



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Februar 2023 (720 22 41 / 53)

Invalidenversicherung

Auf das beweiskräftige Verwaltungsgutachten kann abgestellt werden.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

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 1971 geborene A.____ meldete sich am 16. Juli 2019 unter Hinweis auf somatische und psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse verneinte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 16. Dezember 2021 nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren einen Anspruch auf eine Invalidenrente infolge Nichterfüllens des gesetzlichen Wartejahres.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Daniel Altermatt, Advokat, mit Eingabe vom 31. Januar 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantrage sie, die Verfügung vom 16. Dezember 2021 sei aufzuheben und ihr auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass das bidisziplinäre Gutachten, auf welches sich die leistungsablehnende Verfügung stütze, nicht über den erforderlichen Beweiswert verfüge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 10. Februar 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ("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 zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

3.2 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).

3.3 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.

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

3.5 Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2021, 9C_468/2021, E. 2.2.2).

4.1 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 zuge-
mutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 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, 122 V 157 E. 1c).

4.3 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). So ist 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).

5.1 Nach Eingang der Anmeldung vom 16. Juli 2019 holte die IV-Stelle zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts als erstes Berichte der behandelnden Ärzte der Versicherten ein. So wurde in einem Bericht der B. ____ AG, Klinik für Rheumatologie und Schmerzmedizin, vom 24. September 2019 berichtet, dass bei der Versicherten aktuell eine beidseitige Lumboischialgie mit Status nach rheumatologischer Abklärung und Behandlung bei einem Verdacht auf eine Dysfunktion des Illiosakralgelenks (ISG) bzw. eine Sakroiliitis bestehe. Als Nebendiagnose wurde unter anderem ein Status nach Schrittmacherimplantation (2005) bei kongenitalem AV-Block III aufgeführt. Aufgrund des guten Ansprechens auf die einmalige ISG-Infiltration seien keine weiteren

schmerztherapeutischen Interventionen mehr erfolgt. Die Patientin wünsche auch keine entsprechenden Interventionen mehr. Sie werde ihr konservatives Vorgehen optimieren und den Verlauf abwarten.

5.2 Mit Bericht vom 21. Oktober 2019 führte Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, im Rahmen einer Zweitmeinung aus, dass die Patientin an einem chronischen weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom, vereinbar mit einer generalisierten Fibromyalgie, leide. Typisch für die Fibromyalgie seien auch die Kopfschmerzen und die begleitenden vegetativen Symptome. Differenzialdiagnostisch sei es in so einer Situation stets schwierig, ein entzündliches Schmerzsyndrom auszuschliessen. Gegebenenfalls leide die Patientin aber höchstens an einer abortiven und nicht behandlungsbedürftigen Spondylarthropathie. Es bestehe keine humorale Aktivität und keine Versteifung der Wirbelsäule. Neben Physiotherapie wären auch Massnahmen zur Entspannung (autogenes Training, Tai Chi oder Chi Gong) zu empfehlen. Bei einem schwierigen Verlauf könnte auch eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in Betracht gezogen werden. Aufgrund der stark beeinträchtigenden Kopfschmerzen sei eine neurologische Beurteilung zu empfehlen.

5.3 Anlässlich der neurologischen Beurteilung in der B.____ AG, Klinik für Neurologie, vom 25. November 2019 konnte die Diagnose einer Migräne nicht erhoben werden. Ferner konnten auch keine Hinweise für eine periphere oder zentral-vestibuläre Störung ausgemacht werden, welche die Schwindelsymptomatik erklären könnte. In der Zusammenschau bestehe seit Jahren ein Symptomkomplex, der nicht auf eine gemeinsame somatische Pathogenese zurückgeführt werden könne (zumindest nicht aus neurologischer Sicht). Aus neurologischer Sicht gebe es keinen erfolgsversprechenden Therapieansatz.

5.4 Im Bericht des Spitals D.____, Rheumatologie, vom 10. September 2020 wurde u.a. ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom der beidseitigen ISG diagnostiziert. Die Patientin leide seit mindestens 5-6 Jahren an Rückenschmerzen tieflumbal. Die bisher durchgeführten konservativen Massnahmen hätten keine Besserung gebracht. Die durchgeführte CT-Untersuchung zeige nur degenerative Veränderungen der beidseitigen ISG, ohne Hinweise auf eine stattgehabte Sakroiliitis, Erosionen oder postentzündliche Veränderungen der LWS im Sinne einer ankylosierenden Spondylitis. Aufgrund eines nicht MRI-tauglichen Schrittmachers könne keine MRI der LWS/ISG durchgeführt werden. Insgesamt bestünden aber keine Anhaltspunkte für eine axiale Spondylarthritis. Aufgrund des langjährigen Verlaufs und da bereits alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien, wäre eine stationäre Rehabilitation/multimodale Schmerzkomplexbehandlung sinnvoll.

5.5 Am 9. November 2020 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11, intermittierend F33.01) bei myofaszialem/fibromyalgieformem Schmerzsyndrom, Differenzialdiagnose (DD): somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.3). Seit circa 4-5 Jahren bestünden zunehmende lumbosakrale Schmerzen. Die Patientin sei rasch ermüdbar mit psychischen und somatischen Einschränkungen. Hinsichtlich der angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Belastbarkeit von 2,5 bis 3 Stunden.

5.6 In einem Bericht vom 26. April 2021 führte Dr. med. F.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, aus, seit der Schrittmacher-Implantation seien keine Synkopen mehr aufgetreten. Die Patientin klagt über niedrige Blutdruckwerte mit Schwindel sowie ständige Müdigkeit und Antriebsarmut. Es sei ein Eisenmangel festgestellt worden. Ausserdem bestehe ein leichter Vitamin-D-Mangel. Eine kardiovaskuläre Ursache für die Müdigkeit, Antriebsarmut sowie den Schwindel habe sich nicht nachweisen lassen. Die Blutdruckwerte würden im Normbereich liegen, ohne Hinweis auf eine Orthostase. Vermutlich hänge die Symptomatik mit dem Eisen- und Vitamin-D-Mangel zusammen.

5.7 Die Beschwerdegegnerin veranlasste ein Gutachten bei Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und PD Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5./20. Mai 2021. Aus bidisziplinärer Sicht stellten die Gutachter als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie bei/mit einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert.

5.7.1 Im rheumatologischen Fachgutachten wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt seien. Es bestünden in den Akten keinerlei Hinweise dafür, dass je eine Neurokompression oder eine radikuläre Reizsituation bestanden hätten. Auch anlässlich der heutigen Untersuchung hätten keinerlei Hinweise für eine relevante Neurokompression ausgemacht werden können. Die verschiedenen CT-Untersuchungen (eine MRI sei aufgrund des Schrittmachers nicht möglich gewesen) hätten im Bereich der LWS und der ISG altersentsprechende degenerative Anhaltspunkte gezeigt. Ergänzend seien aktuelle Röntgenuntersuchungen der LWS und des Beckens veranlasst worden. Zusammenfassend bestehe eine Fibromyalgie, wobei als Manifestation dieser Problematik vor allem eine beidseitige lumbo-spondylogene Symptomatik genannt werden könne. Es sei eine arbiträre Frage, ob man diese Symptomatik unter die Diagnose Fibromyalgie subsumieren möchte, oder dieselbe als eigenständige Diagnose aufführe. Vorliegend sei Ersteres vorgenommen worden, da die Symptomatik nicht einem mechanischen Lendenwirbelsäulensyndrom (LWS), sondern einer chronischen Schmerzstörung entspreche. Dafür sprächen die völlige Therapieresistenz auf sämtliche durchgeführten Massnahmen, die hohe Schmerzintensität bei klinisch normalen Befunden und die gesamte Schmerzpräsentation. Rein somatisch gehe man in der Regel davon aus, dass diese Diagnose bei einer körperlich leichten Tätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Allerdings sei es vorliegend so, dass die Explorandin auch einzelne Elemente einer körperlich belastenden Tätigkeit, d.h. einer Tätigkeit mit unergonomischen Stellungen nachgegangen sei, wofür eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Davon sei das (Herum-)Tragen schwerer Wäschepackte umfasst gewesen. Es handle sich bei der angestammten Tätigkeit um ein gemischtes Pensum (Frühstückservice und Wäsche/Lingerie). In dieser Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80% bezogen auf ein Ganztagspensum. Es kämen nur noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in Frage. Zudem bestünden folgende Einschränkungen: die Versicherte könne nicht dauernd sitzen, stehen, in Zwangsstellungen arbeiten, repetitiv vornüberbeugen, bü-

cken sowie nicht dauernd überkopf arbeiten. Für eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, welche rückschonend sei, bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. In zeitlicher Hinsicht gelte diese Einschätzung seit Mai 2019. Für den Zeitraum vom 16. Oktober 2018 bis 30. April 2019 sei in Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit den Angaben der behandelnden Rheumatologen zu folgen (vgl. hierzu ausführlich Gutachten S. 48 f.; vgl. zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ferner die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] beider Basel vom 15. Juni 2021, IV-Dok. 88).

5.7.2 Im psychiatrischen Fachgutachten wurde zunächst anhand einer Diskussion der innerpsychischen Struktur der Versicherten zusammenfassend festgehalten, dass aufgrund der belasteten Systemanamnese in der Kindheit und Jugend allenfalls eine gewisse depressive Struktur postuliert werden könne. Eine eigentliche Persönlichkeitspathologie lasse sich aber ausschliessen. In Bezug auf die Affektpathologie hielt der Gutachter fest, die Explorandin erfülle mit den subjektiven Angaben die Eingangskriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode. Dabei könnte der Eindruck entstehen, dass eine schwere depressive Störung vorliege. Es sei aber hervorzuheben, dass nicht unbeträchtliche Inkonsistenzen vorliegen würden. Die Explorandin zeige im objektiven Psychostatus zwar pathologisch ausgelenkte Befunde in den affektiven Parametern, die aber maximal mittelgradig ausgelenkt seien. Ebenso in einzelnen spezifischen objektiven Parametern, welche die innerpsychische Vitalität objektiv auszubilden vermöchten, bestünden maximal mittelgradige Auslenkungen. Zusammenfassend sei daher eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren. Diesbezüglich sei aber hervorzuheben, dass bei der Explorandin relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen würden. Die Explorandin habe zwar eine solide Schulbildung durchlaufen, eine Berufsausbildung absolviert und könne auf eine langjährige und erfolgreiche Berufsanamnese zurückblicken. Aufgrund ihres Stellenverlusts erziele sie jedoch kein Einkommen mehr, sondern werde durch ihren Sohn unterstützt. Der Ehemann der Explorandin sei arbeitslos und beziehe Krankentaggelder aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden. Die psychosozialen Belastungen würden dazu führen, dass die Explorandin sich subjektiv als psychisch belastet sowie depressiv und damit als vollständig arbeitsunfähig erlebe. Demgegenüber hätten diese Belastungsfaktoren aus objektiver versicherungspsychiatrischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Die Explorandin berichte über Körperschmerzen, die gemäss rheumatologischem Fachgutachten somatisch nicht erklärbar seien. Zudem bestünden emotionale wie auch psychosoziale Belastungen. Im Rahmen der Indikatorenprüfung bekräftigte der Gutachter, dass die mittelgradige depressive Episode nicht permanent durch eine primäre Persönlichkeitspathologie genährt und unterhalten werde, sondern sich im Zusammenhang mit einer Kündigung durch den Arbeitgeber, insbesondere im Zusammenhang mit gewichtigen psychosozialen, hauptsächlich finanziellen Belastungen, entwickelt habe, die allesamt invaliditätsfremd seien. Ferner falle auf, dass nie eine teilstationäre psychiatrische Behandlung in Erwägung gezogen worden sei, was überrasche, wenn der Behandler doch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Die antidepressive Medikation sei nicht leitliniengerecht verordnet. Serotin retard (Amitriptylin) sei ein klassisches sedierendes Antidepressivum, welches abends bzw. vor dem Schlafengehen eingenommen werden müsse, und nicht morgens und mittags. Ein wesentlicher Teil der subjektiv erlebten Müdigkeit und der objektiv nachgewiesenen psychomotorischen und formalgedanklichen Verlangsamung könne auf die inadäquate Einnahme dieser Medikation

zurückgeführt werden. Insgesamt könne die Prognose aus psychiatrischer Sicht daher als gut beurteilt werden, sodass die Explorandin im ersten Arbeitsmarkt vollzeitig arbeitstätig werde. Es bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Es habe in psychiatrischer Hinsicht nie eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden.

5.7.3 Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass aus gesamtmedizinischer Sicht die rheumatologische Beurteilung gelte.

5.8 Anlässlich des vorliegenden Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdeführerin mehrere Arbeitszeugnisse ihres behandelnden Kardiologen, Dr. F.____, datierend vom 22. November 2021, 16. Dezember 2021 und 21. Januar 2022 sowie einen Bericht derselben Fachperson vom 3. Juli 2022 ins Recht. Darin wurde wiederholt auf Herzrhythmusstörungen hingewiesen. Im Bericht vom 3. Juli 2022 wurde im Wesentlichen festgehalten, dass es durch eine Umprogrammierung des Schrittmachers und den Einsatz eines Betablockers gelungen sei, die als sehr störend empfundenen Herzrhythmusstörungen in den Griff zu bekommen. Es handle sich dabei um kurz anhaltendes Herzklopfen infolge von sogenannten supraventrikulären Salven. Es sei nachvollziehbar, dass die Patientin weiterhin intermittierend bei Zeitdruck und stärkeren Anstrengungen solche Palpitationen verspüre, welche mit Angst und Erschöpfung vergesellschaftet seien. Die Perception dieser eigentlich ungefährlichen, aber störenden Rythmusstörungen werde durch die zusätzlich vorliegende psychische Komponente bei bekannter Angst und Depression erheblich aggraviert. Insgesamt sei die Patientin in ihrem Beruf zurzeit nur zu 30% einsetzbar.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2021 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit in erster Linie auf das vorstehend zitierte bidisziplinäre Gutachten der Dres. G.____ und H.____. In ihrer Verfügung hat sie erwogen, dass seit Mai 2019 sowohl in der angestammten als auch in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% bestehe. Demgegenüber ging sie in ihrer Vernehmlassung in Übereinstimmung mit den gutachterlichen Feststellungen ab Mai 2019 von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit aus. Bei den Feststellungen in der angefochtenen Verfügung dürfte es sich wohl um einen Schreibfehler handeln, der im vorliegenden Verfahren indessen keine materiellen Auswirkungen zeitigt. Gestützt auf diese Ergebnisse ging sie davon aus, dass das gesetzliche Wartejahr nicht erfüllt sei, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

6.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiavor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahren 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 Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten ist insgesamt umfassend und die dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die vorgenommenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Gutachter haben die Versicherte

persönlich untersucht, eine umfassende Anamnese erhoben und gehen einlässlich auf ihre Angaben und Beschwerden ein. Sie setzen sich zudem fundiert mit den bei den Akten liegenden medizinischen Berichten auseinander und begründen abweichende Einschätzungen in überzeugender Weise.

6.3 Was die Beschwerdeführerin vorbringt ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Dres. G.____ und H.____ infrage zu stellen.

6.4.1 Die Beschwerdeführerin zweifelt zunächst den Beweiswert des rheumatologischen Fachgutachtens an. Sie macht geltend, Dr. G.____ habe das seitens der Behandler des Spitals D.____ diagnostizierte chronische lumbosakrale Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen beider ISG ausser Acht gelassen. Nachdem diese Diagnose nicht berücksichtigt worden sei, könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden.

6.4.2 Dieser Auffassung kann nicht beigeplichtet werden. Unter Berücksichtigung des vorstehend Dargelegten ist zunächst festzuhalten, dass Dr. G.____ seine Einschätzung in Kenntnis der gesamten Aktenlage und nach gut dokumentierter eingehender Erhebung eigener Befunde abgab. Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdeführerin setzte der Gutachter sich ferner ausführlich mit den Diagnosen des Spitals D.____ auseinander und würdigte die daraus resultierenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. So nahm er eingehend auf die (auch zusätzlich veranlassten) Röntgenbilder der LWS und des Beckens Bezug und hielt fest, dass im Rahmen der CT-Untersuchungen im Bereich der LWS und der ISG altersentsprechende degenerative Veränderungen hätten ausgemacht werden können. Hinweise für eine Neurokompression, eine radikuläre Reizsituation oder eine Sakroiliitis konnte er nicht ausmachen (vgl. Gutachten S. 54 und 56). Ebenso überzeugend gelangte er zum Schluss, dass die Symptomatik daher auch keinem mechanischen LVS, sondern einer chronischen Schmerzstörung entspreche, nachdem keine Hinweise für eine entzündliche Erkrankung beständen. Hierbei begründete er einleuchtend, weshalb er die Symptomatik vorliegend unter die Fibromyalgie subsumiere. Dessen ungeachtet konnten die Behandler des Spitals D.____ im Einklang mit den gutachterlichen Feststellungen keine Anhaltspunkte für Erosionen oder ein entzündliches Geschehen ausmachen (vgl. E. 5.4 hiervor). Solche lassen sich denn auch weder den übrigen Akten entnehmen noch wird Entsprechendes seitens der Beschwerdeführerin geltend gemacht.

6.5.1 Die Beschwerdeführerin stellt die Beweiskraft des Gutachtens im Weiteren insofern in Frage, als sie geltend macht, dass der behandelnde Kardiologe, Dr. F.____ bereits in seinem Bericht vom 26. April 2021 einen Eisenmangel als mögliche Ursache für die Müdigkeit, unter welcher sie leide, genannt habe. Es habe nun eine kardiologische Ursache bezüglich ihrer Beschwerden eruiert werden können. Aufgrund der erhobenen Herzrhythmusstörung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Hierbei verweist die Beschwerdeführerin namentlich auf die im Laufe des Verfahrens erstellten Berichte von Dr. F.____ vom 22. November 2021 und 16. Dezember 2021 sowie 21. Januar 2022 (vgl. E. 5.7 hiervor). In ihrer Replik vom 7. Juli 2022 bekräftigte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf einen weiteren Bericht von Dr. F.____ vom 3. Juli 2022 (vgl. E. 5.7 hiervor), dass im Februar 2022 die Folgen einer Covid-19-Infektion hinzugekommen

seien, welche die Arbeitsfähigkeit weiter eingeschränkt habe, sodass diese noch ausschliesslich 10% betrage.

6.5.2 Vorab gilt es darauf hinzuweisen, dass Dr. G.____ die kardiologische Problematik bekannt war und er diese bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit berücksichtigte (vgl. Gutachten S. 58). Wie die Beschwerdeführerin selbst ausführt, konnte Dr. F.____ in seinem Bericht vom 26. April 2021 keine kardiologische Ursache ausmachen. Auch weiteren Berichten sind in kardiologischer Hinsicht keine Auffälligkeiten zu entnehmen (vgl. bspw. Bericht der Herzpraxis I.____ vom 7. Mai 2020, IV-Dok. 77). Was die medizinische Aktenlage im Nachgang an die erfolgte Begutachtung anbelangt, so konnten die geltend gemachten Herzrhythmusstörungen gemäss Bericht von Dr. F.____ vom 3. Juli 2022 durch eine Umprogrammierung des Schrittmachers sowie Betablocker grösstenteils in den Griff gebracht werden. Ferner kann hierzu vollumfänglich auf die überzeugenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. J.____ vom 19. Juli 2022 (vgl. Vernehmlassungsbeilage) verwiesen werden. Hervorzuheben ist dabei namentlich der Umstand, dass der behandelnde Kardiologe in seinem Bericht vom 3. Juli 2022 selbst bestätigte, dass die Rhythmusstörungen ungefährlich gewesen seien und Restsymptome intermittierend nur bei Zeitdruck und stärkeren Anstrengungen auftreten würden. Dr. J.____ gelangte diesbezüglich nachvollziehbar zum Schluss, dass damit keine IV-relevante, längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Gleichermassen verhält es sich im Übrigen in Bezug auf den geltend gemachten möglichen Eisenmangel. Die Laborwerte ergaben einen Ferritinwert von 37 ng/ml, der gemäss Dr. J.____ im Normbereich liege. Dessen ungeachtet lässt sich ein allfälliger Eisenmangel durch eine entsprechende Medikation gut behandeln. Aufgrund dieser Befundlage ist denn auch wenig nachvollziehbar, weshalb bei der Versicherten nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 30% bzw. 10% bestehen soll, zumal die attestierte Restarbeitsfähigkeit durch Dr. F.____ in keiner Weise begründet wird. Hinzu kommt, dass Dr. F.____ der Versicherten Arbeiten mit leichten und intermittierend mittelschweren Belastungen ohne Zeitdruck als zumutbar erachtet. Hinweise für eine über das gutachterlich attestierte Leistungsprofil hinausgehende Einschränkung lassen sich anhand der vorliegenden Akten nicht verifizieren, weshalb diese Berichte keinen Anlass zu weiteren Sachverhaltsabklärungen geben. Was im Übrigen die Covid-19-Infektion anbelangt, so ist diese unbestrittenermassen nach Verfügungserlass entstanden, womit mögliche Spätfolgen vorliegend nicht zur Beurteilung stehen.

6.6.1 Die Beschwerdeführerin stellt ferner auch das Gutachten von PD Dr. H.____ vom 20. Mai 2021 infrage. Dabei macht sie geltend, dass der Gutachter ihr vorwerfe, nicht leitliniengerecht behandelt zu werden, ohne dabei die Hintergründe zu eruieren.

6.6.2 Dem kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass das Gutachten von PD Dr. H.____ eine ausführliche Diskussion der innerpsychischen Struktur der Versicherten und eine eingehende Würdigung der Affektpathologie enthält. Dabei vermag der Gutachter insbesondere auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nachvollziehbar zu begründen. Hierbei fällt namentlich ins Gewicht, dass der Gutachter zum Schluss kam, dass sich das Krankheitsbild im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren, konkret mit der erfolgten Kündigung durch den Arbeitgeber aber auch hauptsächlich finanziellen Belastungen, entwickelt

habe. Er legte dar, dass die Diagnose nicht durch eine primäre Persönlichkeitspathologie permanent genährt und unterhalten werde. Im Rahmen der Prüfung der Indikatoren bekräftigte der Gutachter, unter Ausgliederung dieser vollumfänglich als IV-fremd zu qualifizierenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren, dass es vorliegend an einer verselbstständigten psychischen Störung fehle. Vor diesem Hintergrund gelangte er zum begründeten Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (vgl. E. 3.5 hiervor). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gründete demnach primär auf dieser Diskussion. Lediglich in Ergänzung hierzu wies PD Dr. H._____ darauf hin, dass die Versicherte nicht adäquat psychopharmakologisch behandelt worden sei und mit einer leitliniengerechten antidepressiven Medikation eine relevante Verbesserung – des nicht als verselbstständigt zu betrachtenden Krankheitsgeschehens – innerhalb von drei Monaten erzielt werden könne.

7. Im Ergebnis ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der Dres. G._____ und H._____ vom 5./20. Mai 2021 von einer Arbeitsfähigkeit von 80% in Bezug auf die angestammte bzw. von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit seit Mai 2019 auszugehen. Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Auch die im Sinne eines Eventualbegehrens beantragten weiteren medizinischen Abklärungen würden zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichtet werden kann (vgl. zur Zulässigkeit einer antizipierten Beweiswürdigung: BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Verfügung vom 16. Dezember 2021 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

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.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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 der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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