherung

Rentenanspruch und zumutbare Arbeitsfähigkeit. Bei einer Neurasthenie und einer remittierten Depression erweist sich eine Indikatorenprüfung mangels eines diagnoseinhärenten Schweregrads als obsolet.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1953 geborene A.____ ist ausgebildete Spitalgehilfin. Von 1997 bis ins Jahr 2009 war sie als Sachbearbeiterin in einem 70%-Pensum und zuletzt vom 1. August 2009 bis Ende Februar 2010 bei der B.____ in einem 50%-Pensum als Sekretärin tätig. Am 29. Oktober 2010 hat sie sich unter Hinweis auf eine seit Januar 2010 bestehende Depression bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Nach Abklärung der beruflichen und medi-

zinischen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Juni 2014 und einer Haushaltabklärung vom 30. September 2014, hat sie nach Durchführung zweier Vorbescheidverfahren einen Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 23. April 2018 mit der Begründung verneint, dass die diagnostizierte Neurasthenie nicht geeignet sei, eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit oder einen Rentenanspruch zu begründen.

B. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, am 28. Mai 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei ihr auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze IV-Rente zuzusprechen, unter o/e-Kostenfolge.

C. Unter Hinweis auf eine neuerliche Beurteilung ihres regional-ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12. Juni 2018 schloss die IV-Stelle mit Vernehmlassung vom 13. August 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Auf die Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 28. Mai 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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 verursach-

te 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich 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 (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 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).

2.5 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 IV-Grad 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 bis Ende 2017 geltende Fassung).

2.6 Mit der am 1. Dezember 2017 beschlossenen Änderung der IVV und der dazu ergangenen Übergangsbestimmung, in Kraft ab 1. Januar 2018 (vgl. AS 2017 7581 f.), wurde für Teilerwerbstätige, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich Haushalt betätigen, ein neues Berechnungsmodell statuiert (Art. 27^{bis} Abs. 2-4 IVV). Dieses sieht nunmehr vor, dass für die Ermittlung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit für das Valideneinkommen nicht mehr auf das Einkommen aus einem Teilzeitpensum abgestellt, sondern das entspre-

chende Einkommen auf eine hypothetische Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV). Die so berechnete prozentuale Erwerbseinbusse wird sodann weiterhin anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. b). Nach der dazu ergangenen Übergangsbestimmung Ziff. II Abs. 1 ist für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 1. Dezember 2017 laufenden Dreiviertelrenten, halben Renten und Viertelrenten, die in Anwendung der gemischten Methode zugesprochen wurden, innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung eine Revision einzuleiten. Eine allfällige Erhöhung der Rente kann demnach erst auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung erfolgen. Art. 27^{bis} Abs. 2-4 IVV deshalb bereits auf zuvor geschuldete Renten anzuwenden, liefe im Ergebnis auf eine Anwendung noch nicht in Kraft stehenden Rechts hinaus, was einer unzulässigen positiven Vorwirkung gleichkäme (vgl. dazu BGE 129 V 455 E. 3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_553/2017 vom 18. Dezember 2017, E. 6.2). Das neue Berechnungsmodell gilt daher erst ab 1. Januar 2018; eine Vorwirkung der neuen Regelung besteht nicht (IV-Rundschreiben Nr. 372).

2.7 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 2. Juli 2018) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 137 V 338 E. 3.2, 125 V 150 E. 2c, je mit Hinweisen).

2.8 Vorliegend ist der Invaliditätsgrad der Versicherten klarerweise nach der gemischten Methode zu bemessen. Dabei ist bei der Festlegung der Anteile der Erwerbstätigkeit und der Haushaltstätigkeit auf die im Fragebogen zur Ermittlung der Erwerbstätigkeit vom 27. November 2009 wiedergegebenen Angaben der Versicherten abzustellen (IV-Dok 79, S. 3 und 9), wonach diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem Pensum von 50% eines Vollpensums ihrer früher ausgeübten, ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre. Gestützt auf diese Erhebungen vor Ort setzte die IV-Stelle in ihrem Vorbescheid vom 7. Januar 2015 den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 50% und jenen der Haushaltstätigkeit entsprechend auf 50% fest, was von der Versicherten zu Recht nicht in Frage gestellt wird. Aufgrund der detailliert vor Ort erhobenen Verhältnisse anlässlich der Haushaltabklärung vom 9. September 2014 (IV-Dok 79, S. 1 ff.) zu Recht unbestritten geblieben ist auch die gesundheitlich bedingte Einschränkung im Haushalt im Umfang von 10,2%.

2.9 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3. Zu prüfen ist, ob und allenfalls in welchem Umfang die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente besitzt. Strittig ist insbesondere, in welchem Ausmass sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 Nach Art. 6 ATSG 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.2 Die Annahme insbesondere einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen allerdings kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt deshalb in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 127 V 294 E. 4c in fine). Zu den psychischen Gesundheitsschäden gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten indessen jene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 131 V 50 f. E. 1.2, 130 V 353 E. 2.2.1; je mit Hinweisen).

4.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Einem Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

4.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

5.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht das psychiatrische Fachgutachten von Dr. C. ____ vom 25. Juni 2014. Darin diagnostizierte der Gutachter bei der Versicherten einen Status nach depressiver Episode und eine Neurasthenie. In seiner Beurteilung kommt Dr. C. ____ zur Annahme, dass die Versicherte an ihrem langjährigen Arbeitsplatz im Jahre 2009 eine massive Verletzung erlitten habe, die sie möglicherweise nie vollständig habe überwinden können. Es falle auf, dass sich aktuell kaum mehr depressive Symptome finden liessen. Festzustellen sei einzig eine übergrosse Müdigkeit. Es bestehe jedoch auch eine ausgesprochene Affektlabilität und eine Tendenz zu erhöhter Reizbarkeit. Die Explorandin fühle sich nicht mehr depressiv verstimmt, könne Freude empfinden und Interessen nachgehen, solange sie ihre

Müdigkeit überwinden könne. Möglicherweise sei daher eine hintergründige neurotische Problematik zu vermuten, welche diese Müdigkeit erklären liesse. Es könne daher einzig eine Neurasthenie als Restsymptomatik der abgelaufenen depressiven Störung bestätigt werden. Es seien vor allem die subjektiven Angaben, welche verhindern würden, dass die Explorandin in einem höheren Ausmass einer Arbeit nachgehe. Sie gebe an, dass sie eine Vielzahl verschiedener Massnahmen im Alltag getroffen habe, um ihre Müdigkeit anzugehen, ohne dass aber eine Änderung habe erzielt werden können. Hinweise auf eine organische Störung, welche diese Müdigkeit erklären könnte, fänden sich nicht. Die Explorandin sei bereits verschiedentlich abgeklärt worden. Insgesamt sei demnach nicht ganz klar, wovon diese übergrosse Müdigkeit herrühre. Da es sich um eine etwas diffuse Symptomatik handle, könne zu den Foerster-Kriterien Stellung bezogen werden. Es könne keine erhebliche Komorbidität festgestellt werden. Die depressive Störung habe sich mittlerweile gebessert und sei remittiert. Es finde sich auch keine schwerwiegende chronische körperliche Begleiterkrankung. Es bestehe mittlerweile ein etwa vierjähriger Krankheitsverlauf mit persistierender Müdigkeit ohne relevante Veränderung, wobei in den Unterlagen teilweise von einer Besserung – allerdings ohne länger dauernde Rückbildung – berichtet werde. Sozial habe sich die Explorandin etwas zurückgezogen, allerdings ohne alle ihre Kontakte aufzugeben. Grundsätzlich habe sie keine Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, vermag allerdings Einladungen oder Aktivitäten nicht mehr im gleichen Ausmass wie früher zu folgen. Inwieweit ein verfestigter therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer Verlauf vorliege, hätte von der behandelnden Psychiaterin erfragt werden müssen. Diese sei allerdings mittlerweile verstorben. Es könnten mit Ausnahme der Situation am Arbeitsplatz im Jahre 2009 keine Konflikte ausgemacht werden, wobei die Symptomatik erst ein Jahr später aufgetreten sei. Es seien verschiedene ambulante und stationäre Massnahmen durchgeführt worden. Ein komplettes Scheitern dieser Massnahmen könne nicht angenommen werden, weil immerhin bezüglich der depressiven Symptomatik eine Remission habe erzielt werden können. Es persistiere aber weiterhin die geklagte Müdigkeit.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C.____ fest, dass die Explorandin im Februar 2010 gänzlich arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Ab 1. Januar 2011 habe sie wieder im Umfang eines Pensums von 10% und ab 1. April 2013 von 20% gearbeitet. Die Einschränkung in der Vergangenheit sei aufgrund der depressiven Störung und schliesslich aufgrund der Müdigkeit ausgestellt worden. Es persistiere weiterhin eine ausgesprochene Erschöpfbarkeit bereits nach geringen Anstrengungen, nach welchen die Explorandin längere Erholungsphasen benötige. Es handle sich vor allem um eine subjektive Symptomatik, die sich nicht mit einer psychiatrischen Diagnose rechtfertigen lasse. Es könne nicht so recht nachvollzogen werden, weshalb diese erhöhte Ermüdbarkeit persistiere und dadurch eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Grundsätzlich sollte eine klar strukturierte Tätigkeit im Umfang von 50% ohne Zeitdruck möglich sein. Die Prognose sei etwas unklar, der weitere Verlauf müsse abgewartet werden.

5.2 Das Gutachten von Dr. C.____ ergibt ein insgesamt schlüssiges Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung der Beschwerdeführerin. Es erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 4.1 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten

externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Dr. C.____ ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden der Versicherten und ist in Kenntnis der im Zeitpunkt der Exploration bekannten, relevanten Vorakten abgegeben worden. Das Gutachten basiert ausserdem beide auf einer sorgfältigen Anamnese (a.a.O., S. 3 bis 5). Der Umstand, dass die behandelnde Psychiaterin der Versicherten mittlerweile verstorben ist, und der psychiatrische Gutachter deshalb keine ergänzenden fremdanamnestischen Angaben einholen konnte, vermag daran nichts zu ändern. Eine Fremdanamnese mag zwar wünschenswert sein, ist jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014, E. 5.1.2). Besondere Gründe, weshalb im vorliegenden Fall fremdanamnestische Auskünfte einzuholen gewesen wären, sind aufgrund der Akten ausserdem nicht gegeben. Die in diesem Zusammenhang massgebenden Umstände lassen sich den übrigen Akten entnehmen. So standen dem explorierenden Gutachter im Zeitpunkt seiner Untersuchung diverse Berichte der behandelnden Ärzte zur Verfügung (a.a.O., S. 1 f.), die ihrerseits unter anderem auf den anlässlich wiederholt stationärer Aufenthalte detailliert erhobenen gesundheitlichen Verhältnissen der Versicherten basieren. Die Erhebungen über die Persönlichkeit und das Verhalten der Versicherten müssen daher nicht weiter ergänzt werden (Urteil 8C_808/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.3.3). Die Beurteilung im Gutachten von Dr. C.____ ist sodann nachvollziehbar hergeleitet und leuchtet damit auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. in der Beurteilung der medizinischen Gesamtsituation ein. So setzt sich der Gutachter auch mit den früheren ärztlichen Einschätzungen auseinander und kommt in Übereinstimmung mit dem letzten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ vom 27. Oktober 2013 zum Schluss, dass bei der Versicherten eine zwischenzeitlich remittierte depressive Störung und als Restsymptomatik eine chronische Müdigkeit vorliegt. Diese ordnet der Gutachter diagnostisch nachvollziehbar als Neurasthenie ein. Damit erweisen sich auch seine Schlussfolgerungen als überzeugend.

5.3 Die Beschwerdeführerin bestreitet den Beweiswert und mit ihm die Verwertbarkeit dieses Gutachtens. Sie lässt zunächst vorbringen, dass die medizinischen Abklärungen unvollständig ausgefallen seien, weil keine somatische Begutachtung stattgefunden habe. Ihre Müdigkeit habe einen organischen Hintergrund und stehe im Zusammenhang mit einem immunologischen Prozess. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. In somatischer Hinsicht ist eine Vielzahl an somatischen Abklärungen erfolgt. Alle diese Untersuchungen haben keine pathologische Gesundheitsstörung ergeben. Die Untersuchungen von Prof. Dr. med. E.____, FMH Neurologie, im ersten Quartal 2015 liessen anfänglich nur einen Verdacht auf eine Autoimmunenzephalitis aufkommen. Diese wurde in der Folge jedoch nicht bestätigt. Auch der eigentliche neurologische Befund fiel normal aus (IV-Dok 150, S. 16). Anschlussuntersuchungen, welche zwecks Abklärung der geklagten Müdigkeit in die Wege geleitet worden sind, führten ebenfalls nicht zu einer Bestätigung der im Vorfeld jeweils geäusserten Verdachtsdiagnosen. Kardial zeigte sich ein regelmässiger Sinusrhythmus sowie im EEG-Bericht vom 6. September 2016 eine normale Grundaktivität. Epileptische Potentiale konnten ausgeschlossen werden (IV-Dok

150, S. 14 f.). Ein Nachweis, der einen unklaren immunologischen Prozess bestätigt hätte, liegt nicht vor (IV-Dok 150, S. 13). Nachdem Prof. E._____ in seinem Bericht vom 22. September 2015 trotz der von ihm erhobenen Verdachtsdiagnose noch davon ausgegangen war, dass der geklagten Müdigkeit eine organische Ursache zu Grunde liege (IV-Dok 150, S. 19), diagnostizierte er im Mai 2016 ein chronisches Fatigue-Syndrom bei weiterhin unklarem immunologischem Prozess. Auch anschliessend konnte weder ein sicherer Hinweis für eine Enzephalitis noch generell ein eindeutiger pathologischer Befund erhoben werden (IV-Dok 150, S. 21). Auch ergab sich kein Hinweis auf einen allfälligen gynäkologischen Tumor (a.a.O.), nachdem zuvor bereits ein paraneoplastisches Syndrom ausgeschlossen worden war (IV-Dok 150 S. 19). Zusammenfassend besteht für die geklagte Müdigkeit der Versicherten trotz anfänglichen Vermutungen und Verdachtsdiagnosen kein Anhaltspunkt für eine organische Ursache. Daran vermag nichts zu ändern, dass die Versicherte auf eine Cortison-Therapie kurzfristig gut angesprochen hatte. Angesichts der Vielzahl der erfolgten Abklärungen ohne somatischen Befund stellt die in diesem Zusammenhang vertretene Auffassung einer organischen Ätiologie allenfalls eine Hypothese dar. Überwiegend wahrscheinlich liegt bei dieser Aktenlage jedoch keine Erkrankung somatischen Ursprungs vor.

5.4 Unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung lässt die Beschwerdeführerin sodann geltend machen, dass es entgegen der angefochtenen Verfügung unzulässig sei, die Auswirkungen leichter bis mittelgradiger depressiver Störungen auf die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich anhand des Kriteriums der Therapieresistenz zu beurteilen. Vielmehr sei auch in diesen Fällen ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen.

5.4.1 Das Bundesgericht hat im Leiturteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert. Demnach kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Der Rentenanspruch wird nunmehr anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Die Diagnosestellung und – in der Folge – die Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwie-

gender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen (BGE 141 V 281 E. 6).

5.4.2 In BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht eine weitere Rechtsprechungsänderung vorgenommen und festgestellt, dass sämtliche psychische Erkrankungen – namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur – dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Beschwerdeführerin ist daher grundsätzlich zuzustimmen, dass das Vorliegen einer leicht- oder mittelgradigen depressiven Störung die Vornahme einer Indikatorenprüfung nicht per se ausschliesst. Ebenfalls ist ihr darin beizupflichten, dass allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit solcher Störungen nicht mehr alleine anhand des Kriteriums einer allfälligen Therapieresistenz beurteilt werden können (oben, Erwägung 5.3.1). Nichts desto trotz verliert ein gemäss altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht per se seinen Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigen-gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass ein strukturiertes Beweisverfahren dann entbehrlich bleibt, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (BGE 125 V 351) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Art und Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5). So verhält es sich auch hier. Bei einer Neurasthenie und einer remittierten Depression erweist sich eine Indikatorenprüfung als obsolet. Hintergrund bildet der Umstand, dass sich der Schweregrad einer Störung nach den konkreten funktionellen Auswirkungen beurteilt. Massgebend ist deshalb, ob und wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist. Eine massgebende Beeinträchtigung liegt hier aufgrund des überzeugenden Gutachtens von Dr. C.____ aber keine vor, weil der Neurasthenie ein diagnoseinhärenter Bezug zum Schweregrad fehlt (Urteil des Bundesgerichts 8C_617/2015 vom 20. Mai 2016, E. 4.3.2). Mit dem Vorliegen einer Neurasthenie alleine ist mit anderen Worten keine Diagnose mit einem für eine Leistungseinschränkung erforderlichen Schweregrad gegeben.

5.4.3 Mit Blick auf diese rechtsprechungsgemässen Vorgaben konnte der psychiatrische Gutachter im Zeitpunkt seiner Untersuchung am 20. Juni 2014 keine Diagnose mehr erheben, welche eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Versicherten hätte begründen können. Eine depressive Episode war in diesem Zeitpunkt nachweisbar nicht mehr vorhanden, und die Neurasthenie ist dem Gesagten zufolge für sich alleine nicht geeignet, die Leistungsfähigkeit einzuschränken. Daran ändert auch nichts, dass der Gutachter von einer nur noch 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist, zumal er sich bei dieser Einschätzung ohnehin auf das Pensum in der letzten Beschäftigung der Versicherten als Sekretärin bei der B.____ im Umfang von 50% bezogen hat. Eine invaliditätsrelevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Versicherten kann gestützt auf die gutachterliche Exploration jedenfalls nicht angenommen werden.

Auch wenn bei der Beschwerdeführerin Leistungseinbussen bestehen, ist weder eine schwere psychische Störung noch eine somatische Erkrankung von Relevanz vorhanden. Insbesondere liegt auch keine psychiatrische Komorbidität vor. So hat sich die Versicherte sozial zwar etwas zurückgezogen; gemäss ihren eigenen Angaben pflegt sie aber weiterhin gute Kontakte insbesondere innerhalb ihrer Familie. Schliesslich hat Dr. C.____ nachvollziehbar zum Ausdruck gebracht, dass die geklagte Müdigkeit der Versicherten objektiv nicht erklärt werden kann, sondern auf deren subjektive Einschätzung zurückzuführen ist. Mangels einer aktenkundigen Veränderung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. April 2018 kann im erwerblichen Bereich spätestens seit der Untersuchung durch Dr. C.____ im Juni 2014 demnach keine rentenbegründende Invalidität mehr angenommen werden.

5.4.4 An diesem Ergebnis vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach sich aus den zahlreichen Berichten der behandelnden Ärzte eine fehlende Arbeitsfähigkeit ableiten lasse, nichts zu ändern. Die Versicherte verweist in ihrer Beschwerde zunächst auf einen neueren Bericht von Dr. med. F.____ vom 20. Juli 2017 (IV-Dok 149). In diesem Bericht hat die behandelnde Ärztin im Wesentlichen ein chronisches Fatigue-Syndrom bei unklarem immunologischem Prozess diagnostiziert. Alleine die unterschiedliche diagnostische Einordnung ändert dem Gesagten zufolge aber nichts daran (oben, Erwägung 5.3.2), dass in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht aus den geklagten Leiden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden kann (BGE 140 V 8, E. 2.2.3.1). Wie bereits zuvor Dr. C.____ berichtet auch Dr. F.____ von einer ausserordentlichen Müdigkeit ohne ersichtlichen Grund, die zu einer psychischen und physischen Erschöpfungssymptomatik führe. Ein Befund, der im Vergleich zu Dr. C.____ eine abweichende Einschätzung der funktionellen Auswirkungen nahe legen würde, ergibt sich daraus nicht. Mithin bestehen trotz des Berichts von Dr. F.____ vom 20. Juli 2017 keine konkreten Anhaltspunkte, welche geeignet wären, das Verwaltungsgutachten von Dr. C.____ in Zweifel zu ziehen (oben, Erwägung 4.1). Im Übrigen sind seit der Exploration durch Dr. C.____ keine ärztlichen Unterlagen mehr ergangen, welche für die Zeit ab Juni 2014 hinsichtlich eines diagnoseinhärenten Schweregrads der Erkrankung oder mit Blick auf die funktionellen Auswirkungen der geklagten Beschwerden eine abweichende Einschätzung nahe legen würden. Als Zwischenergebnis ist demnach daran festzuhalten, dass spätestens seit dem Untersuchungszeitpunkt durch Dr. C.____ im Juni 2014 keine rentenrelevante Invalidität bestanden hat.

6.1 Fraglich ist allerdings, ob für die Zeit zuvor und allenfalls bis wann eine rentenrelevante Invalidität vorgelegen hat. Da sich dem Gutachten von Dr. C.____ keine retrospektiven Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten entnehmen lassen (vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 31. Juli 2014, IV-Dok 72, S. 2), ist für die Prüfung dieser Frage auf die echtzeitlichen Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte abzustellen. Nachdem die Versicherte zuletzt bis Ende Februar 2010 im Umfang von 50% als Sekretärin tätig gewesen war, hat sie sich am 29. Oktober 2010 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet (IV-Dok 1). Das Wartejahr ist am 27. Februar 2011 abgelaufen (IV-Dok 90, S. 6). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens im April 2011 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) und es ist die Zeit ab Ende April 2011 einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

6.2 Von ihrer Hausärztin ist der Versicherten ursprünglich ab 18. Januar 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (IV-Dok 2, S. 4). Nachdem sie ein erstes Mal vom 18. März 2010 bis 19. Mai 2010 wegen einer schweren depressiven Störung stationär in der Klinik G._____ behandelt worden war (IV-Dok 20, S. 5), attestierte die behandelnde Psychiaterin Dr. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 16. Januar 2011 wegen einer schweren depressiven Episode, aktuell teilremittiert, ab Januar 2011 eine 90%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Dok 12, S. 3). Ab 2. Februar 2011 befand sich die Versicherte erneut in stationärer Behandlung. Sie konnte am 6. April 2011 zwar in einem verbesserten Zustand entlassen werden (IV-Dok 20), musste in der Folge jedoch wegen ihrer rezidivierenden depressiven Störung weiterhin mittelgradigen Ausmasses ambulant behandelt werden (IV-Dok 20, S. 14). Diese Behandlung erfolgte ab 6. Juni 2011 zunächst durch die H._____. Ab 2. September 2011 wurde sie durch die behandelnde Ärztin der Versicherten weitergeführt (IV-Dok 23, S. 3 f.). Diese erhob mit Bericht vom 30. Dezember 2011 weiterhin eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, hielt eine nach wie vor stark verminderte Leistungsfähigkeit fest, und attestierte der Versicherten bis auf Weiteres erneut eine 90%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Dok 27). Am 27. Februar 2012 trat die Versicherte wegen chronischer Müdigkeit und depressiver Erschöpfung einen erneuten stationären Aufenthalt in der Klinik I._____ an (IV-Dok 31). Dieser dauerte bis 24. April 2012. Dem entsprechenden Austrittsbericht (Eingang bei der IV-Stelle am 13. Dezember 2012) ist zu entnehmen, dass die Versicherte an einem physischen und psychischen Erschöpfungssyndrom im Ausmass einer depressiven Störung leide. Die Patientin schlafe die Nacht durch, stehe am Morgen auf und könnte nach einer Stunde schon wieder ins Bett gehen. Nachdem eine zunächst in die Wege geleitete Behandlung mit CipraleX erfolglos geblieben sei, sei eine Kombinationsumstellung zusätzlich mit Remeron erfolgt. Seit einiger Zeit nehme die Patientin nur noch Remeron 30mg abends ein. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 30% könne ab 2013 gerechnet werden (IV-Dok 41). Gemäss dem im Nachgang zum Klinikaustritt ergangenen Bericht ihrer behandelnden Fachpsychiaterin vom 27. Oktober 2013 zufolge leide die Versicherte an einer rezidivierenden Störung, welche sich gegenwärtig in Remission befinde. Seit ihrem letzten Bericht an die IV persistiere die Tagesmüdigkeit und eine schnelle Ermüdbarkeit. Die Patientin sei zeitlich vermindert leistungsfähig. Sobald die Müdigkeit sie überfalle, benötige sie eine Auszeit. Sie wirke erschöpft und betone ihre Müdigkeit. Aktuell bestehe keine Medikation mehr. Seit 1. Januar 2011 bis zum 1. April 2013 bestehe eine 90%-ige Arbeitsunfähigkeit, ab 1. April 2013 sei von einer noch 80%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Der weitere Verlauf bleibe abzuwarten. Die Patientin wünsche unter anderem mitzuteilen, dass ihre Depression zwar ab und zu auftreten würde und ihre Müdigkeit ständig vorhanden sei; sie könne aber damit leben, weitere Abklärungen würden nichts bringen (IV-Dok 51).

6.3 Zusammenfassend präsentiert sich das Bild einer anfänglich schweren depressiven Störung mit anschliessender teilweiser und per April 2012 gänzlicher Remission bei persistierender Müdigkeit. Eine detaillierte Betrachtung des Krankheitsverlaufs zeigt auf, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen April 2011 (oben, Erwägung 6.2) bis zum Austritt ihres letzten stationären Aufenthalts in der Klinik I._____ am 24. April 2012 massgebend wegen einer mittelgradigen, rezidivierenden depressiven Störung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Im Vergleich zu den gesundheitlichen Verhältnissen, wie sie im Juni 2014 von Dr. C._____

erhoben wurden, bestanden in diesem Zeitraum deutlich schlechtere psychiatrische Verhältnisse, welche nicht durch die von Dr. C.____ diagnostisch als Neurasthenie erhobene Müdigkeit, sondern vorerst noch durch tiefgreifende depressive Episoden und eine dadurch ohne Weiteres erklärbare, hohe Leistungslimitierung geprägt waren. Die funktionellen Einschränkungen der in diesem Zeitraum noch dominierenden depressiven Episode waren den übereinstimmenden, echtzeitlichen Unterlagen derart hoch, dass der Versicherten vorerst praktisch keine Ressourcen verblieben sind, um einer allfälligen Verweistätigkeit, wie sie anschliessend von Dr. C.____ festgelegt worden ist, nachzugehen. Erst mit dem Austritt aus der Klinik I.____ Ende April 2012 lag erstmals eine vergleichbare Gesundheitssituation vor, wie sie auch im Gutachten von Dr. C.____ festgestellt worden ist. Mit anderen Worten ist erst seit dem Austritt aus der letzten stationären Behandlung Ende April 2012 von einer remittierten depressiven Störung bei lediglich noch persistierender Müdigkeit auszugehen. Für dieses Resultat spricht nicht nur die echtzeitliche Festlegung der Rest-Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.____ gemäss Bericht vom 27. Oktober 2013 (IV-Dok 51), sondern vor allem die Beurteilung des RAD, der in der hier fraglichen Periode ab Ende April 2011 ebenfalls von einer Restarbeitsfähigkeit von lediglich 10% in einer einfach, gut strukturierten Verweistätigkeit ausgegangen ist (IV-Dok 72, S. 2). Die Aktenlage ist in dieser Hinsicht nachvollziehbar und schlüssig. Zusammenfassend erhellt deshalb, dass der Versicherten seit dem Zeitpunkt eines möglichen Rentenbeginns per Ende April 2011 (Eingang des Gesuchs der Versicherten bei der IV-Stelle nachweislich bereits am 29. April 2011, IV-Dok 1, S. 1) bis Ende April 2012 eine angepasste Verweistätigkeit im Umfang von lediglich 10% zuzumuten war. Seit Ende April 2012 ist indes von denselben gesundheitlichen Verhältnissen und mithin von einer nicht invalidisierenden Neurasthenie auszugehen, wie sie in der Folge von Dr. C.____ gutachterlich bestätigt worden war (oben, Erwägung 5.4.3).

7. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie eingangs ausgeführt ist der Invaliditätsgrad der Versicherten nach der gemischten Methode zu bemessen (oben, Erwägung 2.8). Der Anteil der Erwerbstätigkeit und jener der Haushaltstätigkeit im Umfang von je 50% sind ebenso unbestritten wie die gesundheitlich bedingte Einschränkung der Versicherten im Haushalt im Umfang von 10,2%, soweit sie sich auf die hier massgebende Periode von April 2011 bis Ende April 2012 beziehen kann. Damit kann für die Berechnung der Invalidität auf die zutreffenden Erwägungen im Vorbescheid der IV-Stelle ursprünglich vom 7. Januar 2015 verwiesen werden (IV-Dok 90, S. 3 ff.), wonach die Versicherte bei einem ihr zumutbaren Erwerbsumfang von 10% ab Ende April 2011 ein jährliches Einkommen von CHF 4'805.— hätte erzielen können (Basis: Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2010, TA1, Privater Sektor, Anforderungsniveau 4, Frauen, monatlich CHF 4'225.- und betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden zuzüglich Nominallohnentwicklung von 1%). In Gegenüberstellung mit dem als gesunde Person in einem Pensum von 50% als kaufmännische Mitarbeiterin erzielbaren Valideneinkommen im Umfang von CHF 32'5099.— (Basis: LSE 2010, TA7, Frauen, monatlich CHF 5'160.—; betriebsübliche Wochenarbeitszeit 41,7 Stunden zuzüglich Nominallohnentwicklung von 1%) resultiert eine Erwerbseinbusse von CHF 27'794.— und damit im erwerblichen Bereich ein mit 50% gewichteter IV-Grad von 42,63% (85,26% x 50%; oben, Erwägung 2.6 a. E.). Zusammen mit der gewichteten Einschränkung im Haushalt von 5,10% (10,2% x 50%) resultiert ein massgebender IV-Grad von rund 48% und damit unter Berücksichtigung der dreimonatigen Karenzfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV von

April 2011 bis Juni 2012 Anspruch auf eine Viertelrente der IV. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis teilweise gutzuheissen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.— bis CHF 1'000.— festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf CHF 800.— fest. In der ab 1. Januar 2019 neu in Kraft getretenen Bestimmung gemäss § 20 Abs. 3 VPO sind die ordentlichen Kosten neuerdings auch den unterliegenden Vorinstanzen zu auferlegen. Vorliegend ist die IV-Stelle unterlegene Partei. Die ordentlichen Kosten von CHF 800.— werden somit ihr auferlegt, und der geleistete Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zuzusprechen. Diese ist der IV-Stelle aufzuerlegen, welche die materiell unterlegene Gegenpartei ist (BGE 127 V 107 E. 6b und Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2008, 9C_806/2007, E. 5). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 13. Februar 2019 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstandenden Zeitaufwand von insgesamt sechs Stunden und 35 Minuten praxisgemäss à CHF 230.— geltend gemacht. Die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen im Umfang von CHF 67.— sind ebenfalls angemessen. Damit ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von insgesamt 1'702.90 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle vom 23. April 2018 aufgehoben und es wird der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab April 2011 bis und mit Juni 2012 eine Viertelrente der Invalidenversicherung zugesprochen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.— werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 800.— ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von CHF 1'702.90 (inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.