



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Dezember 2018 (720 18 144 / 338)

Invalidenversicherung

Würdigung der Arztberichte

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Stephan Müller, Advokat,
Leimenstrasse 4, 4056 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1957 geborene A.____ war vor Eintritt ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Mitarbeiterin der B.____ AG in Aarau tätig und war in dieser Funktion gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle bei der Suva versichert. Am 1. Juni 2013 erlitt die Versicherte einen Nichtberufsunfall, bei welchem sie sich Verletzungen am linken Handgelenk zuzog. Die Suva erkannte in der Folge ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Am 7. Juli 2014 meldete sich A._____ unter Hinweis auf unfallbedingte Probleme an der linken Hand bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab und sprach der Versicherten nach durchgeführten beruflichen Massnahmen sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 9. März 2018 rückwirkend ab 1. Januar 2015 eine Dreiviertelsrente und ab 1. Mai 2015 eine ganze Rente bis 31. März 2017 zu.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Stephan Müller, mit Schreiben vom 27. April 2018 Beschwerde am Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung teilweise aufzuheben und ihr ab 1. April 2017 weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Des Weiteren ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

C. Mit Verfügung vom 7. Mai 2018 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Stephan Müller als Rechtsvertreter sowie die unentgeltliche Prozessführung bewilligt.

D. Mit Vernehmlassung vom 24. Mai 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

E. Anlässlich der Urteilsberatung vom 6. September 2018 hat das Kantonsgericht erwogen, dass gestützt auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen kein hinreichend nachvollziehbares Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und deren Arbeitsfähigkeit vorliege. Demgemäss wurde beschlossen, den Fall auszustellen und der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zu geben, ihre Beschwerde vom 27. April 2018 zurückzuziehen, da im Falle einer Rückweisung an die Vorinstanz auch eine Schlechterstellung der Beschwerdeführerin möglich wäre.

F. Mit Schreiben vom 8. Oktober 2018 teilt die Beschwerdeführerin mit, dass sie an ihrer Beschwerde festhält.

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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die der Beschwerdeführerin von Januar 2015 bis April 2015 zugesprochene Dreiviertelsrente bzw. die ab 1. Mai 2015 bis 31. März 2017 zugesprochene ganze Rente zu Recht per Ende März 2017 befristet hat.

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 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 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017, beide zur Publikation vorgesehen), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

3.1 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.

3.2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht bestritten wird.

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 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).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 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). Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG 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).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

5.1 Der Kreisarzt der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), Dr. med. C.____, hält in seiner Beurteilung vom 26. November 2014 fest, die Trophik der linken Hand sei in Ordnung. Es bestehe keine Druckdolenz über dem radiocarpalen Gelenkspalt. Ulnarseitig finde sich über der Entnahmestelle des Os pisiforme eine Druckschmerzhaftigkeit. Die Handgelenksfunktion links sei in allen Ebenen leicht eingeschränkt, die Fingerfunktion sei frei. Die rohe Kraft beim Faustschluss sei noch deutlich vermindert, beim Pinchgriff bestehe eine annähernd seitengleiche Kraftentwicklung. Die Platte im Bereich der Ulnaverkürzungsosteotomie sei palpabel, es liege keine wesentliche Schmerzhaftigkeit vor. Auch im Bereich des linken Ellbogens liege keine wesentliche Schmerzhaftigkeit über der Narbe der Ulnarisvorverlagerung. Das Ellbogengelenk sei frei beweglich. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2015 sei realistisch. In diesem Sinne habe er eine 75-prozentige Arbeitsfähigkeit im Unfallschein attestiert, es gelte dann eine Arbeitsfähigkeit von 4 mal 6 Stunden. Längerfristig rechne er damit, dass die Versicherte ihre angestammte Arbeit wieder zu 100 % werde ausführen können.

5.2 Mit Bericht vom 22. April 2015 führt Prof. Dr. med. D.____, FMH Neurochirurgie, aus, nach Anfertigung eines Kernspintomogramms, welches eine massive diskoligamentäre Spinalkanalstenose L4/5 ohne Zeichen der Instabilität gezeigt hätte, sei die Indikation zur monosegmentalen Dekompression gestellt worden. Am 17. April 2015 sei die Operation durchgeführt worden, der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen.

5.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____, FMH Physikalische und Rehabilitative Medizin, hält in ihrem Arztbericht vom 8. Mai 2015 fest, dass hinsichtlich der linken Hand ein erfreulicher, wenn auch protrahierter Verlauf vorliege. Diesbezüglich sei aktuell noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit März 2015 bestehend, allerdings sollte im weiteren Heilverlauf und spätestens nach der Plattenentfernung im August 2015 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden können (dies werde sowohl vom Operateur als auch vom Kreisarzt so prognostiziert). Zusätzlich sei am 2. Februar 2015 eine Rückenproblematik aufgetreten, welche seither eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründe. Die Versicherte werde diesbezüglich in Zürich abgeklärt, es lägen noch keine Berichte vor.

5.4 Im Sprechstundenbericht von Prof. D.____ vom 8. Juni 2015 wird festgehalten, dass sich trotz regelrechter zentraler Entlastung des Spinalkanals bei der Patientin keine zufriedenstellende Situation zeige. Er müsse davon ausgehen, dass die recessale Einengung die entsprechende Lumboischialgie verursache. Er habe der Versicherten empfohlen, ein aktuelles Kernspintomogramm anfertigen zu lassen und anschliessend eine CT-gesteuerte Infiltration der L5-Wurzel durchzuführen.

5.5 Prof. Dr. med. F.____, FMH Neuroradiologie, führt am 30. September 2015 aus, es sei eine triplanare, native und i.v. kontrastmittelverstärkte MRI der LWS am 24. September 2015 durchgeführt worden. Es zeige sich, dass postoperativ bei Zustand nach dorsaler Dekompression von rechts der Spinalkanal auf dieser Höhe deutlich weiter sei, allerdings sei der prärecessale Bereich der sich formierenden L5-Wurzeln immer noch eng. Darüber hinaus bestehe auf dieser Höhe eine hypertrophe Spondylarthropatie mit geringen Reizergüssen. Im operativen

Zugangsbereich rechts würde eine noch deutliche Kontrastmittelaufnahme mit kleinen Flüssigkeitskollektionen bestehen. Im Übrigen komme keine Befundänderung zur Darstellung.

5.6 Am 2. Dezember 2015 berichtet Dr. med. G.____, FMH Neurologie und Neurochirurgie, bei der Versicherten bestehe eine komplexere Situation, indem die Patientin klinisch-neurologisch eine radikuläre Reizsymptomatik im Dermatome S1 rechts angebe. Hier sei die Nervenwurzel radiomorphologisch frei. Wegweisend sei seines Erachtens aber die Angabe der Patientin, wonach sie den Schmerzursprung ziemlich genau über LWK 4/5 rechts angebe, der dann von dort ins Bein ausstrahle. Allerdings gebe sie auch klar an, dass die Schmerzen in diesem Bereich VAS 7-10 betragen würden, diejenigen im Bein 5-7 VAS. Ein übereilter Eingriff scheine in Anbetracht der divergierenden Fakten mit Vorsicht durchzuführen.

Im Januar 2016 gibt Dr. G.____ in einem Arztbericht zu Händen der IV-Stelle unter anderem an, die psycho-sozialen Faktoren seien zu evaluieren.

5.7 Prof. D.____ berichtet am 23. Januar 2016 über die ambulante Nachkontrolle. Die Versicherte habe angegeben, dass nach einer kurzfristigen postoperativen Besserung die Schmerzen wieder zugenommen hätten. Der aktuelle Zustand sei nicht zufriedenstellend, der Leidensdruck zunehmend. Im Vordergrund würden rechtsseitige paravertebrale Schmerzen mit einer pseudoradikulären Ausstrahlung stehen. Er habe mit der Patientin vereinbart, dass die Bildgebung aktualisiert würde.

5.8 Am 2. Februar 2016 befindet Dr. E.____, dass noch kein stabiler Gesundheitszustand vorliege. Dr. I.____ sei anzufragen, ob allenfalls psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen würden, die sich negativ auf die Schmerzverarbeitung auswirken könnten.

5.9 Dr. I.____ führt mit Schreiben vom 16. Februar 2016 aus, der Hinweis „psychosoz. Belastungsfaktoren“ stamme wohl von Dr. G.____. Dieser sei mit der Versicherten nicht klar gekommen.

5.10 In seinem Arztbericht vom 25. Mai 2016 stellt Prof. D.____ fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin würde sich verschlechtern. Es sei eine Reoperation bei therapieresistenten Schmerzen am 9. Juni 2016 geplant.

Im Austrittsbericht vom 4. Juli 2016 hält Prof D.____ fest, die Patientin habe am 14. Juni 2016 nach komplikationslosem Verlauf in die weitere hausärztliche Betreuung entlassen werden können.

Am 8. August 2016 berichtet Prof. D.____, dass am 9. Juni 2016 eine Re-Dekompression durchgeführt worden sei und die Patientin nach dem Eingriff vollständig beschwerdefrei gewesen sei. Nach diesem zufriedenstellenden Primärverlauf hätten sich wieder zunehmende lokale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung zum rechten Gesäss und Ileosakralgelenk gezeigt. Neue Aufnahmen hätten den dringenden Verdacht auf eine lokale epidurale Infektion gezeigt.

5.11 Prof. Dr. med. H.____, FMH Radiologie, hält im Rahmen einer Zweitmeinung mit Schreiben vom 11. August 2016 fest, in der postoperativen Situation (2 Monate postoperativ) sei die MR-Beurteilung bezüglich eines Infekts erschwert. Die zentrale flüssigkeitshaltige Struktur könne durchaus einem Rest-Hämatom entsprechen, eine Superinfektion sei bildgebend nicht auszuschliessen. Insofern lasse sich die radiologische Beurteilung nicht ohne die klinischen Parameter und die Laborergebnisse durchführen. Sollten keine Infektparameter vorliegen, so halte er einen epiduralen Abszess für sehr wenig wahrscheinlich und es handle sich lediglich um ein Rest-Hämatom bei verzögertem Heilungsablauf. Im umgekehrten Fall empfehle er eine dringende Probepunktion zur bakteriologischen Überprüfung.

5.12 Dr. med. I.____, FMH Physikalische Medizin, berichtet am 9. Januar 2017, die epidurale Infektion habe sich nicht bestätigt; der Gesundheitszustand der Versicherten sei besserungsfähig. Wenn die B.____ AG noch mitmache, werde ein Arbeitsversuch Februar - März 2017 gestartet. Nach der zweiten Operation sei die Patientin komplett beschwerdefrei gewesen. Leider habe ein postoperatives Hämatom den Heilungsverlauf verzögert und die Psyche der Patientin negativ beeinflusst.

Mit Bericht vom 10. Juli 2017 führt Dr. I.____ aus, der Gesundheitszustand der Patientin sei unverändert. Sie arbeite zurzeit 3 mal 3-4 Stunden (Ziel: 4 Stunden) wöchentlich. Als Problem gibt er den Rücken und die lange Anreisezeit mit dem Zug an.

5.13 Dr. E.____ diagnostiziert nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen mit Bericht vom 2. August 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Belastungseinschränkung der LWS bei Status nach Dekompression L4/5 am 17. April 2017 sowie Re-Operation am 9. Juni 2016 eine endoskopisch assistierte, mikrochirurgische Dekompression bds. über einen unilateralen Zugangsweg L4/5 rechts. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bei der B.____ AG. In einer Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin ab 2. Januar 2017 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsfähig. Dr. E.____ führt aus, die Versicherte arbeite seit März 2017 beim bisherigen Arbeitgeber im Rahmen der Reintegration an einem Schonarbeitsplatz, wo sie Internetrecherchen betreibe (Ausfindigmachen von Adressen). Dabei handle es sich um eine leichte, administrative Tätigkeit. Aus den Angaben des Case Managers der B.____ AG gehe jedoch nicht hervor, ob die Tätigkeit auch bezüglich der Wirbelsäulen-Haltung angepasst sei, d.h. ob hier Wechselpositionen je nach Bedarf möglich seien oder ob die Versicherte die Arbeitszeit ausschliesslich sitzend vor dem PC verbringe. Daher könne von RAD-Seite die aktuelle Schontätigkeit bezüglich der subjektiv angegebenen Leistungsgrenzen von max. 3 mal 3 Stunden pro Woche nicht plausibilisiert werden. Dies könne ohne genauere Angaben zum Leistungsprofil seitens des Arbeitgebers so nicht nachvollzogen werden. Möglicherweise spiele hier die von der Versicherten angegebene lange Anreisezeit zum Arbeitsort mit dem Zug (d.h. langes Sitzen während des Arbeitsweges) eine Rolle, weswegen sich die Versicherte nur in reduziertem Pensum arbeitsfähig sehe. Es liege die Vermutung nahe, dass die Versicherte viel Zeit mit der Fahrt zur Arbeit und wieder zurück zum Wohnort aufwende, ohne dass hier genaue Fahrzeiten dokumentiert worden wären, so dass, wenn man diesen Belastungsaufwand zur effektiven Arbeitszeit dazurechne, eine höhere Belastbarkeit der Wirbelsäule anzunehmen sei. Grundsätzlich sollte es der Versicherten aufgrund der objektiven Wirbelsäulenbefunde möglich

sein, eine qualitativ angepasste Verweistätigkeit ganztags auszuüben. Da seit dem 17. August 2016 keine weiteren Kontrollen betreffend Rücken dokumentiert seien, werde davon ausgegangen, dass die Rückenbehandlung im August 2016 abgeschlossen worden sei und seither ein stabiler Endzustand vorliege. Die ISG-Überlastung rechts sei physiotherapeutisch sehr gut behandelbar und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund des protrahierten Heilverlaufs bei lokaler Hämatombildung nach der letzten Wirbelsäulenoperation vom 9. Juni 2016 sei von einer längeren Rekonvaleszenzzeit von ca. sechs Monaten postoperativ auszugehen, so dass medizinisch-theoretisch ab Januar 2017 eine Arbeitsfähigkeit in der Verweistätigkeit wieder angenommen werden könne. Seitens der unfallbedingten Einschränkung der Handgelenksbelastbarkeit links habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit unterschiedlichen Ausmasses zwischen 1. Juni 2013 und 1. Februar 2015 bestanden. Danach werde die Arbeitsunfähigkeit durch die LWS-Problematik dominiert, die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe ab März 2016 nur noch bei 20 % gelegen und ab Juli 2016 könne seitens der linken Hand keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründet werden, weswegen die Handdiagnosen links in Übereinstimmung auch mit den Arztberichten des Hausarztes Dr. I.____ spätestens nach der Metallentfernung vom März 2016 als Diagnosen ohne relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzustufen seien.

5.14 Dr. I.____ berichtet in seinem Schreiben vom 8. September 2017 von einer Erschöpfungsdpression aufgrund der chronischen Schmerzen.

5.15 Am 14. November 2017 führt Dr. med. K.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, Leitender Arzt der L.____, in seiner Beurteilung zusammenfassend aus, es finde sich ein chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom, wobei ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei der o. g. Wirbelsäulenfehlhaltung und St. n. zwei Rückenoperationen weiterhin im Vordergrund der Beschwerden stehen würden. Hinzu komme ein myofaszielles Schmerzsyndrom der UE. Die Polyarthralgien der Hände würde er auch im Rahmen des generalisierten Schmerzsyndroms beurteilen und nicht im Sinne einer RA, denkbar wäre jedoch auch eine metabolische Ursache, wie z.B. ein Eisenmangel.

5.16 Mit Bericht vom 30. November 2017 äussert sich Dr. E.____ im Rahmen des Einwandverfahrens zu den eingereichten medizinischen Berichten. Sie hält dabei im Wesentlichen fest, dass die von der Versicherten beklagten generalisierten Schmerzen – wie der klinische Status von Dr. K.____ zeige – myofaszieller Genese und somit auf entsprechende tastbare Triggerpunkte, muskuläre Verspannungen und Dysbalancen bei WS-Fehlstatik (Hohlrundrücken) zurückzuführen seien. Hier sei eine konservative Therapie indiziert, aber auch ein konsequentes Muskelaufbautraining in Eigenregie zur Verbesserung der WS-Fehlhaltung und Ausgleich muskulärer Dysbalancen und dadurch Beseitigung muskulärer Verspannungen durchzuführen.

5.17 Am 23. Mai 2018 nimmt Dr. E.____ im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nochmals Stellung. Sie führt im Wesentlichen aus, auf den Bericht von Dr. I.____ vom 10. Juli 2017 könne versicherungsmedizinisch nicht abgestellt werden. Er enthalte weder Angaben zum objektiven klinischen Status, d.h. ein Untersuchungsbefund sei nicht enthalten, noch würden Angaben zum Leistungsprofil gemacht. Im Bericht vom 9. Januar 2017 habe Dr. I.____ festgehalten, dass die Versicherte nach der zweiten Operation komplett beschwerdefrei gewesen sei, jedoch habe ein

postoperatives Hämatom die postoperative Heilungsphase verzögert. Am 16. August 2018 sei das Hämatom abpunktiert worden und somit habe die WS-chirurgische Behandlung am 17. August 2016 erfolgreich abgeschlossen werden können. Zu diesem Zeitpunkt habe bis auf eine ISG-Reizung rechts ein unauffälliger klinischer Befund bestanden. Weiter hält Dr. E._____ fest, die Case Managerin des Arbeitgebers bzw. der Vorgesetzte der Versicherten würden lediglich die subjektiven Leistungsgrenzen der Versicherten wiedergeben. Der Arbeitgeber hätte angegeben, die Leistung bei der B._____ AG betrage 50 %, da die Versicherte immer wieder Pausen benötige und immer wieder aufstehen und umherlaufen müsse. Dies impliziere, dass die Versicherte ihre Arbeit am PC sitzend verrichte und erst in den Pausen aufstehe und umherlaufe, d.h. die Tätigkeit bei der B._____ AG sei somit eine rein sitzende Tätigkeit und nicht eine wechselbelastende Tätigkeit. Somit sei diese Schontätigkeit streng genommen keine leidensadaptierte Verweistätigkeit. Des Weiteren führt Dr. E._____ aus, der zuletzt von Dr. K._____ erhobene, ausführliche klinische WS-Befund vom 30. Oktober 2017 bestätige seit dem Behandlungsabschluss bei Prof. D._____ einen unveränderten Gesundheitszustand, mit unauffälligem sensomotorischem Befund. Die myofascial auslösbaren Druckdolenzen bei entsprechenden Triggerpunkten und ISG-Blockierung rechts, d.h. Befunde, welche manualtherapeutisch gut behandelbar/reversibel seien, würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Ausserdem wird ausgeführt, dass der hohe zeitliche Aufwand, den die Versicherte pro Tag mit dem Arbeitsweg absolviere, zeige, dass die tatsächliche WS-Belastbarkeit der Versicherten effektiv höher liege als nur bei 3 Stunden pro Tag.

6. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2018 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. E._____. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit ab 2. Januar 2017 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsfähig ist. Dabei ging sie von folgendem Verweisprofil aus: Leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne WS-Zwangshaltung, ohne Heben/Tragen, ohne Überkopfarbeiten.

7.1 Im vorliegenden Verfahren ergeben sich gewisse Zweifel an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E._____. Vorweg fällt die Diskrepanz zwischen der Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. I._____ und dem Case Management des Arbeitgebers der Beschwerdeführerin einerseits sowie der RAD-Ärztin andererseits auf. Sowohl Dr. I._____ als auch die Case Managerin erachten die Beschwerdeführerin lediglich als zu 3 mal 3-4 Stunden wöchentlich arbeitsfähig und dies in einer Schontätigkeit. Die Case Managerin bzw. der Vorgesetzte der Beschwerdeführerin weist darauf hin, dass für die Beschwerdeführerin manchmal bereits 3 Stunden zu viel seien und dass sie mehr Pausen machen müsse, als erlaubt seien. Eine Steigerung der Arbeitszeit sei nicht mehr möglich. Die Mitarbeiterin sei demnach weit weg von ihrer früheren Leistungsfähigkeit. Die Leistungsfähigkeit während der Anwesenheit betrage 50 %. Im Gegensatz dazu geht Dr. E._____ davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die IV-Stelle hält ausserdem fest, dass der lange Arbeitsweg von rund drei Stunden pro Tag zeige, dass die Wirbelsäulen-Belastbarkeit höher liege als nur bei drei Stunden pro Tag. Weiter geht Dr. E._____ aufgrund der Äusserungen der Case Managerin davon aus, dass es sich bei der Schontätigkeit nicht um eine leidensangepasste Tätigkeit handle, da es sich dabei um eine rein sitzende Tätigkeit handle. Diesbezüglich fällt auf,

dass diese Frage bei der B.____ AG nicht abgeklärt wurde und somit nicht feststeht, wie sich die Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin tatsächlich darstellt. In Bezug auf den täglichen Arbeitsweg ist anzumerken, dass dieser wohl tatsächlich auch eine gewisse Belastung der Wirbelsäule mit sich bringt, dies aber nicht zwingend den Schluss zulässt, dass die Arbeitsfähigkeit höher ist, als die von Dr. I.____ und dem Case Management angeführten maximal 3 mal 3-4 Stunden wöchentlich. Es ist nicht davon auszugehen, dass Personen, die aufgrund einer Wirbelsäulenproblematik nur teilzeitlich arbeitsfähig sind, in der übrigen Zeit überhaupt keine wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten ausführen; dazu müssten sie sich ja vorwiegend liegend aufhalten. Immerhin ergibt sich aus dem Beschrieb des Arbeitsweges der Beschwerdeführerin, dass sich diese nie länger als maximal 25 Minuten im Zug befindet (dort wohl vorwiegend, aber nicht zwingend, sitzend). Den übrigen Weg legt sie zu Fuss oder im Tram in kürzeren Abschnitten zurück. Weiter zeigt sich, dass auch möglichen psychischen Einschränkungen wenig nachgegangen wurde. Nachdem Dr. G.____ bereits im Januar 2016 auf psycho-soziale Faktoren hingewiesen hat, hat Dr. E.____ im Februar 2016 angeregt, den behandelnden Arzt Dr. I.____ in Bezug auf allfällige psychosoziale Belastungsfaktoren anzufragen. Dies ist auch geschehen und Dr. I.____ hat am 16. Februar 2016 mitgeteilt, diese Problematik sei wohl auf eine Aussage von Dr. G.____ – einem ehemaligen behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin, mit welchem diese nicht klargeworden sei – zurückzuführen. Weiter hat sich Dr. I.____ zu diesem Thema damals nicht geäußert. Am 9. Januar 2017 hält Dr. I.____ jedoch fest, der postoperative Heilungsverlauf habe die Psyche der Beschwerdeführerin negativ beeinflusst. Mit Schreiben vom 8. September 2017 weist Dr. I.____ auf eine Erschöpfungsdepression hin. Auch die Beschwerdeführerin selbst bringt in ihrem Einwandschreiben vom 15. September 2017 vor, dass sie seit Monaten unter starken Schmerzen leide, die sie täglich sehr einschränken und auch psychisch stark belasten würden.

Gestützt auf die vorliegenden Akten ist unklar geblieben, wie sich die Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin bei der B.____ AG tatsächlich darstellt und ob es sich dabei nicht doch um eine dem Leistungsprofil entsprechende Verweistätigkeit handelt. Diesfalls müsste die von Dr. E.____ angegebene Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit in Frage gestellt werden. Ausserdem klagt die Beschwerdeführerin weiterhin über Rücken- und nun auch Flankenschmerzen sowie Gleichgewichtsstörungen. Dr. K.____ hat im November 2017, also mehr als 1 Jahr nach der zweiten Rückenoperation, ein chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom festgestellt, wobei ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlhaltung weiterhin im Vordergrund stehe. Zur Frage, wie sich dieser Sachverhalt auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, hat Dr. K.____ keine Stellung bezogen. Ebenfalls ist unklar geblieben, ob bei der Beschwerdeführerin nicht auch eine psychische Problematik vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflusst. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen ist die Frage, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin arbeitsfähig ist, demnach nicht abschliessend beurteilbar.

7.2 Insgesamt ergibt sich, dass vorliegend nicht auf die RAD-Berichte, die im Übrigen ohne persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin erstellt wurden, abgestellt werden kann, da zumindest geringe Zweifel an diesen Beurteilungen bestehen (vgl. dazu oben E. 4.3). Angesichts der bestehenden Unklarheiten und Zweifel hätte die IV-Stelle weitere Abklärungen vornehmen müssen. Mit ihrem Vorgehen verletzt sie den Untersuchungsgrundsatz, da sie den

Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Die Angelegenheit ist demzufolge an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die IV-Stelle wird abzuklären haben, wie sich die bei der B.____ AG ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin gestaltet und ob es sich dabei um eine leidensangepasste Tätigkeit handelt. Weiter wird der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die geklagten Schmerzen, aber auch psychiatrisch von verwaltungsexternen Gutachtern abzuklären sein. Nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen wird die IV-Stelle eine neue Verfügung zu erlassen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

7.3 Des Weiteren wird die IV-Stelle zu prüfen haben, ob die Beschwerdeführerin, nachdem ihr zumindest vom 1. Mai 2015 bis 31. März 2017 eine ganze Rente zugesprochen wurde, als über 55-jährige im Falle der Aufhebung oder Reduktion der Rente Anspruch auf die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2011, 9C_228/2010, E. 3).

8. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

8.1 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 zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle 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).

8.2 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. Vorliegend hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid 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 Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 10. Juli 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 8,05 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind 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. 169.60. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'350.10 (8,05 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 169.60 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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

9.2 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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 9. März 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die IV-Stelle hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'350.10 (inklusive Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

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