Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. April 2023 (720 22 188 / 92)

Invalidenversicherung

Ungenügende Sachverhaltsabklärung; Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Einschätzung

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Stephan Müller, Advokat, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Die 1965 geborene A.____ war zuletzt vom 1. September 2017 bis 31. Oktober 2019 in einem 80%-Pensum bei der B.____AG in X.____ als Verkäuferin tätig. Am 30. Oktober 2019 meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die erwerblichen, hauswirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab, wobei sie

den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) konsultierte. Gestützt auf dessen Stellungnahmen vom 2. Dezember 2021 und 2. März 2022 ermittelte sie bei der Versicherten – in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung – ab 17. Mai 2020 (Ablauf des Wartejahrs) einen IV-Grad von 86 % und ab 18. August 2020 einen solchen von 8 %. In der Folge sprach sie A.____ nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 7. Juni 2022 für den Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis 30. November 2020 eine befristete ganze Invalidenrente zu.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Stephan Müller, am 6. Juli 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 7. Juni 2022 aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 9. August 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 16. Februar 2023 zog das Kantonsgericht in Betracht, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen und anschliessender Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Da dies zu einer Schlechterstellung (reformatio in peius) führen könnte, stellte es den Fall aus und räumte der Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug ein.

E. Am 22. März 2023 liess die Beschwerdeführerin mitteilen, dass sie an ihrer Beschwerde festhalte.

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

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b VPO 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 vom 6. Juli 2022 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung

über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Wird der Anspruch auf eine IV-Rente bzw. deren Ablehnung nach dem 1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem folgendes: Liegen der Eintritt der Invalidität und der Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die vor dem 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Vorliegend steht ein Rentenanspruch ab 1. Mai 2020 in Frage, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar sind. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2022 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. b).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

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

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396

E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.6 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.7 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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 ein-

leuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.8 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 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 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 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).

4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

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

5.2 Am 18. August 2020 diagnostizierte PD Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Status nach TLIF L5/L6 von links mit Expendium-Schrauben und Altera Cage am 26. August 2019 mit/bei chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom mit zunehmend immobilisierender Lumboischialgie links bei linkskonvexer Skoliose BWK10 bis LWK5 mit hochgradiger Foraminalstenose L5/L6 (bzw. S1) links bei lumbalisiertem S1 bzw. sechs-gliedriger Lendenwirbelsäule (LWS) und einen Status nach erfolgreicher Infiltration der Wurzel L5 links am 15. Juli 2019. Das aktuelle Röntgenbild der LWS zeige im Vergleich zu den Voraufnahmen eine weitgehend unveränderte Stellung der LWS bei bekannter Skoliose. Unter der intensiven Physiotherapie im Rahmen der stationären Rehabilitation sei es zu einer Schmerzaggravation gekommen. Neu habe sie wieder mehr ausstrahlende Schmerzen ins linke Bein. Zudem hätten sich die bekannten Lumbalgien verstärkt. Die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

5.3 Am 22. September 2020 berichtete PD Dr. C.____ von unveränderten Beschwerden. Eine Lockerung der Implantate könne ausgeschlossen werden. Das MRI zeige eine leichte Foraminalstenose L4/5 links mit rezessaler Stenose sowie narbige Veränderungen im Foramen L5/6 auf der linken Seite. Somit könnten die Wurzeln sowohl im Foramen L4/5 als auch im L5/6 für die Beinschmerzen verantwortlich sein. Es bestünde weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 Die behandelnde Ärztin Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte am 1. August 2021, die Versicherte seit dem 28. Juni 2021 zu behandeln. Es bestünden familiäre Belastungen, ein Schmerzleiden und Zukunftsängste. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei anhaltenden Belastungsfaktoren sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Lebenserfahrungen und einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Bei der Versicherten sei der Antrieb vermindert, das Denken logisch kohärent, eingeengt und kreisend. Die Konzentration sei leicht beeinträchtigt. Die Versicherte sei nicht belastbar und sie habe ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, sei verunsichert, ratlos und niedergeschlagen. Es bestünden ein Morgentief, Schlafbeschwerden und sie sei seit Beginn der Behandlung vollständig arbeitsunfähig. Auch im Haushalt seien ihr nur noch leichte Arbeiten möglich. Wegen des späten Behandlungsbeginns müsse von einer gewissen Chronifizierung ausgegangen werden, die sich prognostisch ungünstig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte.

5.5 Im Bericht vom 31. August 2021 hielt PD Dr. C.____ fest, dass die Degeneration und die Foraminalstenose L4/5 links im Verlauf nochmals leicht zugenommen hätten, womit die Beschwerden im linken Bein gut erklärt werden könnten. Theoretisch bestünde hier die Möglichkeit, die Fusion nach kranial (auf LWK 4) zu verlängern und das Foramen zu entlasten. Bei der deutlichen Skoliose der LWS sei jedoch der Erfolg dieser Operation ungewiss. Zudem bestünde ein erhöhtes Risiko einer weiteren Anschlussdegeneration oberhalb der Fusion. Die Versicherte sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Selbst wenn sie sich für einen operativen Eingriff entscheiden würde, sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit höchst ungewiss bzw. unwahrscheinlich.

5.6 Am 2. Dezember 2021 nahm der RAD-Arzt Dr. med. E.____, FMH Arbeitsmedizin, Stellung zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Er hielt fest, dass ihr die bisherige Tätigkeit im Verkauf wegen der Minderbelastbarkeit des unteren Rückens nicht mehr zumutbar sei. Eine rückenadaptierte leichte Tätigkeit in Wechselbelastung und ohne Zwangspositionen des Rückens sei aber aus rein versicherungsmedizinischer Sicht ab 18. August 2020 (ein Jahr postoperativ) vollschichtig zumutbar. Im Vergleich zu den Vorberichten würden sich keine klinischen Änderungen zeigen und es lägen keine Ausfälle vor. Im Vordergrund stünde einzig das subjektive Schmerzgeschehen, ohne dass sich neue fassbare pathologische Befunde ergeben würden. Zudem seien die Angaben der behandelnden Psychiaterin wenig objektiv. Die depressive Problematik begründe sie mit psychosozialen Belastungsfaktoren und Schwierigkeiten im Umgang mit Lebenserfahrungen. Hierfür habe die IV nicht einzustehen. Vielmehr handle es sich aus versicherungsmedizinsicher Sicht um ein IV-fremdes Geschehen. Bezüglich der Schmerzstörung stelle sie lediglich eine Verdachtsdiagnose ohne Begründung.

5.7 Am 22. Februar 2022 diagnostizierte PD Dr. C.____ eine chronische Lumboischialgie links mit Deformität der LWS, Degeneration und einer Foraminalstenose L4/5 links. Der Versicherten gehe es im Vergleich zur Konsultation vom 31. August 2021 unverändert. Eine aktive Physiotherapie sei derzeit noch nicht möglich. Der Fokus liege im Moment darauf, die Schmerzen zu lindern. Ein Teil der ausstrahlenden Beschwerden zumindest im linken Bein könnte durch die fortgesetzte Degeneration und Foraminalstenose L4/5 links erklärt werden. Die Erfolgschancen einer Operation seien schwer einzuschätzen. Ob ein operativer Eingriff eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe, sei höchst ungewiss, wenn nicht gar unwahrscheinlich. Inwieweit eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit möglich sei, lasse sich ohne Gutachten schwer bzw. nicht beurteilen. Soweit Dr. E.____ der Auffassung sei, dass es keine objektivierbaren pathologischen Befunde für die von der Versicherten angegebenen Beschwerden gebe, sei dies nicht zutreffend. Vielmehr bestünden weiterhin eine Deformität oberhalb des fusionierten Bereichs (L5/6) mit Foraminalstenose L4/5 links, die zumindest für einen Teil der Beschwerden verantwortlich sein dürfte.

5.8 Am 2. März 2022 verwies Dr. E.____ auf seine Beurteilung vom 2. Dezember 2021 und hielt fest, dass der Bericht von PD Dr. C.____ vom 22. Februar 2022 an seiner Beurteilung nichts ändere. Die Befundlage und die objektivierbaren Pathologien seien gut dokumentiert. Ein Gutachten bringe keinen wesentlichen Informationsmehrwert und sei deshalb nicht nötig. Ob aus verfahrensrechtlichen Gründen eine Begutachtung durchzuführen sei, könne er nicht einschätzen. Sollte dies aus Sicht der IV-Stelle der Fall sein, werde der RAD auf Anfrage die nötigen Fachdisziplinen angeben.

5.9 PD Dr. C.____ hielt am 30. Mai 2022 fest, dass neben dem chronischen Schmerzsyndrom durchaus eine deutliche Degeneration der LWS und eine Foraminalstenose L4/5 links bestünden, die zumindest einen Teil der Beschwerden gut erklären könnten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Belastbarkeit allein durch eine Aktenbeurteilung bewertet werden könne. Diese Frage sei vielmehr im Rahmen einer Begutachtung zu klären.

5.10 Am 23. Juni 2022 führte Dr. E.____ aus, dass eine Minderbelastbarkeit des Rückens anzuerkennen sei. Da es aber an objektivierbaren motorischen und/oder sensiblen Ausfälle bzw. Störungen fehle, sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in rückenadaptierten Tätigkeiten auszugehen. Eine Begutachtung dränge sich bei der bekannten und ausreichend dokumentierten Befundlage nicht auf.

6.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 7. Juni 2022 gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. E.____ vom 2. Dezember 2021 und 2. März 2022 davon aus, dass der Versicherten die bisherige Tätigkeit im Verkauf wegen der Minderbelastbarkeit des unteren Rückens nicht mehr zumutbar sei. Indes bejahte sie ab dem 18. August 2020 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen, in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 3.8 hiervor und die dortigen Hinweise auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen, wie die nachstehenden Erläuterungen aufzeigen.

6.2 Die RAD-ärztliche Einschätzung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erging zwar in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Vorliegend fällt aber ins Gewicht, dass die Beurteilung von Dr. E.____, wonach keine objektivierbaren motorischen und/oder sensiblen Ausfälle bzw. Störungen vorhanden seien, in einem unauflösbaren Widerspruch zu derjenigen des behandelnden Arztes PD Dr. C.____ steht. Dieser erkannte nachvollziehbar, dass die deutliche Degeneration der LWS sowie die Foraminalstenose L4/5 zumindest einen Teil der Beschwerden erklären könnten. Zudem bestehen Zweifel an der RAD-ärztlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit. Dr. E.____ ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten seit dem 18. August 2020 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aufweise. Diese Beurteilung findet aber in den vorliegenden Berichten des behandelnden Facharztes PD Dr. C.____ keine Stütze. Es lässt sich daraus auch keine gesundheitliche Verbesserung entnehmen, welche die von Dr. E.____ bejahte Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 18. August 2020 untermauern würde. Im Gegenteil wies PD Dr. C.____ darauf hin, dass es im Rahmen der stationären Rehabilitation zu einer Schmerzaggravation gekommen sei, vermehrt ausstrahlende Schmerzen ins linke Bein bestünden und die Lumbalgien sich verstärkt hätten. Diese Feststellungen lassen Zweifel an der Beurteilung des RAD aufkommen. Dies gilt umso mehr, als Dr. E.____ die Beschwerdeführerin nie selbst persönlich untersuchte und sich somit von den schmerzbedingten Einschränkungen kein eigenes ein Bild machen konnte. Schliesslich begründen auch die Feststellungen im Abklärungsbericht Haushalt vom 30. April 2021, wonach die Versicherte im Aufgabenbereich eine erhebliche Einschränkung von 29 % aufweise (vgl. IV-act. 74), weitere Zweifel an einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit.

6.3 Auch die RAD-ärztliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands wirft Fragen auf. Soweit Dr. E.____ annimmt, dass die Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____

im Bericht vom 1. August 2021 wenig objektiv seien, es sich bei der attestierten depressiven Problematik um ein IV-fremdes Geschehen handle und eine Schmerzstörung nicht gesichert sei, ist zunächst klarzustellen, dass Dr. E.____ kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Die fachliche Qualifikation eines Arztes und einer Ärztin spielt aber für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle, denn Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers bzw. der Verfasserin eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1 und vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.2.3). Wie die Beschwerdeführerin zu Recht angeführt hat, verfügt Dr. E.____ als Arbeitsmediziner nicht über die fachliche Qualifikation, um eine zuverlässige Beurteilung der psychiatrischen Situation der Versicherten abgeben zu können. Seiner Beurteilung kann bereits aus diesem Grund kein voller Beweiswert zukommen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsschaden nicht in jedem Fall ausschliessen. Ob eine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit besteht, ist in aller Regel vielmehr im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens anhand von systematisierten Indikatoren zu beurteilen. Diese erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 143 V 418 E. 4.1.1). Eine solche Beurteilung liegt nicht vor. Es mag sein, dass die behandelnde Psychiaterin bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit den psychosozialen Belastungsfaktoren der Versicherten Gewicht beigemessen hat. Zudem ist zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb auch aus diesem Grund bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht unbesehen auf die Einschätzung von Dr. D.____ abgestellt werden kann. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass die von Dr. D.____ erhobenen Befunde durchaus geeignet sind, eine psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit als möglich erscheinen zu lassen. Die fachärztlich erhobenen Diagnosen und Ausführungen der behandelnden Psychiaterin hätten die IV-Stelle deshalb veranlassen müssen, den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor Verfügungserlass aus psychiatrischer Sicht eingehender abzuklären. Indem die IV-Stelle jedoch vor Verfügungserlass lediglich eine (abschliessende) versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung des Arbeitsmediziners Dr. E.____ eingeholt hat, ist sie ihrer – sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebenden – Pflicht, für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes besorgt zu sein (vgl. E. 4 hiervor), nur unzureichend nachgekommen. Bei dieser unzureichenden Aktenlage ist die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit ohne zusätzliche – insbesondere – psychiatrische Abklärungen jedenfalls zweifelhaft. Die entsprechende Rüge der Beschwerdeführerin erweist sich insoweit als begründet.

6.4 Da nach dem Gesagten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. E.____ bestehen, kann nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend abgeklärt. Namentlich kann keine verlässliche Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in angepassten Verweistätigkeiten gemacht werden. Die ange-

fochtene Verfügung vom 7. Juni 2022 ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

7. Rechtsprechungsgemäss können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweisen sich die der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2022 zugrunde gelegten Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. E.____ vom 2. Dezember 2021 und 2. März 2022 in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Versicherten in Verweistätigkeiten als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, den Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung und die Leistungsfähigkeit der Versicherten in Verweistätigkeiten unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden durch unabhängige versicherungsexterne medizinische Fachpersonen orthopädisch und psychiatrisch abklären zu lassen, wobei sich die psychiatrische Fachperson auch zu den Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt äussern muss. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die IV-Stelle erneut eine Haushaltsabklärung durchzuführen und über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

8.1 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG sind 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. 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). Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses be-

messen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 19. September 2022 einen Zeitaufwand von 5 Stunden und 18 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zweiten Schriftenwechsels nicht zu beanstanden ist. Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 66.25. Somit ist der Beschwerdeführerin für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'498.40 (5,3 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 66.25 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 **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 7. Juni 2022 aufgehoben und die Angelegenheit

wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

   Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'498.40 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.