



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Oktober 2018 (720 18 37 / 285)

Invalidenversicherung

Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente aufgrund einer RAD-Beurteilung bei degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

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

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1958 geborene A.____ arbeitet seit 1. Februar 2004 als Pflegehelferin im B.____. Am 4. Mai 2012 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Zyste in der Lendenwirbelsäule (LWS) erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft der Versicherten mit Verfügung vom 16. September 2013 eine vom 1. Dezember 2012 bis 30. April 2013 befristete Dreiviertelsrente zu. Am 2. November 2016 erfolgte aufgrund

einer Diskushernie und einer Nervenkanalverengung am 6. Halswirbel eine erneute Anmeldung zum Leistungsbezug. Nachdem die IV-Stelle den Sachverhalt abgeklärt hatte, lehnte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren - einen Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 20. Dezember 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 17 % ab.

B. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 30. Januar 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Darin beantragte sie, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin zu bewilligen seien. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu Unrecht auf die Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), gestützt habe und davon ausgegangen sei, die Versicherte sei in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Gemäss Beurteilung von Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Versicherte bei optimaler Eingliederung nur eine leichte Tätigkeit im Umfang von 50 % ausüben könne. Zudem habe die IV-Stelle im Rahmen des Einkommensvergleichs bei der Ermittlung des Valideneinkommens fälschlicherweise die Schichtzulagen nicht berücksichtigt.

C. Mit Verfügung vom 31. Januar 2018 wies das Kantonsgericht das Gesuch für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung mangels Nachweises der prozessualen Bedürftigkeit ab.

D. Am 6. März 2018 liess die Versicherte durch ihre Rechtsvertreterin den Bericht der Arbeitgeberin vom 2. März 2018 einreichen. Sie machte geltend, es gehe daraus hervor, dass sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ihre angestammte Tätigkeit nicht mehr ausführen könne. Die derzeitige ausgeübte 50%ige Tätigkeit entspreche einem den Möglichkeiten angepassten Nischenarbeitsplatz.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 16. März 2018 stellte die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 12. Februar 2018 den Antrag auf Abweisung der Beschwerde.

F. Mit Eingabe vom 15. Mai 2018 informierte die Rechtsvertreterin das Gericht, dass Dr. D.____ demnächst die Restarbeitsfähigkeit der Versicherten in einer Verweistätigkeit beurteile. Am 18. Juni 2018 ging der Bericht von Dr. D.____ vom 14. Juni 2018 ein. Dabei wies die Versicherte darauf hin, dass gemäss Beurteilung von Dr. D.____ lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bestehe. Sollte das Gericht diesen Standpunkt nicht teilen, so werde beantragt, bei Dr. D.____ eine gerichtliche Anfrage zu machen. Im Übrigen werde am Eventualantrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens festgehalten.

G. Die IV-Stelle beantragte in ihrer Stellungnahme vom 11. Juli 2018 weiterhin die Abweisung der Beschwerde.

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

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 der Versicherten vom 30. Januar 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten. 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).

2.2 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.1 Streitig und zu prüfen ist, in welchem Ausmass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeits- bzw. erwerbsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle 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).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219). Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverläss-

sigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471).

4.1 Den Akten sind folgende wesentliche medizinische Berichte zu entnehmen: Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und FMH Rheumatologie, vom 6. Juni 2016 diagnostizierte ein zervikoradikuläres Schmerz- und Reizsyndrom C6 rechts bei hochgradiger Foraminalstenose C5/6 diskogen-ossär bedingt, beginnende Foraminalstenosen C5 bis C7 sowie einen Status nach Dekompression und Stabilisation L4/5 am 26. Juni 2012 bei Spinalkanalstenose mit synovialer Zyste. Radiologisch seien deutliche degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit Foraminalstenosen und eine hochgradige Einengung im Segment C5/6 als Erklärung für die Neuroirritation von C6 rechts erkennbar. Aufgrund ihrer Leiden sei die Versicherte bei der Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin mit Heben von schweren Lasten, insbesondere beim Patiententransfer, zu 50 % arbeitsunfähig.

4.2 In ihrem Bericht vom 1. September 2016 führte Dr. D.____ als Diagnosen eine multisegmentale degenerative Veränderung der Halswirbelsäule (HWS) mit Foraminalstenosen C5 bis C7 rechts, insbesondere C5/6 rechts, sowie einen Status nach Dekompression und Stabilisation L4/5 am 26. Juni 2012 bei Spinalkanalstenose mit Synovialzyste auf. Das Gangbild sei zügig und hinkfrei. Es beständen keine neurologischen, sensomotorischen Defizite, keine Hinweise auf eine akute Radikulopathie und kein Bewegungs-, Traktions-, Funktions- oder axialer Stauchungsschmerz. Die HWS sei frei beweglich. Ein Foramen-Kompressionstest sei negativ gewesen. Die multisegmental degenerativen HWS-Veränderungen seien am ehesten mit einer C6-Radikulopathie vereinbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. D.____ an, dass der angestammte Beruf der Versicherten nicht optimal sei. Es sei wünschenswert, wenn die Versicherte im Rahmen des bestehenden Arbeitsverhältnisses eine leichte Tätigkeit im Umfang von 50 % ausüben würde. Eine solche Arbeit "wäre sicherlich dem Problem angemessen".

4.3 Gemäss Arztzeugnis der Hausärztin, Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 10. Januar 2017 war die Versicherte "aus medizinischen Gründen" vom 22. Februar 2016 bis 3. April 2016 zu 100 % und vom 4. April 2016 bis 1. Mai 2017 (recte wohl: 2016) zu 50 % arbeitsunfähig. Vom 2. Mai 2016 bis 29. Mai 2016 befand sich die Versicherte in einem Arbeitsversuch, weshalb Dr. F.____ ihr eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte. Als Bemerkung fügte sie "Arbeitsversuch gescheitert" an. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand schliesslich vom 30. Mai 2016 bis 10. Januar 2017. In ihrem Bericht vom 17. Januar 2017 hielt Dr. F.____ als Diagnosen ein zervikoradikuläres Schmerz- und Reizsyndrom C6 bei hochgradiger Foraminalstenose C5/6 diskogen-ossär bedingt und beginnender Foraminalstenosen C5 bis C6, einen Status nach Dekompression und Stabilisation L4/5 vom 26. Juni 2012 bei Spinalkanalstenose L4/5 und Synovialzyste rechts, eine familiäre Hypercholesterinämie sowie eine distale, intraartikuläre, nicht dislozierte Radiusfraktur links nach Sturz im Januar 2013 fest. Die Versicherte sei weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig.

4.4 Dr. C.____ stellte sich in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2017 auf den Standpunkt, dass die Versicherte aufgrund der medizinischen Aktenlage an einer massgeblich und dauerhaft eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenorgans lumbal und zervikal leide. Die Ausübung

der aktuellen Arbeit als Pflegeassistentin sei ihr nur noch zu 50 % zumutbar. In einer dem Rücken angepassten, leicht bis intermittierend mittelschweren körperlichen, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe dagegen ab 4. April 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Am 26. September 2017 führte er aus, dass die detaillierten Befunde über den körperlichen Funktionszustand und die Ergebnisse der Wirbelsäulentests von Dr. D.____ keine massgeblichen und dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einer der Wirbelsäule angepassten Tätigkeit begründeten. Zwar habe Dr. D.____ eine C6-Radikulopathie rechts diagnostiziert. Sie habe aber keine konkreten sensomotorischen Ausfälle feststellen können, weshalb sich diese Diagnose allein auf die Angaben der Versicherten stütze. Es beständen somit keine Befunde, aus welchen sich Funktionseinschränkungen für eine leidensangepasste Tätigkeit ableiten liessen. In der Aktennotiz vom 13. Dezember 2017 stellte Dr. C.____ fest, dass sich sowohl der Rheumatologe Dr. E.____ als auch Dr. D.____ zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, aber nicht zu einer Verweistätigkeit geäussert hätten.

4.5 Mit Schreiben vom 2. März 2018 legte die Arbeitgeberin dar, dass die Versicherte ihre vertraglich vereinbarte Funktion als Pflegefrau nicht mehr ausüben könne, da sie keine Gewichte im erforderlichen Umfang mehr heben könne, ohne dass es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen würde. Um das Wartejahr bei der IV zu überbrücken, habe sie vorübergehend einen Nischenarbeitsplatz für die Versicherte geschaffen. Dort seien ihr diejenigen Tätigkeiten aus dem ursprünglichen Arbeitsfeld übergeben worden, die keine Gewichtsbelastungen beinhalteten. Diese Stelle könne jedoch nicht längerfristig angeboten werden. Sollte der Versicherten eine Invalidenrente zugesprochen werden, so wäre sie für eine Weiterbeschäftigung bereit. In diesem Fall könne der Arbeitsplatz den noch vorhandenen Fähigkeiten der Versicherten angepasst werden.

4.6 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm Dr. C.____ am 12. Februar 2018 Stellung zu den Einwänden der Versicherten. Es sei unbestritten, dass die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Entgegen der Ansicht der Versicherten könne aus dem Bericht von Dr. D.____ vom 1. September 2016 nicht abgeleitet werden, dass auch eine 50%ige Einschränkung in einer leichten Verweistätigkeit bestehe. Dr. D.____ bringe darin vielmehr zum Ausdruck, dass die Versicherte die im Rahmen ihrer angestammten Tätigkeit anfallenden körperlichen leichten Arbeiten weiterhin noch zu 50 % verrichten könne. Zu einer Verweistätigkeit äussere sie sich nicht. Das beim Arbeitsversuch subjektiv präsentierte Leistungsbild der Versicherten stelle kein objektiver Beweis der zumutbaren Leistungsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit dar. Hingegen ermöglichten die objektiven Befunde und die selektiven Funktionsprüfungen von Dr. D.____ eine differenzierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer medizinisch-theoretisch angepassten Arbeit. Danach liessen sich keine qualitativen und/oder quantitativen Einschränkungen objektivieren, die lediglich eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit plausibel begründeten.

4.7 Am 11. Juni 2018 wurde die Versicherte von Dr. D.____ erneut untersucht. Gemäss deren Bericht vom 14. Juni 2018 hätten keine sensomotorische Defizite festgestellt werden können. Bei den geklagten bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen handle es sich um eine rechtsbetonte Zervikobrachialgie. Die Beweglichkeit der HWS nach links sei sowohl in der

Seitenneigung als in der Rotation schmerzhaft eingeschränkt. Die übrigen leichten Einschränkungen in der HWS seien altersentsprechend. Die beschriebenen Hypästhesien in den Fingern und die sensomotorischen Defizite seien nicht nachweisbar. Die Versicherte habe unter Analgesie im Alltag keine wesentlichen Beschwerden. Es sei zu erwarten, dass sich im weiteren Verlauf bei entsprechenden degenerativen Veränderungen eine leichte Neurokompression mit rezidivierenden Beschwerden einstelle. Es sei wünschenswert, dass die Versicherte im Arbeitsalltag integriert bleibe. Die aktuelle Tätigkeit in der Betreuung sei bei einem 50%-Pensum angemessen.

5.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2017 bei der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts auf die erwähnten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. C.____ und ging davon aus, dass die Versicherte ihre bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin nur noch zu 50 % ausüben könne. Hingegen sei ihr die Verrichtung einer leidensangepassten Verweistätigkeit ab 4. April 2016 im Umfang von 100 % zumutbar. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. .4 hiavor), darf ein medizinischer Sachverhalt einzig gestützt auf einen RAD-Bericht beurteilt werden, solange keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. C.____ zu zweifeln. Dieser verfügt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die Auswirkungen der diagnostizierten somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu beurteilen (vgl. zu diesem Erfordernis: Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1) und seine Stellungnahmen setzen sich hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander. Gestützt auf die Befunde und die Funktionsprüfungen der Fachspezialistin Dr. D.____ nimmt er eine schlüssige Zumutbarkeitsbeurteilung vor.

5.2 Entgegen der Ansicht der Versicherten lassen sich in den Unterlagen keine fachärztlichen Berichte finden, die sich zu ihrer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit äussern würden. Daran ändert auch der Bericht von Dr. D.____ vom 1. September 2016 nichts. In diesem Zusammenhang beruft sich die Versicherte auf folgende Formulierung von Dr. D.____: "Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bleibt zu sagen, dass die Patientin natürlich mit ihrem Beruf nicht ganz optimal bedient ist, so dass wie vom Arbeitgeber bereits signalisiert der Wunsch besteht, dass die Patientin zwar im Arbeitsverhältnis bleibt, aber hier möglicherweise zu 50 % eine leichte Tätigkeit übernehmen kann. Dies wäre sicherlich dem Problem angemessen. Durch eine operative Intervention kann die Arbeitsfähigkeit der Versicherten mit Sicherheit nicht gesteigert werden". Daraus kann jedoch noch nicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit abgeleitet werden. Wie Dr. C.____ zu Recht feststellte, ist vielmehr davon auszugehen, dass Dr. D.____ nur eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin vornahm. Diese Auffassung stimmt denn auch mit ihrem nachfolgenden Bericht vom 14. Juni 2018 überein, worin sie es als wünschenswert betrachte, wenn die Versicherte im Arbeitsalltag integriert bleibe. Diesbezüglich erscheine die momentane Tätigkeit in der Betreuung im Umfang von 50 % als angemessen. Mit dieser Äusserung wird deutlich, dass sie keine Zumutbarkeitsbeurteilung ausserhalb des aktuellen Arbeitsbereichs der Versicherten abgab. Es liegt somit keine ärztliche Beurteilung vor, wel-

che Anlass zu Zweifel geben würde, dass der Versicherten die Ausübung einer ihrem Leiden angepassten Arbeit im Umfang von 100 % nicht zuzumuten wäre.

5.3 Daran ändert auch die von der Versicherten geltend gemachte ca. Anfang 2017 erfolgte "Umplatzierung in eine leichte Tätigkeit" im Betrieb der Arbeitgeberin nichts. Wie dem Bericht der Arbeitgeberin vom 2. März 2018 zu entnehmen ist, führt die Versicherte nur noch die Arbeiten ihrer angestammten Tätigkeit aus, die keine Gewichtsbelastungen beinhalten. Dabei ist aber die Arbeitgeberin der Ansicht, dass diese Arbeit dem Rückenleiden der Versicherten nicht optimal angepasst sei. Im Zentrum der "Umplatzierung" stand damals auch nicht die Ausschöpfung der der Versicherten zumutbaren Arbeitsfähigkeit, sondern die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im bisherigen Arbeitsumfeld. Aufgrund der medizinisch festgestellten Befunde ist jedoch davon auszugehen, dass auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt Arbeitsstellen vorhanden sind, welche dem Rückenleiden der Versicherten besser Rechnung tragen als die aktuelle Arbeit im Pflegebereich. Aufgrund ihrer geringen objektivierbaren Funktionseinschränkungen ist es denn auch nachvollziehbar, dass Dr. C. ____ zum Schluss kam, die Versicherte sei in einer rückenadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

5.4 Eine Neu Beurteilung des Gesundheitszustandes drängt sich nicht auf, lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen doch nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten zu. Es kann deshalb auf die von ihr beantragte amtliche Nachfrage bei Dr. D. ____ und Anordnung eines Gerichtsgutachtens verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 141 I 64 E. 3.3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

6. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten. 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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Die IV-Stelle nahm in ihrer Verfügung vom 20. Dezember 2017 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Anhand der Gegenüberstellung von einem Valideneinkommen von Fr. 58'620.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 48'656.-- ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 17 %. Die Versicherte beanstandet einzig das ermittelte Valideneinkommen und macht geltend, unter Berücksichtigung der Schichtlagen würde dieses Fr. 61'530.-- betragen. Die Frage, welches Valideneinkommen bei der Berechnung des Invaliditätsgrades massgebend ist, kann offen gelassen werden. Denn selbst bei einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 61'530.-- ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Fr. 61'530.-- ./ Fr. 48'656.-- x 100 : Fr. 61'630.-- = 20,9 %).

7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2017 einen Rentenanspruch der Versicherten zu Recht ablehnte.

Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind.

8.2 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.