



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Februar 2022 (720 21 161 / 36)

Invalidenversicherung

Würdigung der Arztberichte

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

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 1962 geborene A.____ meldete sich am 14. Dezember 2018 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) unter Hinweis auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung am rechten Handgelenk zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 16. April 2021 das Leistungsbegehren von A.____ gestützt auf einen IV-Grad von 17 % ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, mit Schreiben vom 22. Mai 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihre Arbeitsfähigkeit mittels eines polydisziplinären Gutachtens neu abzuklären.

C. Mit Vernehmlassung vom 14. Juni 2021 beantragte die IV-Stelle, dass die Beschwerde abzuweisen sei.

D. Die Beschwerdeführerin hielt mit Schreiben vom 27. September 2021 an ihren Rechtsbegehren und Ausführungen gemäss ihrer Beschwerdeschrift vom 22. Mai 2021 fest.

E. Mit Schreiben vom 8. November 2021 reichte die Beschwerdeführerin ein Schreiben der behandelnden Ärztin Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Oktober 2021 zu den Akten und hielt an ihren bisherigen Rechtsbegehren fest.

F. Die IV-Stelle nahm dazu unter Beilage einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) mit Schreiben vom 24. November 2021 Stellung und hielt dabei an ihrem Abweisungsantrag fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte – Beschwerde der Versicherten vom 22. Mai 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: [BGE 144 V 210](#) E. 4.3.1; [129 V 354](#) E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat 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.

2.2 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).

2.3 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409, 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren 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 (BGE 141 V 281 E. 8).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht bestritten wird.

3. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der 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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

3.3.1 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C_609/2018, E. 3.2.2).

3.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG (in der bis 31.12.2021 gültigen Fassung) eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

3.3.3 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 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des 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).

4. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGE 126 V 353 E. 5b; Urteil des Bundesgerichts vom

22. März 2022, 8C_521/2021, E. 3.1.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

5.1 Mit Schreiben vom 13. März 2019 berichtet Dr. C.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Speziell Rheumaerkrankungen FMH, dass die Versicherte seit Jahren an chronischen Beschwerden leide, nach wie vor an panvertebralen Rückenschmerzen mit Betonung im Bereich der BWS und Schmerzen im Schulterbereich links mehr als rechts und in den Oberschenkeln bis zu den Kniegelenken. Dr. C.____ hält fest, dass aus rheumatologischer Sicht die Arbeit als Raumpflegerin schon länger nicht mehr zumutbar gewesen sei. Um die Arbeitsfähigkeit steigern zu können, müsse die Patientin eine leichtere Arbeit verrichten. So eine Arbeit werde sie jedoch nicht finden. Gesamtmedizinisch sei sie wahrscheinlich nicht mehr als 50 % arbeitsfähig, dies unter Berücksichtigung der Einschränkung wegen chronischen Schmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung.

5.2 Am 19. November 2019 berichtet Dr. C.____ über einen stationären Gesundheitszustand. In der Diagnostik wird eine schwere generalisierte Fibromyalgie erwähnt. Es wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben.

5.3 Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führt in ihrem Bericht vom 2. Juli 2020 als Diagnose eine depressive Episode gegenwärtig mittleren Grades an. Anamnestisch hält sie den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Dr. B.____ attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, eine Prognose könne sie nicht abgeben.

5.4 Am 7. Januar 2021 wird das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (mit den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) der Neurologie Toggenburg AG erstattet.

5.4.1 Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie, vom 12. Dezember 2020 wird ausgeführt, die Versicherte habe angegeben, dauernd Schmerzen in beiden Beinen und in der gesamten Wirbelsäule zu verspüren. Seit dem Unfall im Dezember 2017 sei alles schlimmer geworden. Sie könne wegen ihrer Schmerzen weder lange sitzen noch sonst eine Position längere Zeit innehalten. Schmerzen habe sie auch beim Gehen. Dr. D.____ hält fest, die Versicherte sei von ihm leicht nach vorne geneigt sitzend angetroffen worden. Beim Gang zum Untersuchungszimmer seien beim Aufstehen aus dem Stuhl initial non verbale Schmerzäusserungen aufgefallen. Der Gang sei kleinschrittig jedoch ohne Hinken in deutlich kyphotischer Rumpfhaltung erfolgt. Der Rapport sei während der gesamten Untersuchung uneingeschränkt gewesen. Sie habe affektiv gut schwingungsfähig gewirkt, teilweise sei sie kurzfristig in Tränen ausgebrochen. Während der gut einstündigen Anamneseerhebung sei sie zwar in der Lage gewesen, im Stuhl zu sitzen, habe jedoch spontan mehrmals die Sitzposition gewechselt, wobei sie eine nach vorne geneigte Sitzposition bevorzugt habe. Das An- und Auskleiden sei leicht verlangsamt erfolgt, jedoch flüssig. Dr. D.____ erhebt als Diagnosen mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Panvertebralsyndrom sowie eine intermittierende Polyarthralgie. Der Zustand in Bezug auf die Radiusfraktur sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die objektivierbaren rheumatologischen Befunde hätten die von der Versicherten geklagte ausgehende und subjektiv hochgradig invalidisierende muskuloskelettale Schmerzsymptomatik nur anteilig zu erklären vermögen. Hinweise auf eine entzündliche rheumatologische Erkrankung seien nicht vorhanden. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung hält Dr. D.____ fest, im Rahmen der aktuellen gutachterlichen Untersuchung hätten bezüglich geklagter Beschwerden ein betreffend Intensität nicht mehr modulierbares, diffuses, den ganzen Körper einnehmendes muskuloskelettales Schmerzsyndrom, verbunden mit vegetativen subjektiven Symptomen, insbesondere einer Müdigkeit sowie Schlafstörung, ferner Stimmungsschwankungen mit vorwiegend gedrückter Stimmung im Vordergrund gestanden. Klinisch habe sich die Versicherte muskuloskelettal dekonditioniert präsentiert. Es hätten keine wesentlichen Inkonsistenzen festgestellt werden können und die Versicherte habe sich im Rahmen der Untersuchung adäquat verhalten. Im Weiteren habe sich eine deutliche Wirbelsäulenfehlform mit einer muskulären Dysbalance und eine altersbezogen deutliche generalisierte Hypermobilität nachvollziehen lassen. Die subjektive Symptombeschreibung könne damit jedoch nur zum Teil erklärt werden. Aus rheumatologischer Sicht erachtet Dr. D.____ die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar. Diese Einschätzung gelte sicher ab Dezember 2017. Sehr leichte bis leichte sowie rückenergonomisch adaptierte Tätigkeiten seien jedoch zu 100% zumutbar. Kritisch seien insbesondere das Vor- bzw. Rückneigen des Rumpfes sowie Tätigkeiten mit rotiertem Rumpf. Auch sollten Tätigkeiten mit Exposition des Körpers gegenüber Schlägen und Vibrationen vermieden werden. Weiter sei die Versicherte auf Wechselbelastung angewiesen.

5.4.2 Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hält in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest, dass der allgemeine Zustand etwas reduziert gewirkt habe. Die Versicherte sei sehr schlank. Themenabhängig sei sie mehrfach in Tränen ausgebrochen und habe sich dafür entschuldigt. Der objektive psychiatrische Befund sei normal gewesen. So sei sie wach und bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich und situativ und zur Person orientiert, das Gedächtnis sei intakt und auch die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien nicht eingeschränkt gewesen. Der formale Gedankenlauf sei geordnet gewesen und über Ängste und Befürchtungen habe sie nicht berichtet. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen würden keine vorliegen. Auch affektiv sei die Versicherte situationsangemessen und gut moduliert gewesen. Dr. E.____ diskutiert mögliche Diagnosen und hält zusammenfassend fest, dass es nach einer Fraktur der rechten Hand im Jahr 2017 ab Frühjahr 2019 überwiegend wahrscheinlich zu einer ab März 2019 dokumentierten leichten depressiven Beeinträchtigung gekommen sei. Es hätten medikamentöse Behandlungen mit Antidepressiva stattgefunden. Aktuell bestehe lediglich noch eine phasenweise vorhandene sub-syndromale Restsymptomatik mit Einschränkungen der Freude, phasenweiser Herabgestimmtheit und phasenweiser Lustlosigkeit. Es liesse sich aktuell keine namhafte psychische Beeinträchtigung objektivieren. Dr. E.____ zieht den Schluss, dass weder Diagnosen mit Auswirkungen noch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Er erachtet die Versicherte aus psychiatrischer Sicht als zu 100 % arbeitsfähig. Die leichte depressive Episode ab Frühjahr 2019 habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet.

5.4.3 Im Teilgutachten in der Fachdisziplin Allgemeine Innere Medizin von Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, werden keine fachspezifischen Diagnosen angeführt. Weder anhand der Akten noch der erhobenen Befunde könne eine internistische Diagnose gestellt werden. Dementsprechend erachtet er die Versicherte aus allgemein-medizinischer Sicht als zu 100 % arbeitsfähig.

5.4.4 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 7. Januar 2021 wird ausgeführt, aus internistischer und psychiatrischer Sicht hätten keine Diagnosen gestellt werden können. Aus rheumatologischer Sicht würden ein Panvertebralsyndrom und Polyarthralgien vorliegen, die sich klar auf die Funktionsfähigkeiten auswirken würden. Es sei von einer weitgehend mechanisch nozizeptiven Schmerzentstehung auszugehen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird ein chronisches Panvertebralsyndrom und eine intermittierende Polyarthralgie festgestellt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei der Zustand nach der Radiusfraktur im Dezember 2017, ein Spreiz-, Plattfuss und eine Osteoporose festzustellen. Es wird auf eine gewisse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren rheumatologischen Befunden und der subjektiv hochgradig invalidisierenden Schmerzsymptomatik hingewiesen. Eine Aggravation sei aber nicht festzustellen gewesen. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei eine gewisse Verdeutlichungstendenz festgestellt worden. Die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei ab Ende 2017 nicht mehr zumutbar. Auch eine angepasste Tätigkeit sei nach dem Unfall im Dezember 2017 vorübergehend vollständig nicht mehr zumutbar gewesen. Ab August 2018 sei überwiegend wahrscheinlich aber von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bei sehr leichten bis leichten rückenergonomisch adaptierten Tätigkeiten auszugehen.

5.5 Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens von Dr. B.____ eingereichte Bericht vom 19. Oktober 2021 enthält im Wesentlichen folgende Angaben: Zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. E.____ führt Dr. B.____ aus, dass keine fachspezifischen Zusatzuntersuchungen durchgeführt worden seien, insbesondere mit Blick auf die Abklärungen des Schweregrades der Depression. Die psychiatrische Untersuchung stütze sich lediglich auf die vorhandenen Akten und eine kurze psychiatrische Statuserhebung. Ebenfalls sei auf eine Laboruntersuchung verzichtet worden. Eine Fremdanamnese habe nicht stattgefunden. Es sei üblich, den Schweregrad der depressiven Erkrankung mittels Testverfahren abzuklären. Dr. B.____ hält fest, dass entgegen der Darstellung des Gutachters sehr wohl eine Medikation erfolge. Mehrere Antidepressiva hätten jedoch wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Die fehlende Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt der Untersuchung sei nicht auf die Remission der psychiatrischen Erkrankung zurückzuführen, sondern auf nicht tolerierbare Nebenwirkungen. Ab Frühjahr 2021 sei es gelungen, eine vertretbare medikamentöse Therapie zu etablieren. Die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Das allgemeine Funktionsniveau sei deutlich erniedrigt. Neben der psychiatrischen Situation würden auch die somatischen Diagnosen eine Rolle spielen. Alle Teilbereiche würden sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. Aktuell liege eine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome vor. Weiter nimmt Dr. B.____ zu den ICD-Kriterien Stellung und gelangt zum Ergebnis, dass die Versicherte die erforderlichen Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung hochgradig erfülle.

5.6 Mit ihrer Duplik reicht die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. November 2021 zu den Akten. Dr. G.____ hält fest, es sei falsch zu behaupten, eine Depression könne zuverlässig nur mittels einer Testung erkannt werden. Die Objektivierung ergebe sich tatsächlich einerseits durch Testungen (auf Basis von subjektiven Angaben der Versicherten), andererseits aus den Beobachtungen des Untersuchers. Insofern könne hier nicht von einer fehlenden Objektivierung gesprochen werden. Viel wichtiger jedoch sei die Gesamtschau der vorliegenden Krankheitsgeschichte, welche es ermögliche, die in der Untersuchung erhobenen Befunde valide zu interpretieren. Das Vorgehen im Gutachten sei korrekt erfolgt, die gezogenen Schlüsse nachvollziehbar. Weiter führt Dr. G.____ aus, es erschliesse sich sachlich nicht, warum ein systemisch wirkendes Medikament in Tropfenform körperlich weniger Beschwerden machen solle als in Tablettenform. Dass der Gutachter aus einer unstrittig nicht erfolgten Medikation seine Schlüsse gezogen habe, sei versicherungsmedizinische Praxis und unterscheide sich damit durchaus von der Sichtweise der Therapeutin. Mit einer Gegendarstellung unter Verweis auf den ICD-10 lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit begründen, ebensowenig mit der fehlenden persönlichen Kontaktaufnahme mit der Therapeutin und der nicht erfolgten Testpsychologie. Entscheidend seien die funktionellen Einschränkungen und weniger die Diagnosen. Das vorliegende Gutachten lasse keine Fragen offen und argumentiere unter Einbezug von Längsverlauf und aktuellen Befunden und komme zu nachvollziehbaren Schlüssen.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. April 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter im polydisziplinären Gutachten der Neurologie Toggenburg AG vom 7. Januar 2021 gelangten. Sie ging dementsprechend davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ab Dezember 2017 vorübergehend vollständig arbeitsunfähig war. Überwiegend wahrscheinlich könne ab August 2018 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in sehr leichten bis leichten rückenergonomisch adaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist – jedenfalls für den vorliegend massgebenden Zeitraum ab Juni 2019 (vgl. nachfolgend E. 6.3.3) – nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3.1 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 nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor.

6.2 Das Gutachten der Neurologie Toggenburg AG weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Hand- und Rückenproblematik sowie die psychiatrischen Beschwerden) und es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Mit Blick auf die erhobenen Diagnosen und Befunde leuchtet es auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ein. Der Rheumatologe kann die geklagten Beschwerden nicht mit entsprechenden Befunden vollständig erklären. Unter Berück-

sichtigung der Fehlstatik und der degenerativen Veränderungen am Rücken gesteht er der Beschwerdeführerin zu, die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben zu können. Er attestiert ihr auch, dass nur noch leichte dem Rücken angepasste Tätigkeiten möglich sind. Er nimmt damit Rücksicht auf die objektiven Probleme der Beschwerdeführerin. Auch der psychiatrische Gutachter hat umfassend dargestellt, dass nur eine subsyndromale depressive Symptomatik besteht, was mit Blick auf die erhobenen Befunde nachvollziehbar ist. Sowohl eine Schmerzverarbeitungsstörung als auch eine posttraumatische Belastungsstörung hat der psychiatrische Gutachter diskutiert und ausgeschlossen. Auch die behandelnde Psychiaterin diagnostiziert "lediglich" eine – wenn auch mittelgradige – Depression, weshalb weitere Diagnosen nicht zur Diskussion stehen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Ebenso setzt es sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander.

6.3.1 Die Beschwerdeführerin bringt gegen das rheumatologische Teilgutachten der Neurologie Toggenburg AG unter anderem vor, die Einschränkungen durch die Verletzung am rechten Handgelenk seien nicht korrekt festgestellt worden. Der Sachverhalt sei diesbezüglich in keiner Weise geklärt worden. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine handchirurgische Exploration nicht notwendig erscheint. Der rheumatologische Gutachter ist fachlich geeignet, insbesondere unter Berücksichtigung der Vorberichte, die Arbeitsfähigkeit diesbezüglich zu beurteilen. Im Einklang mit den Berichten aus dem UV-Verfahren ist schlüssig, dass die Handproblematik jedenfalls ab Mai 2019 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, auch nicht in Bezug auf die angestammte Tätigkeit. Damit ist nachvollziehbar, dass es bei der Beschreibung einer zumutbaren Tätigkeit nicht zu qualitativen Einschränkungen in Bezug auf die rechte Hand kommt und folglich solche auch keine Erwähnung finden. Es sind keine Unterlagen vorhanden, welche die von der Beschwerdeführerin behaupteten Einschränkungen bestätigen würden.

Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, auch die vom rheumatologischen Gutachter diagnostizierten Rückenbeschwerden seien nicht haltbar bzw. es seien die weitergehenden Diagnosen von Dr. C.____ zu berücksichtigen. Dieser Auffassung kann nicht beigepllichtet werden. Die von Dr. C.____ verwendete Nomenklatur der Diagnosen fällt zwar anders aus als diejenige von Dr. C.____. Mit Dr. H.____ (vgl. dazu ihren Bericht vom 7. Juni 2021) ist jedoch davon auszugehen, dass die von Dr. D.____ erhobenen Diagnosen der Fehlstatik der gesamten Wirbelsäule umfassender den ganzen Rücken beurteilen, als die von Dr. C.____ im Besonderen erwähnte BWS-Symptomatik. Die von Dr. C.____ erwähnte Hyperkyphose ist Teil der Fehlstatik. Diesbezüglich ist im Übrigen zu betonen, dass gerade mit Blick auf die Rückenproblematik der Beschwerdeführerin nur noch sehr leichte bis leichte rückenergonomisch adaptierte Arbeiten zugemutet werden.

6.3.2 In psychiatrischer Hinsicht beruft sich die Beschwerdeführerin auf ihre behandelnde Psychiaterin Dr. B.____, welche eine mittelgradige Depression diagnostiziert. Dagegen führt der RAD zu Recht aus, dass diese Diagnose von Dr. B.____ auf der Grundlage der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin erhoben wurde. Zumindest ist den Berichten keine objektive Befunderhebung zu entnehmen. Dr. E.____ hat sich mit den Diagnostik-Kriterien auseinandergesetzt.

Testverfahren nach Hamilton sind dabei nicht nötig, entscheidend ist vielmehr der klinische Eindruck. Die Objektivierung ergibt sich zwar tatsächlich einerseits aus den Testungen (auf Basis von subjektiven Angaben), andererseits aber aus den Beobachtungen des Untersuchers. Insofern kann hier nicht von einer fehlenden Testung gesprochen werden. Ausserdem ergibt sich, dass Dr. E.____ die psychiatrische Befunderhebung AMDP-konform vorgenommen hat, was eine klinische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten beinhaltet. Aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; Version 16.06.2016 / Korrigenda 17.10.2016) ergibt sich, dass die Verwendung des AMDP-Systems als Standardabklärung definiert wird (Ziffer 4.3.1 der Qualitätsleitlinien). Wie der RAD zu Recht festhält, ist entscheidend die Gesamtschau der vorliegenden Krankheitsgeschichte, welche es ermöglicht, die in der Untersuchung erhobenen Befunde valide zu interpretieren. Ebenso ist eine Fremdanamnese nicht notwendig, sofern die Ausführungen des Gutachters stimmig erscheinen, was vorliegend der Fall ist. Auch ist nicht zu beanstanden, dass Dr. E.____ die im Zeitpunkt der Begutachtung unstrittig nicht erfolgte Medikation als mangelnden Leidensdruck interpretiert hat. Im Übrigen ist auch festzuhalten, dass Dr. B.____ bei ihrer Beurteilung die somatischen Beschwerden miteinbezogen hat, was nicht korrekt ist. Die vom psychiatrischen Gutachter gezogenen Schlüsse sind demzufolge nachvollziehbar und schlüssig, weshalb aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit – auch im Zeitpunkt der leichten depressiven Episode im Frühjahr 2019 – auszugehen ist.

6.3.3 Was den relevanten Verlauf der Arbeitsunfähigkeit betrifft, ist folgendes festzuhalten: Der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechs monatigen Wartefrist nach erfolgter Anmeldung im Dezember 2018 ist Juni 2019. Zweifellos kann die Einschätzung der Gutachter ab diesem Zeitpunkt als überzeugend beurteilt werden. Zwar ist der rheumatologische Gutachter der Meinung, dass bereits ab August 2018 seine Einschätzung gelte. Unter Berücksichtigung der Unfallakten zeigt sich jedoch, dass diese Auffassung mit Blick auf die Handproblematik in Zweifel zu ziehen ist. Sicherlich kann der Auffassung des Gutachters aber ab Mai 2019 von der Handproblematik her zugestimmt werden. In Bezug auf die Rückenproblematik ergeben sich keine Abweichungen, da sich der Zustand des Rückens als gleichbleibend erwiesen hat, d.h. nur noch sehr leichte bis leichte rückenergonomisch adaptierte Arbeiten als zumutbar erachtet werden. Etwas Anderes ist den Akten nicht zu entnehmen. Psychiatrisch bestand ab März 2019 allenfalls eine leichte depressive Episode, welche aber zu keiner nennenswerten Einschränkung geführt hat. Die behandelnde Psychiaterin Dr. B.____ hat durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei mittelgradiger Depression beschrieben, was nicht überzeugt (vgl. oben E. 6.3.2). Demzufolge kann die Einschätzung von Dr. E.____ rückwirkend Geltung beanspruchen. Selbst wenn also im Frühjahr 2019 eine leichte Depression vorlag, so lässt sich damit keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Bei fehlender relevanter psychischer Beeinträchtigung ist auch keine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Damit erscheint der von den Gutachtern festgelegte relevante Verlauf der Arbeitsunfähigkeit – jedenfalls ab Mai 2019 – nachvollziehbar, weshalb ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, d.h. in einer leichten bis sehr leichten rückenergonomisch adaptierten Tätigkeit, auszugehen ist.

6.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zwar seit Dezember 2017 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, aber jedenfalls ab Mai 2019 in einer

leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, dies bei einem frühest möglichen Rentenbeginn im Juni 2019.

7. Gegen die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens bringt die Beschwerdeführerin in grundsätzlicher Hinsicht zu Recht keine Einwände vor. Sie macht jedoch geltend, dass vom errechneten Invalideneinkommen entgegen der Auffassung der IV-Stelle nicht nur ein leistungsbedingter Abzug von 5 %, sondern ein solcher von 25 % vorzunehmen sei. Abgesehen davon, dass sich ein solch hoher Abzug unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin noch leichte bis sehr leichte rückenenergonomisch adaptierte Tätigkeiten in einem vollen Pensum zugemutet werden, nicht begründen lässt, würde selbst ein Abzug von 25% nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen.

8. Aus den obigen Erwägungen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Demzufolge hat die IV-Stelle einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, weshalb die vorliegende Beschwerde abzuweisen ist.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- - Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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