



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. November 2018 (720 18 171 / 305)

Invalidenversicherung

Würdigung des verwaltungsexternen Gutachtens und Prüfung der Rentenfrage

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

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.1 Die 1962 geborene A.____ meldete sich erstmals am 18. April 2005 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Gestützt auf ihre Abklärungen lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 28. Juni 2005 einen Anspruch von A.____ auf eine Rente in Anwendung der spezifischen Methode der Invaliditätsbemessung ab. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 12. Dezember 2007 fest. Hiergegen erhob A.____ Beschwerde beim Kantonsgesetzgebungsamt, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgesetzgebungsamt), wobei sie eine ganze Rente beantragte. Nachdem

die IV-Stelle den angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2007 lite pendente in Wiedererwägung gezogen und zwecks weiterer Abklärung des medizinischen Sachverhalts aufgehoben hatte, schrieb das Kantonsgericht das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 25. Juni 2008 als gegenstandslos ab. In der Folge nahm die IV-Stelle zusätzliche Abklärungen des medizinischen Sachverhalts vor und ermittelte – nunmehr in Anwendung der gemischten Methode – einen Invaliditätsgrad von 15%, worauf sie mit Verfügung vom 21. Oktober 2009 einen Rentenanspruch von A.____ abwies. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 12. Mai 2010 (Verfahren-Nr. 720 09 343) ab. Auf die hiergegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 31. August 2010 nicht ein.

A.2 Am 19. Januar 2012 meldete sich A.____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Gestützt auf medizinische, erwerbliche und hauswirtschaftliche Abklärungen ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 8%, worauf sie den Anspruch auf eine Invalidenrente wiederum abwies (Verfügung vom 6. Februar 2015). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 8. Oktober 2015 ab. Mit Urteil vom 1. April 2016 (9C_42/2016) hiess das Bundesgericht die dagegen erhobene Beschwerde gut, hob das Urteil des Kantonsgerichts vom 8. Oktober 2015 und die Verfügung der IV-Stelle vom 6. Februar 2015 auf und wies die Angelegenheit zur Aktenergänzung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück. Nachdem die IV-Stelle den massgeblichen medizinischen Sachverhalt erneut abgeklärt hatte, lehnte sie einen Rentenanspruch von A.____ mit Verfügung vom 12. April 2018 abermals ab.

B. Hiergegen erhob A.____ am 17. Mai 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 12. April 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin unter o/e-Kostenfolge zu verpflichten, ihr auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente zuzusprechen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Rechtsanwalt Daniel Altermatt als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Juli 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 23. Juli 2018 zog die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zurück.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 Zuständig-

keit 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 17. Mai 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

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 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 Er-

werbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem 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 behindert sind, sich im bisherigen 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 Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird.

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.3 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 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 352 ff. 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. 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.

6. Mit Urteil vom 8. Oktober 2015 bestätigte das Kantonsgericht gestützt auf die Administrativgutachten der Dres. med. B.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 12. März 2012 und C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. März 2013 die Auffassung der IV-Stelle gemäss ihrer Verfügung vom 6. Februar 2015, wonach die Beschwerdeführerin aus somatischer und psychiatrischer Sicht in sämtlichen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten im Umfang von 85% arbeitsfähig sei. Für die folgende Zeit gelangte das Kantonsgericht im Hinblick auf die geltend gemachten Operationen (Diskektomie L4/5 vom 30. März 2014, Re-Diskektomie L4/5 vom 12. April 2014 und Re-Dekompression mit Débridement vom 30. April 2014) unter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 26. September 2014, Dr. med. E.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 14. Oktober 2014, und Dr. med. F.____, FMH Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Oktober 2014 zum Ergebnis, dass sich der somatische Gesundheitszustand nach der Begutachtung durch Dr. B.____ vorübergehend verschlechtert habe. Da die Versicherte jedoch seit längerer Zeit nicht mehr bei der Rheumatologin Dr. E.____ in Behandlung gewesen sei und zudem keine aktuellen Berichte der behandelnden Ärzte vorliegen, sei in Bezug auf die Rückenbeschwerden davon auszugehen, dass der weitere Heilungsverlauf positiv verlaufen sei. In der Folge wies das Kantonsgericht die Beschwerde der Versicherten mit Urteil vom 8. Oktober 2015 ab. Mit Urteil vom 1. April 2016 hiess das Bundesgericht die von der Be-

schwerdeführerin gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde gut und wies die Angelegenheit zur Aktenergänzung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück. Es hielt fest, dass mit Blick auf den Bericht von Dr. D. ____ vom 26. September 2014, welcher der Beschwerdeführerin unter detaillierter Angabe der postoperativen und weiteren diskopathologischen, insbesondere degenerativen Befunde in den Nachbarbereichen von L4/5, bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie eine starke Einschränkung in der Haushaltsführung attestiere, weiterer Abklärungsbedarf bestehe. Es sei deshalb in Bezug auf die Verhältnisse an der Wirbelsäule eine Aktenergänzung geboten.

7.1 Kernfrage des vorliegenden Verfahrens ist demnach, ob sich seit der Begutachtung von Dr. B. ____ vom 12. März 2012 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hat. Hierfür sind die folgenden medizinischen Unterlagen von Bedeutung:

7.2 Im Bericht vom 26. September 2014 führte Dr. D. ____ aus, aktuell bestünde eine Foraminalstenose L4/5 links bei ansonsten jedoch freiem Spinalkanal. Die Versicherte sei selbstständig mobil, werde jedoch schnell müde. Insgesamt sei die Situation im Stehen und in Bewegung besser als im Liegen. Derzeit würde noch Physiotherapie durchgeführt. Das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 15. September 2014 zeige nur eine L4 Einengung foraminal linksseitig, was aber nicht das gesamte Beschwerdebild erkläre. Weiter zeige das MRI eine Diskopathie L3/4 mit Anulus fibrosus Riss dorsal sowie ausgeprägte Diskopathien L4/5 und L5/S1. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig und auch in der Hausarbeit stark eingeschränkt. Dies werde auch auf absehbare Zeit so bleiben.

7.3 Am 20. Januar 2015 diagnostizierte Dr. D. ____ ein chronisches Lumboischialgie-Syndrom mit Ischialgien beidseits, einen Status nach Diskektomie L4/5 am 30. März 2014 und Re-Diskektomie L4/5 am 12. April 2014 bei grosser Rezitiv-Diskushernie und Débridement bei postoperativem Wundeffekt und einen Status nach mehrfachen Diskektomien L5/S1. In der Untersuchung zeige sich ein verlangsamtes, aber hinkfreies Gangbild. Der Zehenspitzen- und Fersengang sei knapp möglich. Im Liegen sei die Grosszehen- und Fussheberkraft auf der linken Seite diskret abgeschwächt bei ansonsten normaler Kraft sämtlicher Kennmuskeln. Bildgebend zeige sich aktuell nur noch eine Foraminalstenose L4/5 links.

7.4 Am 21. Januar 2016 führte Dr. D. ____ aus, dass sich das Beschwerdebild seit der letzten Konsultation nicht verändert habe. Eine erneute Bildgebung sei nicht indiziert. Die aktuellen Beschwerden und der Ganzkörperschmerz würden mit der aktuellen Bildgebung nicht korrelieren. Die sehr unspezifischen und fluktuierenden Beschwerden an der LWS und in den Beinen liessen sich auch nicht mit dem komplikationsreichen Verlauf nach der Diskektomie L4/5 erklären. Im letzten MRI sei lediglich noch eine Foraminalstenose L4/5 links vorhanden gewesen. Hinweise auf eine weitere Verletzungsfolge bestünden nicht. Eine Behandlung in einer Schmerzklinik sei zu empfehlen.

7.5 Die IV-Stelle beauftragte Dr. B. ____ mit einem Verlaufsgutachten. Am 8. September 2016 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einer Diskushernienoperation L4/5 am 30. März 2014 und einer Rezidivhernienoperation L4/5 bei hoch-

gradiger Einengung des Spinalkanals, einen postoperativen Infekt nach zweimaliger Diskektomie, eine geringe Spinalkanalstenose L2/3 und L3/4 sowie eine breitbasige Bandscheibenprotrusion L5/S1. Die Diskushernie auf der Höhe L4/5 und die schweren, mehrheitlich diskogenen spinalen Stenosen, die operativen Eingriffe und der postoperative Infekt hätten zu einer passageren Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt. Aus den Berichten von Dr. D.____ vom 20. Januar 2015 und 21. Januar 2016 werde aber deutlich, dass der Ganzkörperschmerz der Versicherten mit der aktuellen Bildgebung nicht korreliere und die unspezifischen und fluktuierenden Beschwerden in der LWS und in den Beinen mit der Foraminalstenose auf der Höhe L4/5 nicht erklärt werden können. Die Heilungsphase nach den operativen Eingriffen im Jahr 2014 habe circa neun Monate gedauert. Während dieser Zeit habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit Januar 2015 betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten und wechselbelastenden Tätigkeit 70%. Grund für die reduzierte Leistungsfähigkeit sei die verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule.

7.6 Am 3. November 2016 fasste Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, zusammen, es sei gestützt auf die Administrativgutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 12. März 2012 und 6. März 2013 davon auszugehen, dass die Versicherte bis 11. März 2014 [recte wohl 29. März 2014 (Diskektomie L4/5 am 30. März 2014)] eine Arbeitsfähigkeit von 85% aufgewiesen habe. Hernach sei sie bis Ende 2014 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab Januar 2015 betrage die Arbeitsfähigkeit 70%.

8. Mit Verfügung vom 12. April 2018 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch, da die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahrs nicht mindestens 40% invalid gewesen sei. Diese stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass Dr. B.____ als Rheumatologe nicht kompetent sei, die Befunde an der Wirbelsäule zu beurteilen. Zudem stehe seine Beurteilung im Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzte. Er habe es unterlassen, sich mit ihnen zu besprechen. Ausserdem seien die Auswirkungen des unverändert bestehenden Ganzkörperschmerzes auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend berücksichtigt worden.

9.1 Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.4 hiavor), 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. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten von Dr. B.____ vom 8. September 2016 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Vielmehr ist festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiavor) – in jeder Hinsicht erfüllt. Es wird deutlich, dass die Diskushernie auf Höhe L4/5 und die schweren, mehrheitlich diskogenen spinalen Stenosen, die operativen Eingriffe und der postoperative Infekt zu einer passageren Verschlechterung des Gesundheitszustands führten und die Versicherte ab dem 30. März 2014 bis Ende Dezember 2014 vollständig arbeitsunfähig war. Nach Abschluss der neunmonatigen Heilungs-

phase beträgt die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten und wechselbelastenden Tätigkeit 70%, wobei die Leistungsminderung von 30% in der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule begründet ist. Dabei ist davon auszugehen, dass der Ganzkörperschmerz der Versicherten mit der aktuellen Bildgebung nicht korreliert und die unspezifischen und flukturierenden Beschwerden in der LWS und in den Beinen mit der Foraminalstenose auf Höhe L4/5 nicht erklärt werden können. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 7.5 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen von Dr. B.____ vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Damit sind die vom Bundesgericht definierten Unklarheiten in Bezug auf die Verhältnisse an der Wirbelsäule hinreichend geklärt.

9.2 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens von Dr. B.____ vom 8. September 2016 zu wecken. Wenn sie zunächst rügt, dass der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt und dabei insbesondere die Auswirkungen des Ganzkörperschmerzes auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend berücksichtigt worden seien, ist in Erinnerung zu rufen, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 1. April 2016 mit Blick auf den Bericht von Dr. D.____ vom 26. September 2014, welcher der Beschwerdeführerin unter Angabe der postoperativen und weiteren diskopathologischen, insbesondere degenerativen Befunde in den Nachbarbereichen von L4/5, bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie eine starke Einschränkung in der Haushaltsführung attestiere, einzig in Bezug auf die Verhältnisse an der Wirbelsäule eine Aktenergänzung als geboten erachtete. Diese sind – wie vorstehend unter E. 9.1 hiervor ausgeführt – mit dem Verlaufsgutachten von Dr. B.____ vom 8. September 2018 hinreichend geklärt. Wenn sie weiter rügt, Dr. B.____ sei als Rheumatologe nicht kompetent, die Befunde an der Wirbelsäule zu beurteilen, ist ihr entgegenzuhalten, dass die Beurteilung von funktionellen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats durchaus in das Fachgebiet der Rheumatologie fallen. Die Rheumatologie und die Orthopädie sind als medizinische Fachbereiche sehr eng miteinander verwandt und befassen sich beide mit dem Bewegungsapparat. Die Auswahl der Rheumatologie als Fachrichtung erfolgte seitens der Beschwerdegegnerin durch einen RAD-Arzt und damit vor einem medizinischen Hintergrund. Das Erfordernis einer neurochirurgische oder psychiatrischen Abklärung ist weder ersichtlich noch seitens der Beschwerdeführerin substantiiert dargetan. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung sind schliesslich auch keine widersprüchlichen fachärztlichen Beurteilungen auszumachen, welche Zweifel an der Verlässlichkeit der Aussagen von Dr. B.____ zu begründen vermöchten. Vielmehr stimmen die Beurteilungen der Dres. B.____ und D.____ darin überein, dass die subjektiv geklagte – seit Jahren unverändert bestehende – Schmerzproblematik mit der aktuellen Bildgebung nicht korreliert und die unspezifischen sowie flukturierenden Beschwerden an der LWS und den beiden Beinen nicht mit der Foraminalstenose auf der Höhe L4/5 erklärt werden können. Insgesamt lässt das Verlaufsgutachten von Dr. B.____ vom 8. September 2018 eine zuverlässige Beurteilung der Verhältnisse an der Wirbelsäule und der daraus verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

10. Wie oben (vgl. E. 3.1 hiervor) ausgeführt, setzt der Rentenanspruch unter anderem voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch

durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig war und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid ist. Das rentenbegründende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt als eröffnet, wenn eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf von mindestens 20% vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Februar 2014, 9C_818/2013, E. 1 mit weiteren Hinweisen). Gemäss den vorgenannten medizinischen Unterlagen war die Versicherte bis 29. März 2014 im Umfang von 15%, ab 30. März 2014 bis Ende Dezember 2014 vollständig und hernach zu 30% arbeitsunfähig. Das Wartejahr für den Rentenanspruch begann somit am 30. März 2014 zu laufen und endete am 29. März 2015. Selbst wenn die für die Beschwerdeführerin vorteilhaftere Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs angewendet würde, genügt die von Dr. B._____ ab Januar 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30% nicht, um nach Ablauf des Wartejahrs eine rentenbegründende, mindestens 40% Invalidität zu begründen, da bei der ungelerten und als Gesunde nie erwerbstätigen Versicherten die Vergleichseinkommen vom gleichen Tabellenlohn (LSE) zu berechnen sind. Bei einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30% und einem leidensbedingten Abzug von höchstens 10% resultiert ein Renten ausschliessender Invaliditätsgrad von 37%. Die angefochtene Verfügung vom 12. April 2018, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde, ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

11. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 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 Satz 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb sie die Verfahrenskosten zu tragen hat. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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