



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 11. August 2022 (720 21 378 / 187)**

---

**Invalidenversicherung**

**IV-Rente: Würdigung des verwaltungsexternen bidisziplinären Gutachtens**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber i.V. Cedric Cucinelli

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 1970 geborene A.\_\_\_\_ meldete sich am 14. Juli 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf Muskelprobleme zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 4. Januar 2021 bzw. 14. Dezember

2020 mit Verfügung vom 28. September 2021 einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad unter 40 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 2. November 2021 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten zur Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit anzuordnen. In der Begründung wurde im Wesentlichen die ausschlaggebende Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ bemängelt, da sowohl das psychiatrische als auch das rheumatologische Gutachten Widersprüche bzw. Unklarheiten bezüglich der Diagnosestellung aufweisen würden. Zudem sei der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Einkommenvergleichsmethode und nicht nach der gemischten Methode zu ermitteln.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Dezember 2021 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Das bidisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sei in der Beurteilung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtend und enthalte begründete Schlussfolgerungen.

D. Mit Replik vom 9. Februar 2022 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

E. In ihrer Duplik vom 28. Februar 2022 schloss die IV-Stelle gestützt auf die RAD-Stellungnahme vom 15. Februar 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 2. November 2021 ist demnach 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. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle das Gesuch um Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat.

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 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.

3.3 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).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich; BGE 141 V 15 E. 3.2).

4.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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).

5.3 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 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). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wiederum kommt rechtsprechungsgemäss nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.1).

6. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

7. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Die IV-Stelle holte zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ein bidisziplinäres Gutachten von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2021 bzw. 14. Dezember 2020 ein. Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 28. September 2021 einen Rentenanspruch. Gemäss Konsensbeurteilung vom 21. Dezember 2020 diagnostizierten die Gutachterinnen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein multilokuläres Schmerzsyndrom mit/bei einer möglichen seronegativen rheumatoiden Arthritis, einer Spondylarthritis mit peripherem Befall, eine Fingerpolyarthrose, ein thoraco-cervico-cephales und zum Teil brachiales Schmerzsyndrom rechts, ein lumbales Schmerzsyndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.6) sowie eine aktuell leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein beidfüssiger Knick/Senkfuss, ein gemäss Akten vorliegender Vitamin D Mangel sowie eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert. Als funktionelle Auswirkungen der Befunde bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen und der möglicherweise vorhandenen entzündlichen Grunderkrankung eine Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts und der Hände. Die potenziell vorhandene entzündliche Grunderkrankung sei jedoch unter der aktuellen, sehr niedrig dosierten Basistherapie relativ gut kontrolliert. Zusammen mit den zusätzlich vorliegenden psychischen Beschwerden bestehe allgemein eine eingeschränkte Belastbarkeit. Die bisherige, nicht rückenge-rechte, leichte bis schwere Arbeit könne die Versicherte aus rheumatologischer Sicht seit 2016 nicht mehr ausüben. Eine weiter zurückliegende Beurteilung sei mangels Akten nicht möglich. Eine leichte, rückenadaptierte, strikt wechselbelastende Arbeitstätigkeit ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, dauerndem oder wiederholtem Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder repetitiven Rotationsbelastungen des Oberkörpers sei aus rheumatologischer Sicht seit September 2016 durchgehend und vollschichtig zumutbar. Seit Juni 2020 seien zudem auch stark handbelastende Arbeiten, sowohl feinmechanisch wie auch kraftbelastend nicht mehr möglich. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich in Anbetracht der Komorbidität sowohl in der angestammten als auch in der beschriebenen, angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von 25 %, zumal die Depression eher leicht sei.

8.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet in der Beschwerde die gutachterliche Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit. Das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2021 sei nicht verwertbar, da insbesondere die Qualifizierung einer leichten depressiven Episode mit Blick auf die geschilderten Beschwerden nicht nachvollziehbar sei. So habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie könne sich nicht freuen, habe oft Leeregefühle, Ängste vor Menschen, ziehe sich sozial zurück und sei vermehrt schreckhaft und reizbar. Sie fühle sich allgemein bedroht und habe einmalig unter Halluzinationen gelitten. Ihr Selbstbewusstsein sei schlecht, sie sei oft suizidal und überlege sich vom Balkon zu springen. Die Libido fehle seit etwa vier Jahren. Dass die Beschwerdeführerin davon gesprochen habe, affektiv gute (circa drei pro Woche) und schlechte Tage zu haben, verbiete es, aufgrund einer Momentaufnahme bzw. einmaligen Befragung auf den Schweregrad der depressiven Störung schliessen zu wollen. Ihre Angaben würden einen hohen Leidensdruck zeigen. Die Gutachterin begründe nicht, weshalb trotz dieser gravierenden Beschwerden nur eine leichte depressive Episode vorliegen solle.

8.2 Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Bei der Beurteilung durch die Gutachterin Prof. Dr. B.\_\_\_\_\_ handelt es sich nicht um eine Momentaufnahme. Vielmehr hat die Gutachterin neben einer sorgfältigen Erhebung der Anamnese sämtliche medizinischen Berichte geprüft und für den Verlauf die medizinische Aktenlage berücksichtigt. Die Gutachterin hat sich mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und diese den diagnostischen Kriterien gegenübergestellt. Ihre Diagnose stützt sich auf die diagnostischen Kriterien und die psychopathologischen Befunde. So hat Prof. Dr. B.\_\_\_\_\_ die diagnostische Einschätzung auf eine ausführliche psychopathologische Befunderfassung nach dem AMDP-System gestützt. In dieser werden deutliche Differenzen zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Beschwerdeführerin und der gesprächsinhärenten Erscheinung dargelegt. Danach seien subjektiv Konzentration und Gedächtnis reduziert, während das Gespräch dafür keine Anhaltspunkte liefere. Auch entstehe nicht der Eindruck, dass sie durch die Schmerzen beeinträchtigt gewesen sei. Der Antrieb sei vorhanden, es bestehe lediglich eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit und eine lediglich leicht eingeschränkte Affektlage und –modulation. Weiter stellt die Gutachterin auf die vorhandenen Ressourcen ab, die sich aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin ergeben. Diesbezüglich gab sie an, sie habe etwa alle zwei Tage Kontakt mit ihrer Tochter und deren Kindern. Als Hobbies mache sie täglich Spaziergänge und sei gerne in der Natur. Sie fahre jeweils in den Kosovo in die Ferien und sehe immer wieder Kolleginnen und Freundinnen. Die Familie mache ihr kein Stress. Ganz im Gegenteil akzeptiere ihre Familie ihre Symptomatik und ihr Ehemann tröste sie. Sofern es ihr gut gehe, erledige sie im Haushalt alles. Den grösseren Einkauf mache sie mit ihrem Ehemann, kleine Dinge kaufe sie alleine ein. Sie kümmere sich weitgehend um die Wäsche. Abends kochten sie zusammen, zu Mittag essen würden sie nicht. Sie habe mehrere Arzttermine pro Woche und gehe zweimal pro Woche zur Wassergymnastik. Die Beurteilung der Gutachterin, dass kein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen besteht und dass aus dem erkennbaren Funktionsprofil im Alltag erkennbar ist, dass keine mittelschwere oder schwere depressive Störung vorliegt, ist aus dieser Sachlage nachvollziehbar. Läge eine mittelschwere oder schwere depressive Störung vor, müssten diesbezüglich viel grössere Defizite vorliegen. Zudem sind weder eine Affektstörung noch ein wesentlich reduzierter psychomotorischer Antrieb erkennbar. Ebenso wäre eine mittelschwere bis schwere depressive Episode ambulant therapiefaktär und Grund für eine stationäre Behandlung. Vorliegend sind jedoch die Behandlungstermine beim behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von einem zweiwöchigen auf einen dreiwöchigen Rhythmus gestreckt worden (vgl. Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_\_ an die Rechtsschutzversicherung vom 4. Juni 2018 und Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_\_ an die IV-Stelle vom 16. Oktober 2019). Des Weiteren spricht die kleinstmögliche Dosis der Medikation Escitalopram 10 mg/d gegen eine Progredienz. Schliesslich hat die Gutachterin auch die funktionalen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen gewürdigt. Während Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivität, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungs-, Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten leicht beeinträchtigt seien, würden die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sowie die Mobilität und Verkehrsfähigkeit durch die Erkrankung nicht beeinträchtigt. Die Schlussfolgerung der Gutachterin, wonach aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten

als auch in der angepassten Tätigkeit zu 25 % beeinträchtigt sei, ist damit genügend begründet und nachvollziehbar.

8.3 Aus den Angaben der Beschwerdeführerin ist weiter ersichtlich, dass psychosoziale Gründe eine Rolle für ihre Situation spielen. So sieht Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2019 einen Zusammenhang zwischen der depressiven Erkrankung und der erhaltenen Kündigung. Die Gutachterin erwähnt diesbezüglich, dass sich die Versicherte in ihrer langjährigen Arbeit und in ihrer sozialen Situation überlastet gefühlt habe. Die Änderung der Wohnsituation im Jahr 2016, mit Zusammenzug mit dem Sohn und der Schwiegertochter, habe sich insofern ausgewirkt, als dass gemäss Abklärungsbericht vom 21. Oktober 2019 die Bedeutung der kulturell bedingten Unterstützung durch Familienmitglieder die Einschätzung der Einschränkungen erschweren würde. Die Versicherte werde im sozialen Umfeld als voll krank angesehen und fühle sich entsprechend in allen Lebensbereichen absolut nicht leistungsfähig. Auch Dr. C.\_\_\_\_ stellt in ihrem rheumatologischen Gutachten psychosoziale Faktoren fest. Es seien mehrere Belastungsfaktoren vorhanden, wie die sprachliche Barriere, die fehlende Ausbildung und eine angespannte finanzielle Lage. Psychosoziale und soziokulturelle Umstände reichen allerdings nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht aus, um einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu begründen, weshalb sie als nicht invaliditätsrelevante Faktoren zu betrachten sind (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen).

9.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter, dass die rheumatologische Gutachterin Dr. C.\_\_\_\_ ihre Diagnosen nicht mit dem behandelnden Rheumatologen Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, besprochen habe. Dieser habe in seinem Schreiben vom 1. September 2020 einen dringenden Verdacht auf eine seronegative rheumatoide Arthritis diagnostiziert, während die Gutachterin lediglich von einer möglichen derartigen Erkrankung spricht.

9.2 Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es der begutachtenden Ärztin überlassen ist, ob sie einen Austausch mit behandelnden Fachärzten als nötig erachtet. Vorliegend hat sich die Gutachterin in der Herleitung der Diagnose eingehend mit der Beurteilung des behandelnden Arztes auseinandergesetzt. So führt sie aus, dass zum jetzigen Zeitpunkt aus rheumatologischer Sicht das Vorliegen einer seronegativen Polyarthritiden weder bestätigt noch ausgeschlossen werden könne. Der sonografische Befund im Bereich des Handgelenks sei sehr gering gewesen. Klinisch hätten sich keine eindeutigen Synovitiden, sondern lediglich eine Schmerzhaftigkeit und ein positives Gaenslen-Zeichen nachweisen lassen. Aufgrund der klinischen Mitbeteiligung der Achillessehne müsse zudem eher vom Vorliegen einer Erkrankung aus dem Spondylarthritiden Formenkreis ausgegangen werden, wobei allerdings Hinweise sowohl anamnestisch als auch radiologisch für eine Mitbeteiligung des Achsenskeletts fehlen würden. Differenzialdiagnostisch müsse bei den nachgewiesenen degenerativen Veränderungen sowohl im Hand-, wie auch im Achsenskelettbereich und der bereits früher in den Akten erwähnten Schmerzkrankheit auch eine Schmerzverarbeitungsstörung mit verstärkter Schmerz Wahrnehmung bei degenerativen Veränderungen des peripheren und axialen Skeletts in Betracht gezogen werden. Diese Folgerungen sind überzeugend. Die Erklärungen und Ausführungen sind plausibel und nachvollziehbar. Dar-

über hinaus ist auch die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen von Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar und plausibel. Aufgrund der degenerativen Veränderungen und der möglicherweise vorhandenen entzündlichen Grunderkrankung bestehe eine Mindestbelastbarkeit des Achsenskeletts und der Hände, welche Dr. C.\_\_\_\_ im entsprechenden Anforderungsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit berücksichtigt hat.

10. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.3 hiervor), 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. Solche Indizien liegen keine vor. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2021 zwar knapp ausfällt. In Verbindung mit dem rheumatologischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2020 erweist sich das bidisziplinäre Gutachten insgesamt allerdings als umfassend und ausreichend, wobei die dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die vorgenommenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend sind. Die Gutachterinnen 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, massgebenden, medizinischen Unterlagen auseinander und begründen ihre abweichenden Einschätzungen in überzeugender Weise. Bei dieser Sachlage sind von weiteren (polydisziplinären) Abklärungen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten. Es ist deshalb auf eine solche Abklärung zu verzichten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 132 V 393 E. 3.3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 90 E. 4b und 159 E. 1d, 119 V 335 E. 3c in fine mit Hinweisen).

11.1 Schliesslich wendet die Beschwerdeführerin ein, dass die IV-Stelle zu Unrecht die gemischte Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrads angewendet habe. Es bestünden keinerlei Anhaltspunkte, dass sie ohne gesundheitliche Beschwerden nicht weiterhin voll erwerbstätig sein würde.

11.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen. Gemäss telefonischem Abklärungsbericht vom 5. Dezember 2019, welcher im Beisein des deutschsprachigen Sohnes geführt worden ist, würde die Versicherte ohne gesundheitliche Beschwerden weiterhin im bisherigen Pensum von 91 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen. Die Beschwerdeführerin bringt nichts vor, weshalb dies nicht der Fall sein solle. Auf diese Aussage kann dementsprechend vollumfänglich abgestellt werden. Damit hat die IV-Stelle zu Recht die gemischte Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrads angewendet.

12. Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die IV-Stelle zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2021 bzw. 14. Dezember 2020 abgestellt

hat. Zudem hat die IV-Stelle bei der Berechnung des Invaliditätsgrads korrekterweise die gemischte Methode angewendet. Die Verfügung vom 28. September 2021 ist deshalb nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

13. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Entsprechend dem Prozessausgang ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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 von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
  3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

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