Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Februar 2022 (720 21 194 / 30)

Invalidenversicherung

Schlüssigkeit des bidisziplinären Verwaltungsgutachtens bejaht. Rentenanspruch zu Recht verneint.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Céline Christen
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Die 1964 geborene A.____ war seit Februar 2008 bei der B.____ in einem Teilzeitpensum als Pflegefachfrau tätig. Am 9. Februar 2011 erlitt sie bei einem Patiententransfer ein Verhebetrauma. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit meldete sie sich am 2. Januar 2013 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach einer Umschulung zur

Diabetesfachberaterin, welche die Versicherte erfolgreich abschloss, arbeitete sie ab 1. Juni 2017 im Kantonsspital C.____ in einem Pensum von 50 %. Am 22. August 2017 beendete die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen. Zur Prüfung der Rentenfrage veranlasste sie bei Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Gutachten, welches am 19./27. April 2020 erstattet wurde. Nach weiteren Abklärungen lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (80 % Erwerbstätigkeit, 20 % Haushalt) ab (Verfügung vom 21. Mai 2021).

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 21. Juni 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die Verfügung der IV-Stelle vom 21. Mai 2021 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihr ab Februar 2012 die gesetzliche Invalidenrente zu bezahlen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass der medizinische Sachverhalt unzureichend abgeklärt worden sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. Juli 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 30. Juni 2021 bei.

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

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde 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 (vgl. 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 ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (vgl. 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. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesund-

heitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (vgl. BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

4.1 Gemäss 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.

4.2.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem 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 (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG).

4.2.2 Ob eine versicherte Person als ganztägig, teilzeitig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, berufliche Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen.

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

5.2 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 (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.4 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits

(vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

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 (vgl. 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid von Bedeutung sind.

7.2 Am 9. September 2017 stellte med. pract. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, fest. Hintergrund für die Entwicklung der depressiven Episode seien die anhaltende Schmerzproblematik und die reduzierte Belastbarkeit des rechten Arms. Zudem bestünden Sorgen durch Umstrukturierungen am Arbeitsplatz, Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen und ein eingeschränkter Antrieb. Die Versicherte sei zu 50 % arbeitsfähig.

7.3 Am 17. Juli 2019 diagnostizierte Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, eine Struma multinodosa beidseits, rezidivierende depressive Episoden, ein chronisches therapieresistentes thorakovertebrales und zervikovertebrales Schmerzsyndrom, eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter bei Status nach Frozen shoulder rechts 2016 und eine rezidivierende Epicondylitis links. Die Versicherte leide unter einer latenten Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose). In den sonographischen Verlaufskontrollen habe sich innert einem Jahr eine deutliche Grössenprogredienz gezeigt, weshalb im Januar 2019 eine operative Hemithyreoidektomie stattgefunden habe. Trotz komplikationsloser Operation und Normalisierung der Schilddrüsenwerte bleibe klinisch eine rasche physische und psychische Erschöpfbarkeit. Zudem bestünden rezidivierende depressive Episoden mit Antriebslosigkeit, ausgeprägtem Grübeln und Gedankenkreisen, Zukunfts- und Existenzängsten, Ein- und Durchschlafstörungen, Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Schmerzsymptomatik und ein sozialer Rückzug. Die Versi-

cherte zeige beim aktuellen Pensum von 50 % Symptome der Überforderung und Erschöpfung. Aus medizinischer Sicht sei eine Entlastung notwendig. Aktuell werde eine Gesprächstherapie aufgegleist. Bestenfalls könne das jetzige Pensum vom 50 % aufrecht- erhalten werden.

7.4 Die IV-Stelle liess die Versicherte durch die Dres. D.____ und E.____ bidisziplinär begutachten. Am 19. April 2020 stellte Dr. D.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom mit chronischem therapieresistentem, vorwiegend tendomyotischem, cervico-thoracalem Schmerzsyndrom rechts und einen Status nach Capsulitis adhäsiva der Schulter rechts fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach thoraco-lumbalem Rotationstrauma rechts im Rahmen eines Verhebetraumas am 9. Februar 2011 und anamnestisch eine Epicondylopathia humeri-radialis links, aktuell asymptomatisch und abgeheilt. Ab dem Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 9. Februar 2011 sei der Versicherten die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau nicht mehr möglich. Die aktuelle Tätigkeit als Diabetesfachberaterin sei aber leidensangepasst und ohne Einschränkung vollumfänglich zumutbar. Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands diagnostizierte Dr. E.____ am 27. April 2020 einen Verdacht auf eine subdepressive oder leichte depressive Störung (ICD-10 F33.0). Die Stimmung scheine subjektiv eher vermindert, doch nicht völlig aufgehoben oder dauernd gedrückt zu sein. Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten seien nicht ersichtlich. Die Angaben der Versicherten bezüglich ihrer Aktivitäten seien verallgemeinernd, diffus und nicht ohne weiteres nachvollziehbar. In der Untersuchung wirke die Explorandin nicht durch eine allfällige psychische Problematik beeinträchtigt. Sie sollte durchaus in der Lage sein, auf ihre Fähigkeiten und Funktionen zurückzugreifen. Die subjektiven Angaben der erhöhten Erschöpfbarkeit seien nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht sei ihr in der letzten Zeit nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Aufgrund der Angaben der Explorandin könne angenommen werden, dass aufgrund des erhöhten Erholungsbedarfs eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von 20 % bestünde. Unklar sei jedoch, ab wann diese Beeinträchtigung vorhanden sei. Die erhöhte Erschöpfbarkeit scheine sich auf jede Tätigkeit auszuwirken, es könne daher keine angepasste Tätigkeit genannt werden, bei der die Explorandin eine höhere Leistung erzielen könnte.

7.5 Der behandelnde Arzt Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 22. Juni 2020 eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), rezidivierende latente Hyperthyreosen in der Vorgeschichte, einen Status nach operativer Hemithyreoidektomie im Januar 2019 mit weiterbestehenden Symptomen der Erschöpfung, Antriebsschwäche und Depressionen, differenzialdiagnostisch eine persistierende Hyperthyerose. Vermutlich würde sich die seit Jahren bestehende rezidivierende latente Hyperthyerose auf das psychische Befinden der Versicherten auswirken. Die Wechselwirkungen biologischer und psychischer Faktoren könnten die subjektiven Angaben der Versicherten erklären, welche von Dr. E.____ nicht ohne weiteres hätten nachvollzogen werden können. Die Beurteilung von Dr. E.____ würde nicht auf den vollständigen Akten beruhen und er habe nicht geprüft, ob somatische Gründe für die rezidivierenden Depressionen vorlägen. Entgegen dessen Auffassung würden die Befunde für eine mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik sprechen. Insgesamt erfasse das Gutachten das komplexe psychische Krankheitsbild nicht hinreichend. Im Behandlungszeitraum vom 30. September 2019 bis

22. November 2019 habe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwischen 50 % und 60 % betragen.

7.6 Am 4. September 2020 nahm Dr. E.____ zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. I.____ vom 22. Juni 2020 Stellung. Dabei hielt er fest, dass eine Hyperthyerose sicher Einfluss auf den Gesundheitszustand habe. Dies müsse aber aus somatischer Sicht beurteilt werden. In diesem Fall wäre eine endokrinologische Beurteilung sinnvoll. Anlässlich der Begutachtung habe er psychopathologisch keinen auffälligen Befund erheben können.

7.7 In einer weiteren Stellungnahme vom 8. Januar 2021 hielt Dr. E.____ fest, dass Dr. D.____ auch Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und damit durchaus in der Lage sei, eine Schilddrüsenerkrankung zu beurteilen. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei dieses Leiden adäquat behandelt worden, sodass kein Anlass bestanden habe, eine endokrinologische Abklärung einzuholen. Erstaunlich sei, dass Dr. I.____ bis heute keine entsprechende Abklärung veranlasst habe.

7.8 Am 30. Juni 2021 nahm der RAD-Arzt Dr. F.____ Stellung. Er führte aus, Dr. I.____ könne insofern beigepflichtet werden, als eine Schilddrüsenerkrankung Symptome hervorrufen könne, welche sich mit der Depression teils überschneiden. Dies sei allerdings nur der Fall, wenn die Schilddrüsenerkrankung manifest klinisch hyper- oder hypothyreot sei. Im vorliegenden Fall sei die Hormonlage allerdings euthyreot. Damit könne eine manifeste schilddrüsenhormonelle Symptomatik, die derart gravierend wäre, dass sie die Arbeitsfähigkeit über das bereits attestierte Mass hinaus beeinflussen könne, ausgeschlossen werden. Zur Hyper- und allenfalls Hypothyreose sei festzuhalten, dass diese versicherungsmedizinisch wirksam und zweckmässig behandelt werden könne. Damit fehle es am Kriterium der Dauerhaftigkeit und Erheblichkeit des Gesundheitsschadens. Insgesamt seien keine Hinweise, Argumente oder Befunde erkennbar, welche geeignet wären, die bisherigen Abklärungen grundlegend in Zweifel zu ziehen.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. D.____ und E.____ in ihrem bidiziplinären Gutachten vom 19./27. April 2020 gelangt waren. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ging sie aber entgegen der Auffassung der Dres. D.____ und E.____, welche eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit attestierten, davon aus, dass der Versicherten die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 19./27. April 2020 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfas-

send, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. E.____ lediglich aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin eine mögliche 20 %ige Leistungseinschränkung aufgrund des erhöhten Erholungsbedarfs. Damit die Leistungspflicht der IV ausgelöst wird, muss aber eine relevante Krankheit diagnostiziert sein. Ein blosser Verdacht auf eine (leichte) affektive Störung genügt invalidenversicherungsrechtlich nicht. Demnach ging die IV-Stelle zu Recht davon aus, dass die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

8.2.1 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 19./27. April 2020 in Frage zu stellen. Sie beanstandet, dass im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts fälschlicherweise die Hyperthyreose nicht berücksichtigt worden sei, folglich auch in neuropsychologischer und endokrinologischer Sicht eine Begutachtung hätte stattfinden müssen. Diese Rüge ist nicht sichthaltig. Bei der Hyperthyreose handelt es sich um eine Überfunktion der Schilddrüse. Diesbezüglich führte Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 30. Juni 2021 nachvollziehbar aus, dass bei der Beschwerdeführerin keine Dekompensation eingetreten sei, sodass keine schilddrüsenhormonelle Symptomatik vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit allein oder im Zusammenspiel mit einer allfälligen psychischen Erkrankung beeinträchtigen könne. Gemäss den medizinischen Akten (vgl. IV-act. 162) hat sich die Beschwerdeführerin im Januar 2019 für eine Hemithyreoidektomie bei subklinischer Hyperthyreose entschieden. Subklinisch bezeichnet einen milden Verlauf, meist ohne Symptome. Die Operation verlief gemäss Bericht von Dr. H.____ vom 17. Juli 2019 (vgl. E. 7.3 hiervor) gut, worauf sich die Schilddrüsenwerte normalisierten. Damit fehlt es an der Erheblichkeit des Gesundheitsschadens, um invalidenversicherungsrechtlich ins Gewicht zu fallen. Insgesamt legt Dr. D.____ schlüssig dar, dass die Versicherte aus somatischer Sicht weder qualitative noch quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufweise. Da sich aus den vorliegenden medizinischen Akten keine Hinweise auf relevante somatische Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben, sind hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustands keine zusätzlichen Abklärungen angezeigt.

8.2.2 Auch die Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten von Dr. E.____ verfängt nicht. Soweit sie bemängelt, Dr. E.____ habe keine Verlaufsbeurteilung beim behandelnden Psychiater Dr. I.____ eingeholt, ist darauf hinzuweisen, dass solche Rückfragen nicht zwingend erforderlich sind. Die Notwendigkeit einer Fremdanamnese ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C_444/2015, E. 4.5 und vom 23. Juli 2014, 8C_323/2014, E. 5.2.1). Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (vgl. die 3. vollständige überarbeitete und ergänzte Auflage vom 16. Juni 2016; in: SZS 2016 S 435 ff.). Soweit Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 4. September 2020 den Verzicht auf eine Kontaktaufnahme mit Dr. I.____ damit begründete, dass dieser kaum Angaben zum bisherigen Verlauf hätte machen können,

weil die Behandlung (erst) kurz vor der Begutachtung am 7. Dezember 2019 aufgenommen worden sei, vermag dies zwar nicht zu überzeugen, zumal ihm die Behandlungsfrequenz bekannt war, im Begutachtungszeitpunkt bereits mehrere Sitzungen stattgefunden hatten und er das Gutachten erst am 27. April 2020 fertig stellte. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Behandlung bereits knapp sieben Monate angedauert, weshalb Dr. I.____ durchaus in der Lage gewesen wäre, zuverlässig über seinen bisher erhobenen Befund zu berichten. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater wäre also durchaus möglich gewesen. Besondere Gründe, weshalb im vorliegenden Fall zwingend Auskünfte des behandelnden Psychiaters einzuholen gewesen wären, liegen aber nicht vor, weshalb die Beschwerdeführerin aus ihrer Argumentation nicht zu ihren Gunsten ableiten kann.

8.2.3 Wenn die Beschwerdeführerin weiter geltend macht, das psychiatrische Fachgutachten sei nicht beweistauglich, da Dr. E.____ nicht die vollständigen Akten gehabt habe, ist ihr entgegenzuhalten, dass der Gutachter die bisherigen psychiatrischen Behandlungen zutreffend erfasste. So gab die Beschwerdeführerin im Explorationsgespräch an, bereits im Jahr 2017 kurzzeitig bei Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und hernach bei med. prakt. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung gewesen sei. Nachdem Dr. J.____ krankheitsbedingt ausgefallen und sie mit med. prakt. G.____ nicht zurechtgekommen sei, sei es nach der dritten Therapiesitzung zum Abbruch der Behandlung gekommen. Während von Dr. J.____ kein Zeugnis in den Akten liegt, wird im Bericht von med. prakt. G.____ vom 9. September 2017 ausgeführt, dass drei Gespräche stattgefunden hätten. Sodann bestätigte sie am 2. Juli 2019, die Beschwerdeführerin letztmals am 18. August 2017 gesehen zu haben. Aus den vorliegenden Unterlagen ergibt sich weiter, dass die Versicherte Jahre zuvor bei Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wegen eines psychischen Leidensdrucks in Behandlung war, wobei im Jahr 2010 zwei Sitzungen stattfanden (Bericht vom 9. Februar 2012; IV-akt. 17 S. 72). Zudem berichtete Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die Versicherte in der Zeit vom 22. Januar 2010 bis 21. Dezember 2011 behandelt und ihr vom 6. Juli 2011 bis 21. Juli 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben (Bericht vom 5. Februar 2012; IV-Akt. 17 S. 66). Die Behandlung erfolgte – gemäss präzisierender Angaben der Beschwerdeführerin im Schreiben an die Unfallversicherung vom 12. Juli 2012 (IV-act. 17 S. 16) – ausschliesslich zur Aufarbeitung einer Trennung und zur Reflexion der Beziehungsmuster bzw. zur Verarbeitung des väterlichen Suizids. In diesem Rahmen scheint auch ein stationärer Aufenthalt in der Klinik M.____ empfohlen worden zu sein, der jedoch – wohl wegen fehlender Kostengutsprache (vgl. IV-act. 17 S. 48) – nicht erfolgte. Vor diesem Hintergrund bestehen aus Sicht des Kantonsgerichts weder relevante Lücken in der Aktenlage als Ausgangspunkt für die gutachterliche Beurteilung noch Anhaltspunkte für eine längerdauernde psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin. Offenbar waren für Dr. E.____ die medizinischen Unterlagen und die Angaben der Beschwerdeführerin hinreichend präzise und kohärent genug, um sich ein zuverlässiges Bild über ihren psychischen Gesundheitszustand machen zu können. Bei blossem Verdacht auf eine (höchstens) leichte Depression ist aber eine affektive Störung nicht hinreichend gesichert, weshalb invalidenversicherungsrechtlich keine relevante Krankheit bestätigt werden kann. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist nicht davon auszugehen, dass Dr. E.____ die Klassifizierung des Leidens als «schwierig» empfand. Die Schwierigkeit ergab sich vielmehr aufgrund der Tatsache, dass die Angaben

der Versicherten vage und ungenau blieben. Dass der Gutachter die subjektiv geklagten Konzentrationsstörungen aus objektiver Sicht nicht bestätigen konnte, ist denn auch nicht als Lücke im Gutachten zu werten. Bei dieser Sachlage bestand keine Notwendigkeit, eine neuropsychologische Testung durchzuführen.

8.2.4 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. I.____ beruft, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den vorliegenden Berichten des behandelnden Arztes Dr. I.____ Gesichtspunkte hervorgingen, die vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 19./27. April 2020 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass die Beschwerdeführerin invalidenversicherungsrechtlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweist.

9. Bei der Bemessung der Invalidität ging die IV-Stelle davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall lediglich in einem 80 % Pensum erwerbstätig wäre, weshalb sie bei der Invaliditätsbemessung die gemischte Methode anwendete. Vorliegend fällt aber ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin alleinstehend ist, keine Kinder hat und einen Ein-Personen-Haushalt führt. Damit wäre es ihr im Gesundheitsfall möglich, den Haushalt neben einem 100 % Pensum zu führen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung lässt sich in dieser Konstellation neben dem Erwerb kein Aufgabenbereich «Haushalt» absondern. Die Beschränkung auf ein 80 %-Pensum wurde von der Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit aus freien Stücken gewählt. Die 20 % «Freizeit» sind invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Die Rentenberechnung muss deshalb auf der Basis der allgemeinen Methode für Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich vorgenommen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2018, 9C_583/2018, und vom 1. Dezember 2020, 9C_552/2020). Massgebend ist demnach, ob und allenfalls inwieweit die Beschwerdeführerin in einem 80%igen Erwerbspensum in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dieses Pensum bildet die Basis für das Valideneinkommen. Da insgesamt keine Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine längerdauernde Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten schliessen lassen könnten, ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im hier zu beurteilenden Zeitraum ein renten-

ausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Bei dieser Sachlage erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Einkommensvergleich. Die angefochtene Verfügung vom 21. Mai 2021 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Vorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei diesem Verfahrensausgang 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 geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.