



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 7. September 2017 (720 17 146 / 239)**

---

**Invalidenversicherung**

**Anhand der vorhandenen Akten können weder die Anteile Erwerb/Haushalt noch die gesundheitliche Beeinträchtigung mitsamt deren Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit und den Aufgabenbereich beurteilt werden. Rückweisung an die Vorinstanz.**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger  
Götz, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiber Pascal  
Acrémann

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechts-  
anwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Die 1972 geborene A.\_\_\_\_ ist seit dem 14. November 2006 bei der Kirchgemeinde B.\_\_\_\_ als Verwalterin (Pensum 30%) angestellt. Zudem war sie vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2013 in einem Pensum von circa 15% für die C.\_\_\_\_AG als Buchhalterin tätig. Am 8. Dezember 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf unfallbedingte Schmerzen sowie psychi-

sche Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) gesundheitliche und erwerbliche Abklärungen vorgenommen und zudem Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hatte, verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 4. April 2017 einen Anspruch von A.\_\_\_\_\_ auf eine Rente. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, dass die Erfordernisse einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch und einer fortdauernden Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% nicht erfüllt seien.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, am 18. Mai 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 4. April 2017 sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihr spätestens ab 8. Juni 2015 bis 31. März 2016 eine befristete ganze Rente und spätestens ab 1. April 2016 mindestens eine halbe Rente auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches polydisziplinäres Gutachten anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente erfüllt seien. Die Berechnung des Invaliditätsgrades sei anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen. Selbst wenn die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode zu bestimmen wäre, habe die IV-Stelle die Abklärungspflicht verletzt, da sie keine Haushaltsabklärung durchgeführt habe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 31. Mai 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2017 wurde der Beschwerdegegnerin am 12. Juni 2017 zugestellt. Die IV-Stelle verzichtete auf eine Stellungnahme.

E. Am 6. Juni 2016 zog das Kantonsgericht bei der Unfallversicherung die Akten der Beschwerdeführerin bei.

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 der Versicherten vom 18. Mai 2017 ist 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 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

3.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich; BGE 141 V 20 E. 3.2).

3.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (BGE 141 V 20 f. E. 3.2 mit Hinweisen). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961).

3.4 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht-erwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 20 E. 3.1). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 150 E. 2c). Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 4. April 2017) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 20 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.1 Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin seit dem 14. November 2006 in einem Pensum von 30% bei der Kirchgemeinde B.\_\_\_\_ als Verwalterin angestellt ist. Zudem war sie vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2013 in einem Pensum von circa 15% für die C.\_\_\_\_AG als Buchhalterin tätig. Diese Anstellung löste sie ihren Angaben zufolge aus gesundheitlichen Gründen auf (vgl. IV-act. 20 und 22). Daneben ist sie als Ehefrau und Mutter zweier Kinder (Jahrgänge 2003 und 2005) im Haushalt tätig (vgl. IV-act. 1). Diese Umstände sprechen dafür, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde im Zeitpunkt des Verfügungserlasses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre und der Invaliditätsgrad daher nach der gemischten Methode zu ermitteln ist. Wenn sie geltend macht, es liege ein mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) in Sachen Di Trizio gegen Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) vergleichbarer Sachverhalt vor, da sie ihr Arbeitspensum aus familiären Gründen zufolge Geburt der beiden Kinder in den Jahren 2003 und 2005 auf ein Teilzeitpensum reduziert habe, kann ihr nicht gefolgt werden. Anders als im genannten EGMR-Urteil geht es hier um eine erstmalige Rentenzusprache an eine während des ganzen massgebenden Beurteilungszeitraumes als teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich zu qualifizierende versicherte Person. Auf diese Konstellation findet die

gemischte Methode grundsätzlich weiterhin Anwendung (vgl. BGE 143 I 50, E. 4). Daher kann sie aus dem EGMR-Urteil nichts für sich ableiten.

4.2 Der Beschwerdeführerin ist aber insofern beizupflichten, dass bei dieser Sachlage – entgegen der Auffassung der IV-Stelle – nicht auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung verzichtet werden kann. Da sich die Invalidität bei der gemischten Methode aus der Addierung der in den Bereichen Erwerb und Haushalt ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten bemisst (vgl. E. 3.3 hiervor), lässt sich ohne Abklärungen im Haushalt nicht beurteilen, ob die Beschwerdeführerin während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid war (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Dadurch, dass die IV-Stelle weder die Anteile Erwerb/Haushalt festgelegt noch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt durch eine Fachperson abgeklärt hat, hat sie den rechtserheblichen Sachverhalt nur unvollständig abgeklärt und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die angefochtene Verfügung vom 4. April 2017 ist bereits aus diesem Grund aufzuheben. Abklärungsdefizite ergeben sich aber auch in medizinischer Hinsicht, wie aus den nachfolgenden Ausführungen zu entnehmen ist.

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

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

5.2 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).

5.3 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 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 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

6. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

6.1 Die Unfallversicherung der Versicherten gab beim Zentrum D.\_\_\_\_, ein rheumatologisch-orthopädisches Gutachten in Auftrag, welches am 12. Februar 2016 erstattet wurde. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit persistierende, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen submalleolar lateral links bei Status nach Trippelarthrodese und Verdacht auf Tendinitis der Peronealsehne durch Osteosynthesematerieal, eine immobilisationsbedingte Wadenatrophie links und anamnestisch Schmerzen im Oberschenkel und Wadenbereich und intermittierend auftretende Rückenschmerzen links diagnostiziert. Es bestünden vor allem eine verminderte Belastungstoleranz im Bereich des linken Fusses und im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) linksbetont. Aufgrund der aktuellen Anamnese, der klinischen Befunde und der Resultate der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei der Versicherten die bisherige Tätigkeit bei einem ergonomisch angepassten Arbeitsplatz zumindest in einem Pensum von 30% zumutbar. Anderweitige leichte, derzeit überwiegend sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten während drei Halbtagen mit Unterbrechung vom Sitzen durch kurze Geh- und Stehpausen seien der Versicherten ebenfalls zumutbar.

6.2.1 Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, führte am 30. November 2016 aus, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszumachen sei. Abgesehen von behandlungsbedingten Unterbrüchen wegen operativer Interventionen und den damit zusammenhängenden postoperativen Nachbehandlungen bestünden keine medizinischen Befunde, die die Beschwerdeführerin in ihrer beruflichen Tätigkeit als Finanzverwalterin einschränken würden. Die abweichende Beurteilung im Gutachten des Zentrums D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2016 beziehe sich nicht nur auf die Fussproblematik, sondern auch auf eine lumbale Schmerzproblematik. Diese sei aber unklarer Ätiologie und könne deshalb unter streng gutachterlichen

Kriterien keine massgebliche dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen. Jedenfalls werde eine Tätigkeit im Pensum von 30% als zumutbar erachtet. Funktionsausfälle von Dauer, die nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten eine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in einer schwerpunktmässig sitzenden Tätigkeit begründen könnten, würden nicht beschrieben. Vielmehr lasse der Wirbelsäulenstatus kein pathologisches Korrelat erkennen, welches eine massgebliche therapeutische Intervention rechtfertigen könnte. Psychiatrisch sei keine relevante Arbeitsunfähigkeit auszumachen. Rückblickend sei davon auszugehen, dass die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit ab 8. April 2014 aus therapeutischen Gründen vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 11. August 2014 habe wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Operationsbedingt habe ab dem 21. Januar 2015 wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 29. Juni 2015 betrage die Arbeitsfähigkeit wieder 100%. Zuzugabe der Materialentfernung am 9. Februar 2016 habe wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 9. März 2016 bestanden. Ab dem 10. März 2016 sei die Versicherte in einer bisherigen Tätigkeit unlimitiert arbeitsfähig.

6.2.2 Am 3. Februar 2017 hielt Dr. E.\_\_\_\_ ergänzend fest, dass die Versicherte ab 12. März 2013 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 8. Juli 2013 habe wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Weiter sei die Versicherte seit dem operativen Eingriff am 20. August 2013 wiederum vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab 18. November 2013 betrage die Arbeitsunfähigkeit 50%. Aufgrund weiterer Operationen sei ab 7. April 2014 bis 10. August 2014 wiederum von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

6.3 Im Rahmen des Einwandverfahrens führte Dr. E.\_\_\_\_ am 23. März 2017 aus, dass er die echtzeitlichen Berichte und Befunde unter ergonomisch-funktionellen Kriterien ausgewertet habe. Demnach sei im Zeitraum vom 12. März 2013 bis 10. März 2016 keine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Die detaillierten und echtzeitlichen Befunde würden ihm eine Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit ermöglichen. Neue medizinische Befunde oder Eckdaten, die eine abweichende RAD-Beurteilung nahe legen könnten, würden nicht vorliegen.

7. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. April 2017 bei der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts auf die erwähnten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. November 2016, 3. Februar 2017 und 23. März 2017. Demnach sei davon auszugehen, dass die Erfordernisse einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch und einer fortdauernden Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% nicht erfüllt seien. Wie oben ausgeführt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 5.3 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Zumutbarkeitsbeurteilung des RAD-Arztes Dr. E.\_\_\_\_ ergeben sich zunächst aus dem von der Unfallversicherung beim Zentrum D.\_\_\_\_ in Auftrag gegebene Gutachten vom 12. Februar 2016. Während Dr. E.\_\_\_\_ eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint und davon ausgeht, dass – abgesehen von behandlungsbedingten Unterbrüchen – keine Befunde bestün-

den, die die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit einschränken, ergibt sich aus dem Gutachten des Zentrums D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2016 ein anderes Bild. So werden im Gutachten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und nach Durchführung eines EFL empfohlen, Anpassungen am (bisherigen) Arbeitsplatz vorzunehmen und das Arbeitspensum auf drei Halbtage zu verteilen, was für eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens spricht. Zwar enthält das Gutachten des Zentrums D.\_\_\_\_ weder eine vollständig Begründung noch eine hinreichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wird doch lediglich erörtert, dass der Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit im Umfang von 30% weiterhin zumutbar sei. Dennoch lässt es Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ aufkommen. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Unfallversicherung ab dem 20. August 2013 durchgehend bis 22. März 2016 gestützt auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anerkannte. Auch der lange Heilverlauf und die glaubhafte Aussage der Beschwerdeführerin, die Stelle bei der C.\_\_\_\_AG Ende Januar 2013 aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst zu haben (vgl. E. 4.1 hiervor), begründen weitere, zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung des RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_. Da vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ bestehen, kann nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.3 hiervor) bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden, weshalb die angefochtene Verfügung auch aus diesem Grund aufzuheben ist.

8. Im Ergebnis können anhand der vorhandenen Akten im hier massgebenden Zeitraum weder die Anteile Erwerb/Haushalt noch die gesundheitliche Beeinträchtigung mitsamt deren Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit und den Aufgabenbereich beurteilt werden. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C\_633/2014, E. 3.2). Diese wird aufgefordert, den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ergehen kann. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 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 beschwerdeführende Partei als obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

9.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. 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. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben und der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten.

9.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die 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 bemessen. 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 8. Juni 2017 einen Zeitaufwand von 12.58 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Hinsichtlich der in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen ist jedoch anzumerken, dass gemäss § 15 Abs. 1 der Tarifordnung neben dem Honorar für Doppel der Rechtsschriften, Eingaben und Korrespondenzen, für Abschriften, Fotokopien und mehrfache Ausfertigungen ein Auslagenersatz von Fr. 1.50 pro Seite berechnet werden darf. Abs. 2 derselben Bestimmung hält fest, dass der Auslagenersatz bei Massenkopien 50 Rp. pro Seite beträgt. Vor diesem Hintergrund sind die geltend gemachten Ansätze pro kopierter Seite in der Höhe von Fr. 2.-- bzw. Fr. 1.-- zu hoch angesetzt, weshalb sie auf die gesetzlich vorgegebenen Beträge zu reduzieren sind. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'500.-- (12.58 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 94.90 zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 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 Rückwei-

sungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 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 der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. April 2017 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 Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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