



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. April 2022 (720 21 211 / 76)

Invalidenversicherung

Verwaltungsgutachten beweiskräftig und Entscheid der Ablehnung einer Rente bei ermittelter 80%iger Arbeitsfähigkeit und Nichterfüllen des Wartejahres bei durchschnittlich mindestens 40%iger Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht zu beanstanden.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber i.V. Egzon Rexhaj

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, Postfach, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1977 geborene A._____ erlitt im April 1996 einen Reitunfall, worauf die zuständige Unfallversicherung zunächst Leistungen erbrachte. Diese wurden per 1. Oktober 2001 eingestellt. Mit Gesuch vom Februar 2001 meldete sich A._____ unter Hinweis auf den Reitunfall ein erstes Mal zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach

Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) der Versicherten ab 1. November 2000 in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs eine halbe Rente, basierend auf einem IV-Grad von 52 %, und ab 1. März 2002 in Anwendung der gemischten Methode bei einem Erwerbsanteil von 80 % und einem Haushaltsanteil von 20 % eine Viertelsrente, basierend auf einem IV-Grad von 40 % zu. Im September 2009 wurde die Viertelsrente revisionsweise bestätigt. Nach einem Umzug in den Kanton X.____ erfolgte erneut eine Rentenrevision, welche nach Einholung eines Gutachtens bei der MEDAS Oberaargau AG (Medas) mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 endete und die Einstellung der Invalidenrente zur Folge hatte. Die Renteneinstellung wurde vom Kantonsgericht X.____ mit Urteil vom 17. Mai 2017 bestätigt. Die inzwischen wieder im Kanton Basel-Landschaft wohnhafte Versicherte meldete sich am 24. Oktober 2018 unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung erneut zum Leistungsbezug an. Zunächst wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 14. Januar 2019 ein Nichteintreten auf das Gesuch wegen unveränderten Gesundheitszustandes in Aussicht gestellt. Nach erhobenem Einwand gab die IV-Stelle im Rahmen der Rentenprüfung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein interdisziplinäres psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten in Auftrag. Darin kamen die Gutachter zum Schluss, dass lediglich eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Diese sei psychisch begründet und bestehe seit Jahren. Mit Verfügung vom 1. Juni 2021 lehnte die IV-Stelle in der Folge den Anspruch auf eine Rente mit der Begründung ab, dass die Arbeitsunfähigkeit seit Jahren nie höher als 20 % gewesen und somit das Wartejahr nicht erfüllt sei.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch die Rechtsanwältin Elisabeth Maier, am 2. Juli 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, die angefochtene Verfügung vom 1. Juni 2021 sei aufzuheben, und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 16. August 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 14. Oktober 2021 und Duplik vom 8. November 2021) hielten die Parteien an ihren Anträgen 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 Be-

handlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 2. Juli 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.

2.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten, wonach sie aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung Anspruch auf eine Invalidenrente hätte, zu Recht abgewiesen hat.

2.2 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).

2.3 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 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).

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

2.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der IV-Grad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der 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 IV-Grad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

2.6 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 133 V 108 E. 5, 117 V 198 E. 3a). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2003, I 285/02, E. 4.1; BGE 117 V 198 E. 3a und 109 V 108 E. 2b).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit 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 an-

deren 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 also entscheidend, ob der Bericht 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 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Berichten versicherungsinthener medizinischer Fachpersonen und (Akten-)Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, erkennt die Rechtsprechung ebenfalls Beweiswert zu. Es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 ff. mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht schliesslich der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

4. Vorliegend ist unbestritten, dass das Leistungsgesuch vom 24. Oktober 2018 als Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV zu qualifizieren ist. Die IV-Stelle ist zunächst von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen und in einem ersten Vorbescheid auf das erneute Leistungsbegehren nicht eingetreten. Erst nach Einreichung weiterer Berichte der behandelnden Ärzte wurde festgestellt, dass es Hinweise auf eine psychiatrische Verschlechterung gebe. Die IV-Stelle ist somit zu Recht davon ausgegangen, dass eine medizinische Verschlechterung zumindest glaubhaft erscheint. Sie ist dementsprechend auf die Neuanmeldung eingetreten und hat den Rentenanspruch in materieller Hinsicht geprüft.

5. Die IV-Stelle stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Dezember 2019.

5.1 Dr. C.____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Teilgutachten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Beide Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte habe ihm erzählt, dass sie seit dem Reitunfall 1996 nicht mehr reiten könne und ihr Hobby habe aufgeben müssen. Sie habe nach wie vor Mühe zu akzeptieren, dass sie ihre Karriere als Springreiterin habe aufgeben müssen. Sie leide zudem andauernd unter Schmerzen, die sich trotz zahlreicher Behandlungsversuche nicht wesentlich gebessert hätten. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Sie ziehe sich sozial zurück, leide unter depressiven Verstimmungen, sei freudlos und habe kaum Zukunftsperspektiven. Ferner leide sie auch unter den finanziellen Einschränkungen. Alle diese Belastungen würden dazu führen, dass sie sich durch die Beschwerden mehr eingeschränkt fühle, als das es den somatischen Befunden entspreche. Seit Jahren sei die Versicherte chronisch leichtgradig depressiv. Die Depression sei als rezidivierend zu bezeichnen. Sie sei nie längere Zeit psychiatrisch oder antidepressiv behandelt worden. Dr. C.____ führte weiter aus, dass er sich der vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und der Einschätzung, wonach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, nicht anschliessen könne. Zur Begründung legte er dar, dass gemäss behandelndem Psychiater bei der Versicherten keine Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung bestehe. Ferner seien in seinem Bericht vom 11. März 2019 keine psychopathologischen Befunde erwähnt worden. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei nicht näher begründet worden. Bei seiner Untersuchung habe er jedenfalls keine Hinweise für eine solche feststellen können. So befinde sich die Versicherte weder in psychiatrischer Behandlung noch werde sie antidepressiv behandelt. Sie stehe am Morgen regelmässig auf und arbeite in einem 50 % Pensum, welches sie gut leisten könne. Ausserdem habe sie eine stabile Beziehung zu ihrem Partner sowie gute Beziehungen zu ihrem Sohn und ihren Familienangehörigen. Zwar lebe sie aufgrund ihrer Beschwerden sozial zurückgezogen, dennoch sei sie zu einigen Aktivitäten in der Lage. Folglich bestehe keine ausgeprägte depressive Hemmung. Letztlich könne aufgrund eines leichten Verlaufes einer depressiven Störung nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Darüber hinaus könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden, da die Versicherte nicht unter derart ausgeprägten Schmerzen leide, die praktisch jede Tätigkeit verunmöglichen würden. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit Jahren um 20 % vermindert sei. Dies gelte weiterhin.

5.2 Dr. B.____ hielt in seinem rheumatologischen Teilgutachten lediglich Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest, nämlich die folgenden: ein chronisches thorakalbetontes Panvertebral-Syndrom bei leichter Wirbelsäulen-Fehlförmigkeit (leicht thorakal linkskonvexe Skolio-

se), altersentsprechende degenerative Veränderungen, myofasziale Befunde nach einem Status nach Sturz vom Pferd am 7. April 1996 mit Distorsion der Hals- und Brustwirbelsäule, eine leichte Eisenmangelsituation und einen Status nach Pyelonephritis rechts im April 1999. Die Halswirbelsäule sei frei beweglich mit Angabe von jeweils Endphasenschmerz. Ferner würden sich dort beidseitig Druckdolenzen und leichte Verspannungen finden; rechtsseitig betont im Sinne eines myotendinotischen Befundes. Eine radikuläre Problematik bestehe nicht. Ausserdem seien Kraft, Sensibilität und Reflexe der oberen sowie unteren Extremitäten als normal zu bezeichnen und keine Muskelatrophien auszumachen. In den Bereichen der Supraspinatussehnen seien deutliche Verspannungen auszumachen. Die Brustwirbelsäule sei allseits zu einem Drittel eingeschränkt mit Endphasenschmerz. Hier finde man einerseits muskuläre Befunde im Sinne von Druckdolenzen über den Dornfortsätzen der Brustwirbelsäule, andererseits aber auch am medialen Skapularand beidseitig. Auch hier würden sich also myotendinotische Befunde zeigen. Die Lendenwirbelsäule sei frei beweglich, jedoch wiederum unter Angabe von Endphasenschmerz. Betreffend die Fibromyalgiepunkte seien formal zehn Punkte positiv, wobei das Bild nach seiner Auffassung nicht einer Fibromyalgie entspreche, sondern im Rahmen der vertebrealen Symptomatik zu verorten sei. Der Gelenkstatus zeige unauffällige Verhältnisse bezüglich Hände, Handgelenke, Ellbogen, Schultern, Hüfte, Knie, sowie des oberen Sprunggelenks bei Spreizfüssen und eines Hallux valgus (rechts betont) beidseitig. Hinsichtlich des bildgebenden Materials hielt er fest, dass sich auf dem Röntgenbild der Lendenwirbelsäule vom 3. Juli 2015 beginnende altersentsprechende degenerative Veränderungen darstellen würden. Auch das Röntgenbild der Brustwirbelsäule vom 8. November 2016 zeige keine über das Altersausmass hinausgehenden degenerativen Veränderungen. Dieses werde vom Radiologen sogar als unauffällig bezeichnet. Das MRI der ganzen Wirbelsäule vom 19. Dezember 2016 zeige keine ossären oder ligamentären Verletzungen. Eine breitbasige Bandscheibenprotusion zwischen Wirbelkörper TH12 und L1 sei als im Rahmen der Altersnorm zu bezeichnen. Es fänden sich keine spinalen oder neuroforaminalen Wurzelaffektionen. Das Röntgenbild der Halswirbelsäule und des Dens axis vom 5. November 2018 weise eine regelrechte Lage des Dens axis zwischen der Massa lateralis des Atlas auf. Es finde sich kein Nachweis einer atlantoaxialen Arthrose. Zusammengefasst könnten die diversen radiologischen Abklärungen die subjektiv beklagten Beschwerden nicht erklären. Unfallfolgen seien in den ganzen Abklärungen nicht sichtbar. Im Vordergrund beständen zu diesem Zeitpunkt vor allem myotendinotische Befunde (vor allem zervikal rechtsseitig, dann thorakal, aber auch lumbal). Es bestehe insgesamt eine chronifizierte, seit vielen Jahren bestehende Schmerzsituation, welche sich trotz breiter Ausschöpfung sämtlicher therapeutischer Massnahmen nicht substanziell gebessert habe. Dementsprechend könne auch von Seiten des Fachgebietes der Rheumatologie kein Behandlungsvorschlag formuliert werden. Die Beschwerden würden jedenfalls bezüglich einer Bürotätigkeit sowie für leichte bis gelegentlich mittelschwere, rüchenschonende Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit begründen können.

5.3 In der Konsensbeurteilung kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass interdisziplinär in der bisherigen Tätigkeit, wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe.

5.4 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3), 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. Das fragliche Gutachten ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden. Ebenso leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den übrigen ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist letztlich auch in seinen Schlussfolgerungen überzeugend. Dr. C.____ begründet im psychiatrischen Teilgutachten letztendlich schlüssig, weshalb von einer leichtgradigen Depression auszugehen ist. So führt er an, dass die Beschwerdeführerin sich weder während längerer Zeit hat intensiv psychiatrisch oder antidepressiv behandeln lassen, noch sei jemals eine stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei sie nur in einer sehr lockeren ambulanten Behandlung gestanden und habe zudem keine Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung gehabt. All dies seien Hinweise dafür, dass die Versicherte eben nicht an einer mittelgradigen oder schweren Depression leidet. Mit der Diagnose der leichtgradigen depressiven Episode sei der vermehrten Müdigkeit, der Lustlosigkeit und dem sozialen Rückzug genügend Rechnung getragen worden. Nichts Anderes lässt sich hinsichtlich des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. B.____ sagen. Auch er begründet letztendlich schlüssig, weshalb die somatischen Beschwerden nicht derart schwer wiegen, sodass die Tätigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mehr möglich wäre. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ ergibt dem Gesagten entsprechend ein insgesamt schlüssiges und kongruentes Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf abgestellt.

6.1 Die Beschwerdeführerin wendet zunächst ein, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die rheumatologische Diagnose, welche im Gutachten der Medas noch mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen sei, trotz unveränderter Befunde nun plötzlich ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sein soll. Dr. B.____ setze sich mit den von der Medas festgestellten, zu voller Arbeitsunfähigkeit führenden Schmerzschüben in keiner Weise auseinander. Es ist der Beschwerdeführerin zwar dahingehend zuzustimmen, dass Dr. B.____ die unveränderte Diagnose im Gegensatz zum Gutachten der Medas als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. In seiner Zumutbarkeitsbeurteilung räumt er aber implizit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein, indem er nur rückschonende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als zumutbar erachtet. Entscheidend ist letztlich die zutreffende Zumutbarkeitsbeurteilung und diesbezüglich entspricht die Einschätzung von Dr. B.____ derjenigen der Medas. Dass Dr. B.____ seine Diagnose als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet, ist insofern unerheblich. Hinsichtlich der Schmerzschübe stimmt es zwar, dass Dr. B.____ diese in seinem Gutachten nicht diskutiert, jedoch muss hier angemerkt werden, dass im Gutachten der Medas lediglich die Rede von gelegentlichen, kurzzeitigen, vollständigen Arbeitsabsenzen ist, welche Folge der Schmerzschübe sein könnten (vgl. rheumatologisches Teilgutachten der Medas vom 21. Dezember 2015, Seite 26), ist. Ferner wurde von der Medas im Endergebnis keine Arbeitsunfähig-

keit attestiert. Im Gegenteil ging der rheumatologische Gutachter der Medas sogar davon aus, dass aus rheumatologischer Sicht eine vollschichtige Tätigkeit im KV-Bereich denkbar sei (vgl. rheumatologisches Teilgutachten der Medas vom 21. Dezember 2015, Seite 26). Dementsprechend vermögen die Einwände gegen das rheumatologische Gutachten nicht zu überzeugen.

6.2 Die Beschwerdeführerin bringt auch Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten vor. Diesbezüglich verweist sie auf den Bericht von med. prakt. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. September 2020. Darin hält er zunächst fest, dass Dr. C.____ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zwar bejahe, es aber versäume, die Diagnose im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit zu erörtern. Auch die Definition der Diagnose bestätige Dr. C.____ dahingehend, dass der Schmerz in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursache. In der weiteren Beurteilung aber lasse er die Beeinträchtigungen in beruflichen oder anderen Funktionsbereichen schlicht aus, so als gebe es die Diagnose gar nicht. Es ist festzustellen, dass Dr. C.____ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren durchaus in seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfließen lässt. Ab Seite 40 des psychiatrischen Teilgutachtens vom 3. Dezember 2019 hält er fest, dass die Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Verstimmung und der Schmerzstörung geringgradig beeinträchtigt sei. In der Stellungnahme vom 24. November 2020 erläutert er das nochmals schlüssig. So sei zwar von einer psychischen Überlagerung der beklagten somatischen Beschwerden auszugehen, die aber aufgrund der Umstände, dass sie trotz geklagter somatischer Beschwerden in einem 50 % Pensum arbeite, eine gute Beziehung zu ihrem Sohn, ihrem Partner und ihren Familienangehörigen habe, leichtere Arbeiten im Haushalt machen könne, problemlos Autofahren könne, nicht zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führe. Insofern vermögen auch diese Einwände nicht zu überzeugen.

6.3 Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, dass Dr. C.____ die relevanten Persönlichkeitsaspekte (maskierend) nicht genügend miteinbezogen habe, indem er das Ausmass des depressiven Leidens unterschätze. Sie erfülle die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode. Dr. C.____ habe seine eigenen Diagnosen, erhobenen Symptome und Hinweise auf Persönlichkeitsaspekte bei der Befunderhebung und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgeblendet. Bezüglich des Einwands, dass maskierende Persönlichkeitsaspekte vorliegen würden, welche nicht genügend gewürdigt worden wären, muss entgegengehalten werden, dass es sich bei dieser Art von Beschwerden um Z-codierte Diagnosen handelt, welche nicht Erkrankungen im eigentlichen Sinne sind und nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen fallen; sie stellen grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden dar (Urteil vom Bundesgericht vom 12. November 2019 9C_542/2019 E. 3.2). Das Fehlen einer Persönlichkeitsstörung (in Abgrenzung zu maskierenden Persönlichkeitszügen) wird von der Beschwerdeführerin sodann nicht bestritten (vgl. Beschwerde vom 2. Juli 2021, Ziff. 8.1).

6.4 Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, dass die Beschwerdegegnerin es versäumt habe, einen Einkommensvergleich durchzuführen. Da die Beschwerdeführerin aber gemäss Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ in einer leidensangepassten Tätigkeit 80 %

arbeitsfähig ist, vermag sie die in Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG für einen Rentenanspruch erforderliche Voraussetzung des Wartejahres bei durchschnittlich mindestens 40 % Arbeitsunfähigkeit nicht zu erfüllen. Auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs kann unter diesen Umständen verzichtet werden.

7. Ausgehend von einer demnach nicht zu beanstandenden Arbeitsfähigkeit von 80 % kann eine invalidisierende Wirkung weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht begründet werden. Zudem ist das Wartejahr nicht erfüllt. Der vorinstanzliche Entscheid der IV-Stelle ist damit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden. 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
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. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.