



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Dezember 2018 (720 18 92 / 334)

Invalidenversicherung

Zweifel an einer versicherungsinternen Beurteilung des regional-ärztlichen Dienstes.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Markus Schmid,
Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1958 geborene A.____ ist Mutter zweier 1988 und 1990 geborener Kinder. Von April 1979 bis März 1982 hat sie eine Ausbildung zur Physiotherapeutin absolviert. Seit Januar 2002 ist sie als Physiotherapeutin selbständig erwerbstätig. Am 24. Juli 2017 hat sie sich unter Hinweis auf eine linkskonvexe Lumbalskoliose, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und ein chronisches Lendenwirbelsäulen-Syndrom bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse hat die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren einen

Rentenanspruch mit Verfügung vom 12. Februar 2018 verneint. Zur Begründung hat sie angegeben, dass weder die Voraussetzung einer durchgehend mindestens 40%-igen Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres erfüllt, noch anschliessend eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% gegeben sei.

B. Hiergegen hat die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Markus Schmid, am 15. März 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhoben und beantragt, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab 1. Januar 2018 eine Dreiviertelrente auszurichten; in verfahrensrechtlicher Hinsicht sei eine öffentliche Parteiverhandlung gemäss Art. 6 EMRK durchzuführen.

C. Unter Hinweis auf einen Bericht des regionalärztlichen Dienstes (RAD) vom 9. April 2018 und einen Abklärungsbericht betreffend die haushalterischen Verhältnisse vom 15. Mai 2018 schloss die IV-Stelle mit Vernehmlassung vom 17. Mai 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 23. Juli 2018 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zu den von der IV-Stelle neu aufgelegten Unterlagen und hielt dabei an ihren zuvor gestellten Rechtsbegehren fest.

E. Die IV-Stelle hielt mit Duplik vom 16. August 2018 unter Verweis einer Stellungnahme des RAD vom 8. August 2018 ihrerseits an der Abweisung der Beschwerde fest.

F. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 6. Dezember 2018 hielten die Parteien sowohl an ihren Rechtsbegehren als auch an ihren bereits schriftlich dargelegten Rechtsstandpunkten fest.

Auf deren weiteren Vorbringen ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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 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.

2.1 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).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 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.

3. Zu prüfen ist, ob und allenfalls in welchem Umfang die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente besitzt. Strittig ist insbesondere, in welchem Ausmass sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit

überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.2 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde somit auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt allenfalls ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit jener ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen; BGE 139 V 225, E. 5.2).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

3.4 Nach ständiger Rechtsprechung hat das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit angefochtener Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorgelegen hat (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Daraus folgt, dass für die Beurteilung der künftig massgebenden Verhältnisse grundsätzlich jener medizinische Sachverhalt massgebend ist, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 12. Februar 2018 vorgelegen hat.

4.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht die Aktenbeurteilung des RAD durch Dr. B.____, Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin, vom 27. Oktober 2017. Daraus geht hervor, dass bei der Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Lumbalgien bei linkskonvexer Skoliose mit mässiggradigen degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Hysterektomie im August 2017 zu diagnostizieren seien. Die RAD-Ärztin beruft sich bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die Beurteilung von Prof. Dr. C.____, Chefarzt Spinale Chirurgie, Spital D.____, vom 28. September 2016. Sie fasst zusammen, dass radiologisch zwar eine linkskonvexe Lumbalskoliose mit mässig degenerativen Veränderungen präsakral bestehe, die Lumbalbeschwerden klinisch indessen auf eine Überlastung der wirbelsäulenstabilisierenden Rückenmuskulatur zurückzuführen seien. Die Beschwerdeursache sei somit durch ein geeignetes Heimprogramm und physiotherapeutische Massnahmen kompensierbar. Weil die Versicherte vom Fach sei, könne sie sich selbst ein entsprechendes Trainingsprogramm erstellen und dieses auch einüben. Ihre körperlichen Beschwerden würden mit Blick auf ihre selbständige Tätigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründen, weil ein Anpassungsspielraum in Bezug auf die von ihr angebotenen Dienstleistungen bestehe, und die Versicherte selbstbestimmt Erholungspausen in ihre Arbeit integrieren könne. Sie sei einzig für schwere körperliche Arbeiten eingeschränkt. Sie habe die Möglichkeit, in ihrer Physiotherapie-Praxis ihre Tätigkeit so zu gestalten, dass sie genügend Pausen und Abwechslung in ihre Arbeit integrieren und so ihre Tätigkeit qualitativ anpassen könne (IV-Dok 30).

4.2 Diesen Standpunkt hat die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2018 weiterhin vertreten. An der Beurteilung von Prof. Dr. C.____ könne festgehalten werden. Der klinisch-radiologische Befund begründe eine qualitative Einschränkung einzig für schwere körperliche Arbeiten. Als selbständige Physiotherapeutin könne die Versicherte ihre Arbeitsbedingungen viel flexibler gestalten und ihren eigenen Bedürfnissen anpassen, als wenn sie beispielsweise in einem Spital angestellt wäre, wo sie sich ihre Klienten und ihre Arbeitszeiten nicht selbst aussuchen könne (IV-Dok 37).

4.3 In einem weiteren RAD-Bericht vom 9. April 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. B.____ fest, dass die Versicherte bezogen ausschliesslich auf die klinisch objektivierbaren Befunde in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden und rückenadaptierten Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule ganztags arbeitsfähig sei. Dies gelte auch für die Tätigkeit als selbständige Physiotherapeutin, sofern dieses Verweisprofil qualitativ nicht überschritten werde und die Versicherte ihre Dienstleistun-

gen in ihrer eigenen Praxis so ausrichte, dass sie nicht schwer heben und keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule einnehmen müsse (Beilage 2 zur Vernehmlassung vom 17. Mai 2018).

4.4 In ihrer Stellungnahme vom 8. August 2018 hielt Dr. B._____ an dieser Einschätzung im Wesentlichen fest. Sie räumte allerdings ein, dass sie zu den wirtschaftlichen Aspekten einer leidensbedingten Anpassung der Tätigkeit als selbständige Physiotherapeutin keine Stellung nehmen könne. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, wonach sie nur noch im Umfang von 50% zu arbeiten in der Lage sei, könne anhand der objektiven Befunde nur dann nachvollzogen werden, wenn sie ausschliesslich Massagebehandlungen anbieten und dabei in vorgeneigter Zwangshaltung arbeiten würde. Bei einer rückenadaptierten Tätigkeit sei eine derartige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch hingegen nicht nachvollziehbar (Einzelbeilage zur Duplik vom 16. August 2018).

4.5 Den Akten sind im Weiteren folgende medizinische Unterlagen von Relevanz zu entnehmen:

4.5.1 Gemäss Bericht von Prof. Dr. C._____ vom 28. September 2016 leide die Versicherte seit zwei Jahren unter konstant tief lumbalen Rückenschmerzen, welche muskulärer Natur seien und durch die muskuläre Dysbalance als Folge der LWS-Skoliose bedingt seien. Konsekutiv komme es zu einer Überlastung. Therapeutisch würden konservative Massnahmen mit Lockerungs- und Dehnungsübungen sowie eine Kräftigung der Muskulatur in Betracht kommen. Eine operative Korrektur sei im jetzigen Zeitpunkt keinesfalls zu empfehlen. Es sei der Patientin geraten worden, ihre Physiotherapiepraxis entsprechend anzupassen und dafür zu sorgen, dass sie genügend Pausen und Abwechslung mit verschiedenen Therapiemassnahmen habe (IV-Dok 12, S. 10 f.).

4.5.2 Gemäss Arztbericht von Dr. med. E._____, FMH Innere Medizin, zu Handen des Krankenversicherers der Versicherten vom 28. Juni 2017 leide die Versicherte seit fünf Jahren an progredienten Beschwerden der Lendenwirbelsäule mit einem zunehmenden Pausenbedarf während ihrer täglichen Tätigkeit und mit mehreren kleineren Arbeitsunterbrüchen für die Dauer von Tagen bis zwei Wochen. Seit dem Jahr 2014 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 10 und 20%, seit 2015 eine solche zwischen 20 und 25%, seit 2016 eine solche zwischen 30 und 50% und seit Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit von 50%. Eine andere, dem Krankheitsverlauf angepasste Alternativ-Tätigkeit sei nicht möglich (IV-Dok 15, S. 2 f.).

4.5.3 Diese Angaben decken sich mit den Aussagen von Dr. E._____ in dessen Bericht vom 4. August 2017. Seit fünf Jahren würden progrediente, lumbovertbrale Schmerzen bestehen, welche zu wiederholten, ganztägigen Pausen insbesondere während der Tagesarbeit geführt hätten. Mehr als 50% werde die Patientin nicht arbeiten können (IV-Dok 12).

4.5.4 Gemäss Bericht von Prof. Dr. C._____ vom 2. März 2018 absolviere die Patientin selbständig ihre Übungen und versuche, sich rückengerecht zu verhalten. Die Schmerzen seien jedoch progredient. Obwohl sie versuche, sich optimal den Beschwerden anzupassen, sei die

Patientin bei ihrer Arbeit als Physiotherapeutin immer mehr eingeschränkt. Nach einer Stunde würden die Beschwerden massiv zunehmen, so dass die Patientin Pausen einlegen müsse und lediglich noch im Umfang von 50% leistungsfähig sei. Bedingt durch die Skoliose komme es zu einer muskulären Dysbalance. Eine Operationsindikation bestehe nicht. Die Arbeitsfähigkeit in der körperlichen Tätigkeit als Physiotherapeutin werde sich operativ nicht verbessern. Die konservativen Therapiemassnahmen seien ausgeschöpft. Als Therapeutin kenne die Patientin das rückengerechte Verhalten selber bestens und mache auch regelmässig selbständig ihre Übungen. Bei der Arbeit müsse sie jedoch häufig Tätigkeiten in vorgebeugter, teils gebückter Rückenmuskulatur über ihren Patienten ausüben, was ihre bereits kompensatorisch überlastete Rückenmuskulatur überfordere. Sie müsse deshalb häufig Pausen machen, was die Arbeitsleistung beeinträchtige. In der Gesamtschau der Befunde sei sie in ihrer körperlichen Tätigkeit als Physiotherapeutin zu 50% arbeitsfähig (Beilage 3 zur Beschwerdebeurteilung vom 15. März 2018).

5.1 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass nicht auf die RAD-Beurteilung von Dr. B._____ abgestellt werden könne. Sie macht in diesem Zusammenhang insbesondere geltend, dass deren Schlussfolgerungen widersprüchlich seien, weil die RAD-Ärztin gestützt auf den Bericht von Prof. Dr. C._____ vom 28. September 2016 einerseits von der Notwendigkeit von Pausen ausgehe, gleichwohl aber eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit feststelle. Dieser Auffassung ist zuzustimmen. Die vorliegenden RAD-Berichte von Dr. B._____ sind zweifelsohne als versicherungsinterne Abklärungen zu qualifizieren. Wie oben ausgeführt (oben, Erwägung 3.2), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Beurteilungen versicherungsinterner Herkunft bei der Beweiswürdigung nur dann volle Beweiskraft zuzuerkennen, sobald nicht auch schon geringe Zweifel gegen deren Zuverlässigkeit sprechen. Solche Zweifel liegen hier allerdings vor.

5.2. Im vorliegenden Fall hat die RAD-Ärztin die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht. Bei der Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse stützte sie sich vielmehr auf die Untersuchungsergebnisse von Prof. Dr. C._____ vom 28. September 2016. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle kann gestützt auf diese Einschätzung aber nicht der Schluss gezogen werden, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin weiterhin im Umfang von 100% arbeitsfähig. So hat sich Prof. Dr. C._____ in seinem Bericht vom 28. September 2016 in zeitlicher Hinsicht nicht zur Leistungsfähigkeit der Versicherten geäußert. Seiner Einschätzung, auf welche die RAD-Ärztin Bezug nimmt, ist in diesem Zusammenhang lediglich die Empfehlung zu entnehmen, dass die Versicherte genügend Pausen einlegen und auf eine Abwechslung ihrer Tätigkeit achten müsse. Daraus kann nun aber nicht abgeleitet werden, dass sich die Versicherte bei ihrer selbständigen Tätigkeit so umorganisieren kann, dass sie nur noch körperlich leichtere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen vornehmen müsste. Die von der IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahme ihres RAD vertretene, gegenteilige Auffassung ist nicht zielführend: Die Versicherte ist gehalten, ihre Tätigkeit so auszuüben, wie sie sie mit Blick auf die gesundheitlichen Beschwerden ihrer Patienten auszuüben gezwungen ist. Wie sie auch anlässlich der Parteiverhandlung überzeugend dargelegt hat, kann die Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf die Bedürfnisse ihrer Patienten nehmen. Sie ist vielmehr gehalten, ihre Patienten gemäss den ärztlich vorgegebenen Verordnungen zu behandeln. Diese Behand-

lungen lassen sich nicht nach Gutdünken ersetzen, andernfalls die Versicherte ihre Patienten schlicht falsch behandeln würde. Damit aber ist es unrealistisch anzunehmen, dass sie je nach Schmerzzustand und Tagesform in der Lage wäre, die in Zwangshaltung vorzunehmenden Massagen kurzfristig einfach auszusetzen. Dies gilt umso mehr, weil die grosse Mehrheit der von ihr erbrachten Behandlungen in Form von Massagen mit körperlichem Einsatz am Patienten zu erfolgen haben, und ein Abtausch mit anderen Praxiskollegen nicht möglich ist (Protokoll Parteiverhandlung vom 6. Dezember 2018). Das von der IV-Stelle postulierte Verhalten würde im Gegenteil dazu führen, dass die Versicherte einen Teil ihrer Kundschaft verlieren würde und es damit fraglich wäre, ob ihre Physiotherapiepraxis überhaupt noch ausgelastet wäre, wenn sie offensichtlich tragende Elemente ihrer Physiotherapiebehandlung nicht mehr anbieten würde. Da sich der ausgewiesene Pausenbedarf mithin nicht sicherstellen lässt, erweist sich die von der RAD-Ärztin postulierte 100%-ige Restarbeitsfähigkeit als selbständige Physiotherapeutin mithin als widersprüchlich.

5.3 In seinem Bericht vom 2. März 2018 ist der vom RAD für die Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse als massgebend zitierte Spezialist davon ausgegangen, dass die konservativen Massnahmen bei progredienten Schmerzen ausgeschöpft sind (oben, Erwägung 4.5.4). Damit ist fraglich, ob mit der vom RAD postulierten Selbsttherapie mittlerweile überhaupt noch ein Plus an Leistungsfähigkeit gewonnen werden kann. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein. Soweit die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 9. April 2018 weiterhin an ihrer ursprünglichen Einschätzung vom 27. Oktober 2017 festhält, ignoriert sie jedenfalls die von Prof. Dr. C._____ ausgewiesene Progredienz der gesundheitlichen Beschwerden und damit eine seit ihrer vorangehenden Einschätzung vom 27. Oktober 2017 offenbar eingetretene Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse. Angesichts der spezialärztlichen Aussage, dass die Versicherte trotz des Versuchs, sich optimal ihren Beschwerden anzupassen, bei ihrer Arbeit zunehmend eingeschränkt sei, widerspricht jedenfalls auch der vom RAD vertretenen und von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ansicht, die als Folge der LWS-Skoliose bedingte muskuläre Dysbalance lasse sich mit entsprechenden Übungen und Schonung kompensieren. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin bei dem ihr bekannten Beschwerdebild sich nicht mehr in spezialärztliche Behandlung begeben hat. Aufgrund ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin kennt sie alle Vorkehren, mit welchen sie ihre Muskulatur stärken und schmerzbedingte Haltungen – soweit überhaupt möglich und umsetzbar (oben, Erwägung 5.2) – vermeiden kann. Hierfür benötigt sie weder ärztliche noch therapeutische Unterstützung, weshalb es ihr auch nicht zum Nachteil gereichen kann, dass sie sich nicht in vermehrte Behandlung von Prof. Dr. Schären begeben hat.

5.4 Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere von Prof. Dr. C._____ vom 2. März 2018, bleibt unbeantwortet und damit letztlich unklar, ob mit den empfohlenen therapeutischen Massnahmen überhaupt je wieder ein derart stabiler Gesundheitszustand erreicht werden kann, der es der Versicherten ermöglichen würde, ihre Tätigkeit als Physiotherapeutin weiterhin im Umfang von 100% auszuüben. Zumal die RAD-Ärztin die Versicherte nicht selber untersucht hat, bestehen insoweit deutliche Zweifel an den Schlussfolgerungen des RAD. Jedenfalls vermag die RAD-Ärztin mit Blick auf die von ihr herangezogenen Aussagen von Prof. Dr. C._____ nicht nachvollziehbar zu begründen, weshalb eine vollständige Ar-

beitsfähigkeit möglich sein soll. Es tritt hinzu, dass sich Prof. Dr. C.____ zu einer allfälligen Verweistätigkeit nicht geäußert hat. Klar ist in Anbetracht der vorliegenden Aktenlage deshalb einzig, dass die Beschäftigung als Physiotherapeutin ohne die Möglichkeit, Patienten an Praxiskolleginnen und -kollegen abzugeben, die ihrerseits die körperlich belastenden Massagebehandlungen übernehmen könnten, bei dem ausgewiesenen Leiden der Beschwerdeführerin nicht optimal und deshalb infolge eines ausgewiesenen Pausenbedarfs auch nicht mehr vollumfänglich möglich ist. Entgegen der von der RAD-Ärztin in deren Stellungnahme vom 10. Januar 2018 vertretenen Auffassung (oben, Erwägung 4.2) gilt dies zweifelsohne – wenn nicht gar umso mehr – auch für eine Tätigkeit als Physiotherapeutin im Angestelltenverhältnis. Auf die Einschätzung des RAD, wonach in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollständigen Leistungsfähigkeit auszugehen sei, kann bei dieser Aktenlage jedenfalls nicht abgestellt werden. Daran können die übrigen medizinischen Unterlagen nichts ändern. Auch der Bericht von Dr. E.____ vom 4. August 2017 bringt keinen Erkenntnisgewinn. Der Hausarzt der Versicherten vermag einzig zu wiederholen, was ihm seine Patientin angibt. Seine eigene Einschätzung, dass die Versicherte nicht mehr als 50% arbeiten könne, bleibt letztlich aber ebenfalls unbegründet.

5.5 Zusammenfassend greift die Betrachtungsweise des RAD deutlich zu kurz. In Anbetracht der dargelegten Unzulänglichkeiten bestehen ausserdem gewichtige Zweifel an der durch den RAD vorgenommenen Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Weder die im Zentrum stehende RAD-Beurteilung vom 27. Oktober 2017 noch die übrigen medizinischen Akten lassen dabei eine zuverlässige Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit zu. Mangels einer zuverlässigen verwaltungsexternen Einschätzung bei kontroverser Aktenlage erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Angelegenheit bedarf demnach zusätzlicher Abklärungen. Bei diesem Ergebnis kann an sich vorerst auch offen bleiben, wie es sich hinsichtlich der ökonomischen Auswirkungen der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verhält. Nichts desto trotz ist aufgrund der anlässlich der Parteiverhandlung gewonnenen Aussagen bereits an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Versicherte im Gesundheitsfall ein 100%-Pensum ausüben würde. Die bis anhin in den Akten in diesem Zusammenhang teils unklar gebliebenen Verhältnisse – insbesondere die Frage, ob nicht allenfalls von einem nur hälftigen Pensum im Gesundheitsfall auszugehen gewesen wäre (IV-Anmeldung, IV-Dok 1) – sind diesbezüglich mithin bereits heute als geklärt zu betrachten.

5.6 Im Entscheid 137 V 210 ff. hat das Bundesgericht die bisherige ständige Rechtsprechung, wonach das kantonale Gericht prinzipiell die freie Wahl hatte, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten, geändert. Es hat erkannt, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen hat und eine Rückweisung an die IV-Stelle nur noch in Ausnahmefällen erfolgen soll. Da es Aufgabe der Verwaltung und nicht der Beschwerdeinstanz ist, für eine erstmalige vollständige Erhebung des massgebenden Sachverhaltes besorgt zu sein, liegt ein solcher Ausnahmefall namentlich dann vor, wenn ein relevanter Aspekt des medizinischen Sachverhaltes durch die Verwaltung nicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Gleiches gilt, wenn sich die Verwaltung auf Unterlagen stützt, welche die medizinische Situation der versicherten Person nur unzureichend wiedergeben. Beide Punkte sind nach

dem vorstehend Gesagten auch hier gegeben. Somit aber ist eine Rückweisung an die IV-Stelle vorzunehmen. Die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese wird den aktuellen Gesundheitszustand und die Frage der (Rest-) Arbeitsfähigkeit der Versicherten innert nützlicher Frist durch ein externes Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Akteenergänzung wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2; BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

6.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass den Vorinstanzen gemäss § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO (in der noch bis Ende 2018 geltenden Fassung) keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden und der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.— an die Beschwerdeführerin zurück zu erstatten ist.

6.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Deren Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 30. Oktober 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 16,1 Stunden geltend gemacht, was sich angesichts des doppelten Schriftenwechsels und der sich dabei stellenden Sach- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Zuzüglich zwei Stunden zusätzlichen Aufwand für die Parteiverhandlung vom 6. Dezember 2018 sind diese Bemühungen zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.— zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 320.90. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'219.05 (18,1 Stunden à Fr. 250.— sowie Auslagen von Fr. 320.90 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

7. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zuläs-

sig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.— zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'219.05 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.