



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. August 2019 (702 18 343 / 203)

Invalidenversicherung

IV-Rente / Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Deborah Büttel, Rechtsanwältin, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1986 geborene, zuletzt als Immobilienbewirtschafterin bei der B.____ AG tätig gewesene A.____ meldete sich am 15. Juli 2016 unter Hinweis auf ein chronisches Panvertebralsyndrom sowie auf tägliche Kopf- und Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nachdem sie die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten abgeklärt hatte, wies die IV-Stelle Basel-Landschaft das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. September 2018 mit der Begründung ab, ihre

Abklärungen hätten ergeben, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht kein IV-relevantes Leiden objektiviert werden könne.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Deborah Büttel, am 19. Oktober 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihr basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente ab 1. Januar 2017 auszusprechen und auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei zur Beurteilung ihres Leistungsanspruchs ein gerichtliches polydisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen, subeventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und es sei diese zu verpflichten, ein zufallbasiertes polydisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen und nach Vorliegen des Gutachtens neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden. Zudem seien ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin zu gewähren; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Verfügung vom 22. Oktober 2018 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin gestützt auf die eingereichten Unterlagen die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwältin Deborah Büttel als Rechtsvertreterin.

D. Am 4. Dezember 2018 ersuchte die IV-Stelle das Kantonsgericht, ihr die Frist zur Vernehmlassung einstweilen abzunehmen, bis geklärt sei, ob die Beschwerdefrist eingehalten sei. Nachdem sich die Versicherte am 12. Dezember 2018 zu dieser Frage geäussert hatte, wies die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts die IV-Stelle mit Schreiben vom 21. Dezember 2018 darauf hin, dass das Dreiergericht die Frage der Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung beurteilen werde. Es setzte der Beschwerdegegnerin deshalb eine neue Frist an, um (auch) materiell zur Beschwerde Stellung zu nehmen.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 30. Januar 2019 beantragte die IV-Stelle, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten; eventualiter sei diese abzuweisen. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von Dr. med. C.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 4. Januar 2019 bei.

F. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielt die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 9. April 2019 an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren und den wesentlichen bisherigen Vorbringen fest. Zudem reichte sie Berichte von Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. April 2019 und von Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. Februar 2019 ein. Die IV-Stelle wiederum hielt mit Duplik vom 23. Mai 2019 unter Beilage einer Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 8. Mai 2019 an ihrem Nichteintretens- bzw. Abweisungsantrag fest.

G. Am 29. Juli 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen neuen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 25. Juli 2019 ein. Die IV-Stelle teilte am 13. August 2019 mit, dass sie auf eine Stellungnahme zu dieser Eingabe verzichte.

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. Dies wird von keiner der am Verfahren beteiligten Parteien in Frage gestellt. In formeller Hinsicht strittig und im Folgenden zu prüfen ist hingegen, ob die Versicherte ihre Beschwerde vom 19. Oktober 2018 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 13. September 2018 rechtzeitig erhoben hat.

2.1 Gemäss § 16 Abs. 2 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 hat das Kantonsgericht von Amtes wegen, d.h. unabhängig von allfälligen Parteianträgen, zu prüfen, ob auf das Rechtsmittel eingetreten werden kann. Zu den Prozessvoraussetzungen, die allesamt erfüllt sein müssen, damit das Gericht zur Begründetheit oder Unbegründetheit der Rechtsbegehren Stellung nehmen kann, gehört nebst der Zuständigkeit der Rechtsmittelinstanz, einem tauglichen Anfechtungsobjekt sowie der Legitimation und der Beschwer insbesondere eine frist- und formgerechte Rechtsmittelvorkehr (vgl. zum Ganzen: FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 71 ff.).

2.2 Nach Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 im Bereich der Invalidenversicherung anwendbar sind, ist eine Beschwerde gegen eine Verfügung der IV-Stelle innert 30 Tagen seit dessen Eröffnung einzureichen. In Bezug auf die Fragen der Berechnung und des Stillstandes, der Einhaltung sowie der Wiederherstellung der 30-tägigen Beschwerdefrist sind gemäss Art. 60 Abs. 2 ATSG die Art. 38 - 41 ATSG sinngemäss anwendbar. Nach Art. 38 Abs. 1 ATSG beginnt die 30-tägige Beschwerdefrist am Tag nach der Mitteilung der Verfügung zu laufen und sie gilt gemäss Art. 39 Abs. 1 ATSG als eingehalten, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist dem Gericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist. Handelt es sich beim letzten Tag der Frist um einen Samstag, einen Sonntag oder einen vom Bundesrecht anerkannten Feiertag, so endet sie am nächstfolgenden Werktag (Art. 38 Abs. 3 ATSG). Als gesetzliche Frist kann die Beschwerdefrist nicht erstreckt werden (Art. 40 Abs. 1 ATSG). Läuft die Beschwerdefrist unbeachtet ab, so erwächst die Verfügung in formelle Rechtskraft mit der Wirkung, dass das Gericht auf die verspätet eingereichte Beschwerde nicht eintreten kann.

2.3 Laut Art. 38 Abs. 2^{bis} ATSG gilt eine Mitteilung, die nur gegen Unterschrift des Adressanten beziehungsweise der Adressatin oder einer anderen berechtigten Person überbracht wird, spätestens am siebenten Tag nach dem ersten erfolglosen Zustellungsversuch als erfolgt. Mit dieser Bestimmung wurde mit Wirkung ab 1. Januar 2007 die von der Gerichtspraxis für eingeschriebene Sendungen entwickelte Zustellungsfiktion (BGE 127 I 31, 123 III 492, 119 II 149 E. 2, 119 V 94 E. 4b/aa, je mit Hinweisen) in Gesetzesrecht überführt, nach dem Wortlaut der Norm allerdings nur hinsichtlich der Fälle eines tatsächlich unternommenen erfolglosen (Briefkasten- oder Postfach-) Zustellungsversuchs (mit entsprechender Abholungseinladung).

2.4 Die IV-Stelle begründet ihren Antrag, auf das vorliegende Rechtsmittel sei wegen verspäteter Beschwerdeerhebung nicht einzutreten, dahingehend, dass die Verfügung vom 13. September 2018 zunächst als eingeschriebene Postsendung verschickt worden sei. Gemäss Sendungsnachweis der Post sei die Verfügung der Adressatin am 14. September 2018 zur Abholung gemeldet worden, wobei eine Abholungseinladung mit Frist bis 21. September 2018 hinterlegt worden sei. Am 24. September 2018 sei die Verfügung von der Post mit dem Vermerk "nicht abgeholt" an die IV-Stelle retourniert worden. In der Folge habe man der Versicherten die Verfügung am 1. Oktober 2018 (nochmals) auf normalem Postweg zugestellt. Den vorhandenen Akten sei nun allerdings zu entnehmen, dass die Versicherte am 26. September 2018 die Anwaltsvollmacht unterzeichnet habe, mit der sie ihre Rechtsvertreterin mit der Wahrung ihrer Interessen im Zusammenhang mit der Verfügung vom 13. September 2018 beauftragt habe. Somit liege es auf der Hand, dass die Versicherte vor der Zustellung der Sendung vom 1. Oktober 2018 Kenntnis von der angefochtenen Verfügung erhalten habe. Da laut den Angaben in der Verfügung vom 13. September 2018 den Sozialen Diensten G.____ eine Orientierungskopie zugestellt worden sei, müsse davon ausgegangen werden, dass die Versicherte die erwähnte Verfügung über die Sozialen Dienste G.____ in Empfang genommen habe. Man habe deshalb bei den Sozialen Diensten G.____ die Akten ab dem 13. September 2018 angefordert, um den Zeitpunkt zu eruieren, in welchem die Versicherte Kenntnis von der Verfügung erhalten habe. Mit Schreiben vom 7. November 2018 hätten die Sozialen Dienste G.____ jedoch mitgeteilt, dass die Gesprächsnotizen vertrauliche Daten enthielten, die nicht sachdienlich seien, da sie mit der IV-Anmeldung der Versicherten nicht im Zusammenhang stünden. Vor diesem Hintergrund beantragte die IV-Stelle in ihrer Eingabe vom 4. Dezember 2018 beim Kantonsgericht, es seien bei den Sozialen Diensten G.____ die Akten anzufordern, damit geprüft werden könne, ob vorliegend die Beschwerdefrist eingehalten worden sei. Falls sich aus diesen Akten ergeben würde, dass die Versicherte spätestens am 18. September 2018 über die Sozialen Dienste G.____ Kenntnis von der angefochtenen Verfügung erhalten habe, sei die vorliegende Beschwerde als verspätet eingereicht zu betrachten mit der Folge, dass darauf nicht einzutreten sei.

2.5 Wie die IV-Stelle zutreffend aufzeigt, trägt ihre vorliegend strittige Verfügung das Datum vom 13. September 2018. Die IV-Stelle verschickte diese gleichentags als eingeschriebene Sendung an die Versicherte. Am folgenden Tag wurde die eingeschriebene Sendung von der Poststelle am Wohnort der Versicherten zur Abholung bis 21. September 2018 avisiert. Die Sendung wurde jedoch innert dieser Frist nicht abgeholt, weshalb sie die Poststelle in der Folge mit dem Vermerk "nicht abgeholt" an die IV-Stelle retournierte. Im Lichte der obigen Ausführun-

gen (vgl. E. 2.3 hiervor) ergibt sich somit, dass die Verfügung der IV-Stelle vom 13. September 2018 in Anwendung von Art. 38 Abs. 2^{bis} ATSG am 21. September 2018 - dem siebenten Tag nach dem erfolglosen Zustellungsversuch - als zugestellt zu gelten hat. Somit begann die 30-tägige Beschwerdefrist am 22. September 2018 - dem Tag nach der Zustellung - zu laufen und sie dauerte grundsätzlich bis zum 21. Oktober 2018. Da es sich bei diesem Tag um einen Sonntag handelte, lief sie gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG erst am nächstfolgenden Werktag, also am 22. Oktober 2018, ab. Hält man sich diesen Ablauf vor Augen, so erweist sich die unbestrittenermassen am 19. Oktober 2019 erfolgte Beschwerdeerhebung als rechtzeitig.

2.6 Soweit die Beschwerdegegnerin in den Raum stellt, die Versicherte könnte bereits bis spätestens am 18. September 2018 über die Sozialen Dienste G.____ Kenntnis vom Inhalt der Verfügung vom 13. September 2018 erhalten haben, womit die Beschwerde vom 19. Oktober 2018 verspätet erhoben wäre, muss ihr Folgendes entgegenhalten werden: Geht es um die Prüfung der Frage, ob die versicherte Person eine sie betreffende Verfügung rechtzeitig beschwerdeweise angefochten hat, kann für den Beginn des Fristenlaufs einzig die die versicherte Person betreffende (effektive) Zustellung bzw. die allenfalls zur Anwendung gelangende Zustellfiktion massgebend sein. Allfällige weitere Zustellungen derselben Verfügung an mitbetroffene Dritte (wie etwa Pensionskassen) oder vorleistende Dritte (andere Sozialversicherer, Sozialhilfebahörden) haben diesbezüglich ausser Acht zu bleiben. Eine anderweitige Auffassung, wie sie hier von der IV-Stelle vertreten wird, wäre kaum praktikabel, insbesondere dürfte sie in Bezug auf den Zeitpunkt der tatsächlichen Kenntnisnahme durch die versicherte Person - wie auch im vorliegenden Fall - regelmässig beträchtliche beweisrechtliche Unklarheiten und Schwierigkeiten nach sich ziehen. Vor diesem Hintergrund braucht deshalb dem Verfahrens Antrag der IV-Stelle, wonach das Kantonsgericht mittels amtlicher Erkundigung bei den Sozialen Diensten G.____ zu klären habe, wann die Beschwerdeführerin über die Sozialen Dienste G.____ vom Inhalt der leistungsablehnenden Verfügung Kenntnis erhalten habe, nicht stattgegeben zu werden.

2.7 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerde der Versicherten vom 19. Oktober 2019 rechtzeitig erhoben wurde, sodass darauf einzutreten ist.

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 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).

3.2 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).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c).

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

4.2 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

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 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).

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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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 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).

6.1 Bei den medizinischen Akten des vorliegenden Falles befinden sich zahlreiche (fach-)ärztliche Berichte und Stellungnahmen, die sich mit dem Gesundheitszustand und - teilweise auch - mit dem Ausmass der Arbeitsfähigkeit der Versicherten befassen.

6.1.1 So diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. H.____, Allgemeine Medizin FMH, in seinem Bericht vom 6. Januar 2017 bei seiner Patientin ein chronisches, zervikal-betontes Panvertebralsyndrom. Im Weiteren hielt er fest, dass eine depressive Symptomatik nicht ausgeschlossen werden könne, er habe deshalb eine psychiatrische Betreuung nahegelegt. Zudem könne er keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgeben, eine entsprechende Einschätzung habe durch einen Spezialarzt zu erfolgen. Mit Bericht vom 7. April 2017 erhob Dr. med. I.____, Neurologie FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen und ein chronisches, zervikal-betontes Panvertebralsyndrom. Aufgrund der Kopfschmerzen und der Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit mit verminderter Leistungsfähigkeit. Wegen des chronischen Rückenleidens seien rückenbelastende Tätigkeiten und auch ein langes Sitzen und Stehen derzeit nicht möglich. Seit Oktober 2015 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit als Immobilienbewirtschafterin auszugehen.

6.1.2 In einem ausführlicheren Bericht vom 13. Juli 2017 hielten Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin der K.____ Spital AG, und der Diplom-Psychologe L.____ bei der Versicherten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest. Bei der Versicherten sei 2016 aus medizinischen Gründen eine Brustverkleinerung vorgenommen worden, ohne dass sich diese aber positiv auf die Schmerzsymptomatik ausgewirkt habe. Eine relevante depressive Symptomatik wird von den beiden Berichterstattern nicht festgehalten, andererseits führen die beiden aber aus, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronifizierter, hoher psychophysiologischer Anspannungslevel mit Auswirkung auf der somatischen Ebene bestehe. Die Versicherte verfüge nur über wenig Ressourcen zur Entspannung. Eine deutliche Überlagerung der Schmerzsymptomatik im Sinne einer Schmerzverarbeitung (Gefühle von Ärger, Traurigkeit, Härte gegen sich selber) aber auch auf der somatischen Ebene (chronisch erhöhter Muskeltonus) würden bei der Symptomatik eine Rolle spielen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich aktuell keine grundlegende Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Versicherte neige dazu, sich zu überfordern und Belastungsgrenzen nicht ausreichend wahrzunehmen, was dann zu einer Verstärkung der körperlichen Beschwerden führe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelangten die beiden Berichterstatter zur Einschätzung, dass der Versicherten die Ausübung der bisherigen Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zumutbar sei. Man könne davon ausgehen, dass es in absehbarer Zeit zu einer vollständigen Wiederherstellung der psychischen Leistungsfähigkeit komme. Abschliessend erfolgte noch der Hinweis, dass über die somatischen Einschränkungen keine Aussage gemacht werden könne.

6.1.3 Mit Bericht vom 13. November 2017 nahm die RAD-Ärztin Dr. C.____ zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Dabei gelangte sie gestützt auf die ihr unterbreiteten Akten zur Auffassung, dass sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben liessen. Als Leiden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine chronifizierte Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren mit/bei (1) rezidivierenden Spannungstyp-Kopfschmerzen mit craniomandibulären muskulären Verspannungen, (2) rezidivierenden muskulären Beschwerden im Nacken-/Schultergürtel-/BWS-Bereich, (3) einer Mammahypertrophie bei Status nach Mammareduktionsplastik im Dezember 2015 und (4) psy-

chosozialen Belastungsfaktoren. Die Versicherte sei aus medizinischer Sicht in der Lage, eine ähnliche Tätigkeit wie die zuletzt ausgeübte Bürotätigkeit wiederaufzunehmen. Es bestehe eine Selbstlimitierung, die Versicherte halte sich für nicht mehr arbeitsfähig und es würden auch IV-fremde Integrationshindernisse vorliegen, wie eine Invaliditätsüberzeugung und eine fehlende abgeschlossene Berufsausbildung mit Diplom. Versicherungsmedizinisch lasse sich kein IV-relevantes Leiden objektivieren, es bestünden einzig muskuläre Verspannungen im Nacken-/Schulter-/BWS-Bereich. Diese würden sich jedoch durch geeignete therapeutische Massnahmen sehr gut behandeln lassen, sie seien grundsätzlich reversibel und daher nicht von dauerhafter bzw. invalidisierender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

6.1.4 Am 3. Juli 2018 berichteten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik M.____ über den stationären Aufenthalt, den die Versicherte vom 28. Mai 2018 bis 23. Juni 2018 in der genannten Klinik absolviert hatte. In diesem Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen festgehalten: ein chronifiziertes myofaszielles Schmerzsyndrom, ein Status nach Mammareduktionsplastik im Dezember 2015 (ohne Beeinflussung der Schmerzproblematik der vorgenannten Diagnose), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sowie ein Eisen- und Zinkmangel, substituiert. Empfohlen wurde die Weiterführung einer interdisziplinären ambulanten Behandlung mit anfänglich engmaschigem psychologischem Setting resp. weiterführender kognitiver Verhaltenstherapie sowie die Fortsetzung der Physiotherapie. Für den Zeitraum vom 28. Mai 2018 bis 1. Juli 2018 wurde der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

6.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. C.____ äusserte sich am 22. August 2018 zu diesem Bericht der Rehaklinik M.____. Sie hielt fest, dass die Versicherte dort sehr gut hinsichtlich ihrer beklagten myofasziellen Beschwerden habe profitieren können. Ihre Beschwerden seien somit sehr gut behandelbar und nicht invalidisierend. Ihre frühere Beurteilung vom 13. November 2017 habe deshalb nach wie vor Gültigkeit.

6.2 Am 13. September 2018 erliess die IV-Stelle die vorliegend angefochtene Verfügung. Darin wies sie - im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung ihrer RAD-Ärztin Dr. C.____ - das Leistungsbegehren der Versicherten mit der Begründung ab, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht kein IV-relevantes Leiden objektiviert werden könne.

6.3 Nach Erhalt dieser leistungsablehnenden Verfügung und im daran anschliessenden Beschwerdeverfahren gab die Versicherte verschiedene weitere Arztberichte zu den Akten, zu denen die Beschwerdegegnerin ihrerseits jeweils durch den RAD Stellung nehmen liess.

6.3.1 In seinem Bericht vom 27. September 2018 führte der Chiropraktor Dr. N.____ aus, der Versicherten seien Arbeiten über dem Kopf, Tätigkeiten, bei denen Konzentration gefragt sei, und Computerarbeiten derzeit immer noch unmöglich, was eine momentane 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Der Hausarzt Dr. H.____ hielt am 3. Oktober 2018 fest, dass aufgrund der ausgeprägten schweren und mehrjährigen chronifizierten Schmerzstörung seit 1. Januar 2017 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Dr. med. O.____, Innere Medizin FMH, vertrat in seinem Schreiben vom 7. Oktober 2018 die Auffassung, der Leidensdruck sei bei der Versi-

cherten, die er seit einem Jahr kenne, derart gross, dass daraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiere. Die zehnjährige Krankengeschichte der Versicherten zeige zudem, dass sich die Schmerzen nicht einfach durch eine Therapie eliminieren liessen, wie das die IV-Stelle annehme.

6.3.2 Am 12. Oktober 2018 erstattete Dr. I.____ einen Verlaufsbericht. Darin hielt sie fest, aus neurologischer Sicht bestünden Kopfschmerzen vom Spannungstyp, daneben würden ein chronifiziertes myofasziales Schmerzsyndrom sowie ein Zervikal- und ein Lumbovertebralsyndrom vorliegen. Alle bisherigen Therapieversuche hätten zu keiner anhaltenden Besserung geführt, auch eine stationäre Therapie in der Rehaklinik M.____ nicht. Die Versicherte sei weiterhin durch die Schmerzsymptomatik stark behindert und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Aufgrund der chronischen Kopfschmerzen bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit mit entsprechender Leistungseinbusse. Zudem seien aufgrund der chronischen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule rückenbelastende Tätigkeiten aber auch ein längeres Sitzen zurzeit nicht möglich. Die Versicherte sei deshalb aus medizinischer Sicht weiterhin wesentlich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

6.3.3 Am 4. Januar 2019 nahm die RAD-Ärztin Dr. C.____ ausführlich zu den Vorbringen in der Beschwerde Stellung. Dabei gelangte sie wiederum zum Ergebnis, dass aus den ärztlichen und nichtärztlichen Berichten keine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne.

6.3.4 Mit ausführlichem Bericht vom 9. April 2019 äusserte sich Dr. D.____ aus psychiatrischer Sicht zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Diese stehe seit Ende Oktober 2018 bei ihm in Behandlung. Als Diagnosen erhob er eine (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine nichtorganische Insomnie in Form von Einschlafstörungen (ICD-10 F51.0), eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und ein Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1). Darüber hinaus hielt er verschiedene Belastungsfaktoren (Zustand der totalen Erschöpfung, alleine lebend, negative, stark traumatisierende Kindheitserlebnisse) fest. Die Versicherte sei mindestens seit Januar 2016 - nach der nicht begründeten Kündigung und der erfolglosen Brustverkleinerung - und bis auf Weiteres in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

6.3.5 Am 8. Mai 2019 nahm der RAD-Arzt Dr. F.____ zum vorgenannten Bericht von Dr. D.____ Stellung. Er wies darauf hin, dass dieser die für eine posttraumatische Belastungsstörung erforderlichen Kardinalkriterien nicht benenne. Da Dr. D.____ die Versicherte erst seit Ende Oktober 2018 behandle, könne auch dessen Einschätzung, wonach seit mindestens Anfangs 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, nicht nachvollzogen werden. Hinzu komme, dass die Einschätzungen von Dr. D.____ im Widerspruch zum seinerzeitigen Bericht von Dr. J.____ und des Psychologen L.____ vom 13. Juli 2017 stehe, in welchem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ohne relevante depressive Symptomatik diagnostiziert worden sei.

6.3.6 Mit Schreiben vom 25. Juli 2019 reagierte Dr. D.____ auf den vorerwähnten RAD-Bericht. Er begründete, weshalb aus seiner Sicht bei der Versicherten die Kardinalkriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung durchaus vorliegen würden. Zudem wies er darauf hin, dass sich die psychiatrische Beurteilung als bisher sehr schwierig dargestellt habe, weil die Versicherte eine psychische Genese ihrer Beschwerden bis vor kurzem abgelehnt habe. In diesem Zusammenhang sei auch auf den Arztbericht von Dr. H.____ vom Januar 2017 zu verweisen, der damals festgehalten habe, dass eine depressive Symptomatik nicht ausgeschlossen erscheine.

7.1 Wie bereits oben festgehalten (vgl. E. 6.2 hiavor), stützte sich die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2018 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf die Einschätzungen ihrer RAD-Ärztin Dr. C.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer Sicht kein IV-relevantes Leiden objektiviert werden könne. In diesem Zusammenhang gilt es nun aber darauf hinzuweisen, dass nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 hiavor) den Berichten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, solche Berichte sind lediglich - aber immerhin - soweit zu berücksichtigen, als sich keine auch nur geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen ergeben (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend bestehen jedoch solche Zweifel, denn wie im Folgenden zu zeigen sein wird, erweist sich der medizinische Sachverhalt - entgegen der Auffassung der IV-Stelle - als (noch) nicht ausreichend abgeklärt.

7.2.1 Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft, so verweist die Beschwerdeführerin primär auf die Einschätzung ihres behandelnden Arztes Dr. D.____, der in seinem Bericht vom 9. April 2019 als Hauptdiagnosen eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine mittelschwere depressive Episode und ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und physischen Faktoren stellte und daraus eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2016 ableitete (vgl. E. 6.3.4 hiavor). Hinsichtlich dieser Einschätzung ist nun allerdings zu beachten, dass die Behandlung der Versicherten durch Dr. D.____ erst am 29. Oktober 2018 und somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2018 begann. In ihrer Duplik wies die IV-Stelle explizit auf diesen Umstand hin und sie schloss daraus, dass der Bericht von Dr. D.____ vom 9. April 2019 vorliegend nicht zur Entscheidungsfindung herangezogen werden könne. Es sei der Beschwerdeführerin jedoch unbenommen, ein neues Gesuch nach Abschluss des vorliegenden Beschwerdeverfahrens einzureichen.

7.2.2 Der IV-Stelle ist insofern beizupflichten, als das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen hat, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorgelegen hat (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Daraus folgt, dass für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde grundsätzlich der (medizinische) Sachverhalt massgebend

ist, der am 13. September 2018, dem Zeitpunkt des Erlasses der leistungsablehnenden Verfügung der IV-Stelle, vorgelegen hat. Hält man sich diese Rechtsprechung vor Augen, so ist im Hinblick auf die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde von Bedeutung, ob aus der per Ende Oktober 2018 erfolgten Aufnahme einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung geschlossen werden darf, dass bei der Versicherten allfällige psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen auch erst in diesem Zeitraum - und somit nach Erlass der leistungsablehnenden Verfügung - aufgetreten sind. Wäre dies der Fall, so müsste die Versicherte in der Tat auf ein neues Leistungsbegehren verwiesen werden. Ein solcher Schluss lässt die vorhandene Aktenlage jedoch nicht zu. Es verhält sich vielmehr so, dass verschiedene Arztberichte, die vor Erlass der angefochtenen Verfügung verfasst wurden, psychiatrische Diagnosen (mit-)enthalten oder aber das Vorhandensein psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen zumindest in Betracht ziehen. So hielt bereits der Hausarzt Dr. H.____ am 6. Januar 2017 fest, dass eine "depressive Symptomatik" nicht ausgeschlossen werden könne. Als Nächste diagnostizierten Dr. J.____ und der Diplom-Psychologe L.____ in ihrem Bericht vom 13. Juli 2017 bei der Versicherten eine chronifizierte Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), wobei sie dieses Leiden explizit unter den Diagnosen *mit* Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführten. Zudem lassen auch die von ihnen beschriebenen Befunde zumindest auf eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit schliessen. Es ist daher eher überraschend und kaum nachvollziehbar, wenn sie im gleichen Bericht bei der Frage nach dem Vorliegen einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit festhalten, "aus psychiatrischer Sicht ist aktuell keine grundlegende Arbeitsunfähigkeit begründbar." Soweit die IV-Stelle deshalb diesen Bericht als Beleg dafür anruft, dass bei der Versicherten keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, kann ihrer Argumentation nicht gefolgt werden, zumindest jedenfalls nicht im dem Sinne, dass daraus abschliessend ein solches Fazit gezogen werden könnte. Zu beachten ist sodann, dass auch im Austrittsbericht der Rehaklinik M.____ vom 3. Juli 2018 - also kurz vor Erlass der angefochtenen Verfügung - unter anderem ebenfalls die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt wurde.

Soweit die IV Stelle bestreitet, dass Dr. D.____ in Anbetracht des erst Ende Oktober 2018 erfolgten Behandlungsbeginns in der Lage sei, der Versicherten bereits seit mindestens anfangs 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, können ihre Bedenken ein Stück weit geteilt werden. Darauf ist allerdings an dieser Stelle nicht weiter einzugehen. Im jetzigen Zeitpunkt ist (noch) nicht das Ausmass und der Beginn einer allfälligen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von Interesse, entscheidend ist vielmehr, ob die IV-Stelle gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit gänzlich ausschliessen durfte. Dies ist aufgrund des vorstehend Gesagten zu verneinen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich diesbezüglich noch nicht als spruchreif und er bedarf deshalb entsprechender Ergänzung. Zu beachten ist schliesslich noch Folgendes: Laut Dr. D.____ hat sich die Abklärung der psychischen Situation bis anhin als sehr schwierig gestaltet und zu entsprechend unklaren Ergebnissen geführt, weil die Versicherte eine psychische Genese ihrer Beschwerden bis vor kurzem abgelehnt habe. Dass diese Darstellung zutreffen könnte, lässt sich jedenfalls nicht zum Vornherein von der Hand weisen. Auch dieser Aspekt spricht deshalb für zusätzliche fachärztliche Abklärungen.

7.2.3 Vor diesem Hintergrund ist es im Übrigen nicht zielführend, wenn sich die Beschwerdegewerkin in ihrer Stellungnahme zum Bericht von Dr. D._____ primär auf die von ihm diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung fokussiert und etwa moniert, dass die hierfür erforderlichen Kardinalkriterien nicht benannt würden. Zu beachten ist nämlich, dass Dr. D._____ als weitere Diagnosen auch eine mittelgradige depressive Episode und - wie vor ihm bereits andere Ärzte - ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und physischen Faktoren erhob. Dass diese Diagnosen als gänzlich ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angesehen werden können, steht - wie gesagt - entgegen der Auffassung der IV-Stelle nicht fest.

7.2.4 Aus den geschilderten Gründen erweist sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

7.3 Was den physischen Gesundheitszustand betrifft, so zeigt sich, dass gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage der rein somatische Anteil am gesamten Beschwerdebild derzeit nicht abgrenzbar ist. Eine solche Abgrenzung ist letztlich aber auch nicht nötig, da im Hinblick auf eine abschliessende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ohnehin eine - die psychischen und somatischen Beeinträchtigungen umfassende - Gesamtbeurteilung erforderlich ist. Immerhin kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich in den aktuell vorhandenen medizinischen Akten durchaus Atteste finden, die der Versicherten aus fachärztlicher somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zu verweisen ist etwa auf die Berichte der Neurologin Dr. I._____: In einem ersten Bericht vom 7. April 2017 erhob diese als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen und ein chronisches, zervikal-betontes Panvertebralsyndrom. Aufgrund der Kopfschmerzen und der Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit mit verminderter Leistungsfähigkeit. Wegen des chronischen Rückenleidens seien rückenbelastende Tätigkeiten und auch ein langes Sitzen und Stehen derzeit nicht möglich (vgl. E. 6.1.1 hiavor). Sodann wiederholte die genannte Ärztin in einem Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2018, dass aus neurologischer Sicht Kopfschmerzen vom Spannungstyp bestünden, daneben würden ein chronifiziertes myofasiales Schmerzsyndrom sowie ein Zervikal- und ein Lumbovertebralsyndrom vorliegen. Alle bisherigen Therapieversuche hätten zu keiner anhaltenden Besserung geführt, auch eine stationäre Therapie in der Rehaklinik M._____ nicht. Die Versicherte sei weiterhin durch die Schmerzsymptomatik stark behindert und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt (vgl. E. 6.3.2 hiavor). Die IV-Stelle hält diesen Berichten ohne hinreichende und somit auch schlüssige Begründung entgegen, dass kein invalidisierendes Leiden vorliege. Insbesondere der Einwand der IV-Stelle, dass die genannten Leiden durch entsprechende Therapie behoben werden könnten, erscheint in Anbetracht der seit Jahren erfolgten Therapien und dem Verweis verschiedener Ärzte auf eine bereits eingetretene Chronifizierung zu kurz gegriffen. Somit ist als weiteres Zwischenergebnis festzuhalten, dass die IV-Stelle auch den somatischen Teil des medizinischen Sachverhalts nicht hinreichend abgeklärt hat.

7.4 Aus dem Gesagten folgt, dass die vorhandene medizinische Aktenlage keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs der Versicherten zulässt. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind mit andern Worten nicht ausreichend beweiskräftig.

tig, der relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung. Die IV-Stelle, an welche die Angelegenheit zurückzuweisen ist, hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch ein polydisziplinäres Gutachten, welches - mindestens - die Fachbereiche Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie umfasst, abklären zu lassen. Über die Frage, ob aus medizinischer Sicht allenfalls noch weitere Abklärungen in anderen Fachrichtungen erforderlich sind, werden die beauftragten Gutachter zu befinden haben.

8. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 13. September 2018 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückzuweisen ist.

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

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 zur weiteren Abklärung 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).

9.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} 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. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 19. Juni 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 26 Stunden und 40 Minuten sowie Auslagen von Fr. 124.-- geltend gemacht. Während die ausgewiesenen Auslagen zu keinen Beanstandungen Anlass geben, muss der geltend gemachte Zeitaufwand als zu hoch bezeichnet werden. Der vorliegende Prozess gab weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht zu überdurchschnittlich aufwändigen Erörterungen Anlass. Zudem ging es inhaltlich ausschliesslich um die Frage, ob der medizinische Sachverhalt durch die IV-Stelle genügend abgeklärt worden war, und nicht auch um weitere invalidenversicherungsrechtliche Aspekte wie etwa den Einkommensvergleich oder die Methodenwahl. Vor diesem Hintergrund erweist sich insbesondere der für die Redaktion der Beschwerde und der Replik ausgewiesene Zeitaufwand von insgesamt 16 Stunden als übermässig. Diese beiden

Positionen der Honorarrechnung sind daher zu kürzen, wobei es sich rechtfertigt, den für die Redaktion der Beschwerde und der Replik entschädigungsberechtigten Zeitaufwand auf 9 Stunden festzusetzen. Hinzu kommt der übrige ausgewiesene Aufwand - wie etwa die Bemühungen im Zusammenhang mit der von der IV-Stelle aufgeworfenen Frage der Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung - von total 10 Stunden und 40 Minuten. Das Honorar der Rechtsvertreterin der Versicherten ist somit auf der Basis eines insgesamt als angemessen erachteten Zeitaufwands von 19 Stunden und 40 Minuten festzusetzen. Der Rechtsvertreterin der Versicherten ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 5'428.80 (19 Stunden und 40 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 124.-- + 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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 Rückweisungsentscheid, 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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 13. September 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'428.80 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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