



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

**vom 2. August 2018 (720 17 360 / 207)**

---

**Invalidenversicherung**

**Zweifel an der versicherungsinternen RAD-Beurteilung. Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung.**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Philippe Zogg, Advokat, Oberwilerstrasse 54, Postfach 4618, 4002 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A.1 Der 1964 geborene und zuletzt bei der B.\_\_\_\_ tätig gewesene A.\_\_\_\_ erlitt am 9. September 2013 einen Unfall, als er bei der Arbeit von einem Gerüstbock rückwärts auf seine ausgestreckten Arme stürzte. Für die Folgen dieses Unfalls erbrachte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) bis zum 1. November 2016 die gesetzlichen Leistungen. Im Februar 2016 erlitt A.\_\_\_\_ einen weiteren Unfall, indem er ausrutschte und erneut auf die linke Hand stürzte. Diesbezüglich anerkannte die Suva ebenfalls ihre gesetzliche Leistungspflicht. Seit die-

sen Ereignissen klagt A.\_\_\_\_ über Schmerzen im Nacken-, Arm- und Kopfbereich sowie in den Handgelenken. Mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 sprach die Suva A.\_\_\_\_ zuletzt für die Unfallrestfolgen eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 24% sowie eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 20% zu.

A.2 Bereits am 23. April 2014 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf den im Jahr 2013 erlittenen Unfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) gewährte dem Versicherten in der Folge berufliche Massnahmen in Form eines Arbeitsversuchs. Nachdem das Arbeitspensum in seiner angestammten Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ AG aufgrund von Beschwerden an den Schultern sowie Nacken- und Kopfschmerzen nicht über 25% hatte gesteigert werden können, wurden die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 11. Juni 2015 abgeschlossen. Gleichzeitig wurde der Versicherte darauf hingewiesen, dass das Dossier zur Prüfung von weiteren Leistungen an die zuständige Sachbearbeitung weitergeleitet werde. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle beim Versicherten einen Invaliditätsgrad von 13%. Gestützt darauf und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 22. September 2017 ab.

B. Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte, vertreten durch Advokat Philippe Zogg, mit Eingabe vom 23. Oktober 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), ein. Darin beantragte er, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2017 sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, ihm sei eine ganztägige Arbeit auch unter Berücksichtigung des der leistungsablehnenden Verfügung zugrundegelegten Zumutbarkeitsprofils nicht mehr zumutbar. Den Beurteilungen seiner behandelnden Ärzte zufolge sei er vielmehr höchstens im Umfang von 30% arbeitsfähig. Im Rahmen einer weiteren Eingabe vom 19. März 2018 reichte er einen Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2018 ein, wobei er gleichzeitig weitere medizinische Berichte in Aussicht stellte.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 3. Mai 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit einer weiteren Eingabe vom 29. Mai 2018 reichte Dr. D.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, die durch den Beschwerdeführer in Aussicht gestellten Berichte vom 30. März bzw. 29. Mai 2018 ein.

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.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2009, 9C\_136/2009, E. 2.5).

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 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

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

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

4.2 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 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 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 ausführlichen Zusammenstellungen 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt 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).

5. Vorliegend ist die medizinische Situation des Beschwerdeführers unter den Parteien grundsätzlich nicht streitig. Streitig und zu prüfen ist hingegen, welche Verweistätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Umfang noch zugemutet werden können.

6.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheidungsrelevante Arztberichte wiedergegeben:

6.2 Die IV-Stelle zog zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts das Suva-Dossier des Versicherten bei. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten beim Versicherten eine traumatische bursale Partialruptur der Supraspinatussehne sowie eine Tendinopathie der langen Bizepssehne links nach einem Sturz vom 9. September 2013 und eine Traumatisierung eines vermutlich vorbestehenden grossen Supraspinatussehnenrisses sowie eine vorbestehende Ruptur der langen Bizepssehne rechts. Mit Operation vom 17. Dezember 2013 erfolgten eine Schulterarthroskopie und eine Bizepssehnenentotomie.

6.3 Nachdem es im Rahmen der angestammten Tätigkeit wiederholt zu schmerzhaften Dekompensationen und daraus resultierender Arbeitsunfähigkeit gekommen war, fand am 30. Oktober 2014 eine erste kreisärztliche Untersuchung statt. Darin kam der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Schluss, dass dem Versicherten seine angestammte Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar sei. Hinsichtlich einer mittelschweren Tätigkeit, ohne Überkopftätigkeiten mit beiden Armen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne absturzgefährdete Positionen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.4 Infolge zunehmender Nackenschmerzen mit Sensibilitätsstörungen am linken Arm wurde am 9. Dezember 2014 ein MRI der HWS veranlasst, welches ein enges Foramen HWK 6/7 mit einer Kompression der Wurzel C7 links zeigte.

6.5 Mit Bericht vom 8. Juni 2015 zuhanden der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals F.\_\_\_\_ führte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, aus, dass die Schmerzen des Versicherten trotz durchgeführter Operation persistieren würden, im Verlauf des Jahres 2014 gar intensiver geworden seien. Der Versicherte arbeite seit dem 1. Februar 2015 im Magazin des Baugeschäfts, wobei er auch diese Arbeit als zu schwer und schmerzzerzeugend empfinde. Neben den Schulterschmerzen seien nach und nach immer neue Schmerzen hinzugesetzt, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Kribbelparästhesien in den Händen und Schläfen beidseits. Es stelle sich die Frage, ob und in welchem Ausmass eine degenerative Erkrankung der HWS die Beschwerden erklären könnte. Weil im MRI vom Dezember 2014 eine Einengung des Nerv C7 beschrieben worden sei, wünsche der Patient eine wirbelsäulenchirurgische Beurteilung.

6.6 Im Bericht der Spinalen Chirurgie vom 20. Juli 2015 wurde als Diagnose eine chronische cerviko-occipital-Brachialgie, links mehr als rechts, bei einem Status nach einem Sturz am 9. September 2013 und einem Status nach Artroskopischer Supraspinatussehnenreparatur und

Acromioplastik am 17. Dezember 2013, gestellt. Beim Versicherten handle es sich um einen komplexen Schmerzpatienten. Inwieweit die degenerativen Befunde und die Foraminalstenose durch den Unfall bedingt seien, lasse sich aus heutiger Sicht nur sehr schwer abschätzen. Unzweifelhaft sei, dass sich aktuell keine isolierte Symptomatik einer Reizung der Wurzel C7 auf der linken Seite feststellen lasse, sondern dass es mittlerweile zu einem diffusen Schmerzsyndrom im Bereich des Halses, des Hinterkopfes und beider Arme gekommen sei. Inwieweit dafür die Degeneration des Segments C6/7 und auch die mässiggradige Foraminalstenose verantwortlich gemacht werden könnten, sei fraglich. Zum jetzigen Zeitpunkt könne keine Operationsindikation gestellt werden.

6.7 Am 7. März 2016 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Anschluss an das zweite Unfallereignis vom Februar 2016 eine Handgelenksdistorsion links nach einem Sturz am 29. Februar 2016, ein posttraumatisches ulnokarpales Impaktionssyndrom mit erheblicher Ulna-Plusvariante und Pseudarthrose ulnar styloid bei in Verkürzung verheilte Radiusfraktur links (Unfalldatum 9. September 2016). Der Patient weise eine schwere Fehlstellung am linken Handgelenk mit Ulna-Plusvariante und Ulnaimpaktionssymptomatik auf. Nun sei er erneut auf dieses Handgelenk gestürzt. Das Handgelenk sei schwierig zu behandeln. Die Ulna-Plusvariante sei erheblich und es sei zu befürchten, dass nach einer Ulnaverkürzungsosteotomie die Gelenkflächen des distalen Radius und der distalen Ulna nicht derart zusammenpassen würden, um eine schmerzfreie Beweglichkeit zu ermöglichen. Die Arbeitsfähigkeit sei in zwei Wochen erneut zu beurteilen. Gegebenenfalls könne das etablierte kleine Pensum von 25% fortgesetzt werden.

6.8 Anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung vom 10. März 2016 im Hinblick auf einen möglichen Fallabschluss führte der Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass mit Ausnahme der linken Schulter keine strukturellen Läsionen nachgewiesen worden seien, welche auf das Ereignis vom 9. September 2013 zurückgeführt werden könnten. Auch die strukturellen Läsionen am rechten Schultergelenk würden nicht überwiegend wahrscheinlich als kausal erscheinen, in der Bildgebung imponierten deutlich ältere Läsionen. Es sei der Zeitpunkt eingetreten, bei dem von einer weiteren Behandlung im Bereich der Schultern keine namhafte Verbesserung mehr erreicht werden könne. Dem Versicherten seien aufgrund der Verletzungsfolgen ganztags noch leichte Tätigkeiten, körpernah und bis Schulterhöhe zumutbar. Durch die Verletzungsfolgen an der Hand nach einem neuerlichen Ereignis werde die Zumutbarkeit nicht weiter eingeschränkt.

6.9 Am 26. März 2017 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ zuhanden der Taggeldversicherung des Versicherten, dass Analgetika und Physiotherapie die Schmerzen aktuell lindern könnten, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aber nicht möglich gewesen sei. Der Patient, welcher vorausgehend schwere Abbrucharbeiten ausgeführt habe, könne lediglich noch für leichte Magazin-Arbeiten eingesetzt werden mit einem Pensum von 25% ab dem 5. April 2016. Gemäss Auffassung der Suva sei die verbleibende Arbeitsunfähigkeit von rechnerisch 51% nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen, sondern Krankheitsfolge. Dazu würden insbesondere das Zervikal-syndrom und die Handgelenksschmerzen zählen.

6.10 Am 27. Februar 2017 legte die Beschwerdegegnerin das Aktendossier Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), vor. Dieser führte aus, dass die unfallfremden, im Bereich des Achsenorgans bestehenden Beschwerden vom Wirbelsäulenspezialisten als nicht hinlänglich zuordenbar gewertet worden seien. Ein spezielles, zusätzliches Schonprofil, welches über das rein unfallkausal bezüglich der Schulterproblematik ermittelte hinausginge, lasse sich damit versicherungsmedizinisch nicht begründen. Zu ergänzen wäre angesichts einer offensichtlichen Funktionseinschränkung der linken Hand allenfalls, dass bei der Zumutbarkeit auf keine strenge manuelle Tätigkeit geachtet werden solle. Die von Dr. G.\_\_\_\_ postulierte Restarbeitsfähigkeit von 25% sei versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar.

6.11 Im mit der Beschwerde eingereichten Kurzaustrittsbericht vom 9. Januar 2018 (stationärer Aufenthalt vom 4. Januar bis 9. Januar 2018) stellte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnose einer zervikalen foraminalen Diskushernie C6/7 beidseits. Es erfolgten diesbezüglich eine Mikrodiskektomie und eine Foraminotomie beidseits. Er berichtete über einen unkomplizierten postoperativen Verlauf. Die Wirkungen der Operation auf die chronischen bilateralen zervikobrachialen Schmerzen konnten aber noch nicht beurteilt werden.

6.12 Anlässlich der postoperativen Kontrolle vom 30. März 2018 wurde ein unkomplizierter stationärer Verlauf ausgemacht. Im weiteren Verlauf hätten sich die radikulären Schmerzen deutlich zurückgebildet. Die chronischen posttraumatischen Schmerzen in den Schultern und Händen seien ungefähr unverändert geblieben. Derzeit könne der Patient seinen Kopf freier als vor der Operation bewegen. Neue neurologische Ausfälle seien nicht mehr aufgetreten. Der Patient werde mit ambulanter Physiotherapie weiter behandelt. Der Patient bleibe bis Ende April 2018 voll arbeitsunfähig. Für die Zeit danach, ab 1. Mai 2018, sei die postoperative Arbeitsfähigkeit von 25% in der bisherigen Tätigkeit wieder gegeben.

6.13 Mit Bericht vom 29. Mai 2018 stellte Dr. D.\_\_\_\_ eine unveränderte klinische Situation mit Schmerzen im Bereich des Nackens, der Schultern und der Hände fest. Der Patient werde seine bisherige Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von 25% am 5. Juni 2018 wieder aufnehmen können.

6.14 Am 5. April 2018 erfolgte eine erneute Aktenbeurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_, RAD. Versicherungsoorthopädisch sei mit den präsentierten medizinischen Eckdaten auch bei einem Status nach dem bezeichneten Halswirbelsäuleneingriff keine massgebliche Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit ausgewiesen. Nachvollziehbar sei eine ab dem Operationszeitpunkt bestehende Arbeitsunfähigkeit aus therapeutischen Gründen mit schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2017 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf die kreisärztliche Beurteilung vom 10. März 2016 und die Beurteilung des RAD vom 27. Februar 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Rentenbeginns die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit ohne repetitiven Ein-

satz beider Schultern und mit Schonprofil des linken Handgelenks im Umfang von 100% zumutbar sei. Auf der Grundlage der RAD-Beurteilung hat sie sodann erwogen, dass bezüglich der Schmerzproblematik im Bereich der Wirbelsäule keine über das kreisärztlich ermittelte Zumutbarkeitsprofil hinausgehende Einschränkung zu berücksichtigen sei. Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer die Auffassung, dass seinen Beschwerden nur mit einer zu mindestens 70% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen werden könne.

7.2 Neben den Beschwerden an den Schultern und am linken Handgelenk sind im Zeitpunkt des Verfügungserlasses auch seit drei Jahren durch degenerative Veränderungen an der HWS bedingte Beschwerden dokumentiert. Während die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der involvierten Fachärzte hinsichtlich der Schulter- und Handbeschwerden weitgehend übereinstimmt, lassen sich indessen weder den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ noch den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ Ausführungen bezüglich der Auswirkungen der HWS-Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Auch die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. J.\_\_\_\_ vermag bezüglich dieser Frage keine rechtsgenügende Beurteilungsgrundlage zu bilden. Er begnügt sich diesbezüglich – ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht zu haben – lediglich mit der Aussage, wonach angesichts der komplexen Schmerzproblematik durch die Beschwerden im Bereich des Achsenorgans keine weitergehende Einschränkung gerechtfertigt werden kann. Dies gilt umso mehr für die zuhanden des Unfallversicherers erstellte Kreisarztbeurteilung, welche sich ihrer Natur nach ausschliesslich auf die unfallkausalen Gesundheitsbeeinträchtigungen – vorliegend insbesondere auf die Schulterbeschwerden – des Versicherten beschränkt und nicht sämtliche, namentlich krankheitsbedingte, gesundheitliche Beeinträchtigungen berücksichtigt. Unter diesen Umständen wäre die Beschwerdegegnerin aber gehalten gewesen, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hinsichtlich der HWS-Beschwerden eingehender abklären zu lassen.

7.3 Weitere Abklärungen wären umso mehr angezeigt gewesen, als Dr. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in Abweichung zur RAD-Beurteilung vom 27. Februar 2017 für angepasste Tätigkeiten lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 25% attestiert. Dabei verweist er hinsichtlich der Schulterbeschwerden bzw. der daraus resultierenden Einschränkungen auf das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil. Hinzu kommt, dass Dr. D.\_\_\_\_ im Rahmen des im vorliegenden Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten Bericht vom 30. März 2018 – welcher entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin keinen nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Sachverhalt betrifft – nach erfolgter zervikaler Diskektomie die präoperative Arbeitsfähigkeit von 25%, wie sie durch Dr. G.\_\_\_\_ attestiert worden ist, bestätigt. Mangels schlüssiger Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten können diese Angaben der behandelnden Dres. G.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vorliegend zwar nicht als alleinige Beurteilungsgrundlage dienen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Angesichts der deutlich divergierenden Einschätzungen hinsichtlich der Restarbeitsfähigkeit vermögen sie den Beweiswert der versicherungsmedizinischen Beurteilungsgrundlagen dennoch weiter zu schmälern. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind damit nicht ausreichend beweiskräftig.

8.1 Nach dem Gesagten erweist sich die medizinische Aktenlage als unvollständig und lässt eine zuverlässige Beurteilung darüber, welche Verweistätigkeiten dem Beschwerdeführer



in welchem Umfang aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch zugemutet werden können, nicht zu.

8.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat das angerufene kantonale Versicherungsgericht im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn es 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 ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 139 V 100 E. 1.1; 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2017 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage, wie es sich hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bezüglich der HWS-Beschwerden bis zum Verfügungserlass als auch für die Zeit nach der erfolgten Operation verhält, im Rahmen einer amtlichen Erkundigung bei Dr. D.\_\_\_\_\_ abklären zu lassen haben. Danach wird sie den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gesamtmedizinisch neu zu beurteilen haben. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche des Beschwerdeführers schliesslich neu zu befinden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

9. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens 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 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).

9.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 19. Juni 2018 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 7 Stunden und 30 Minuten erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen im Umfang von Fr. 23.20. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'848.20 (7 Stunden und 30 Minuten à Fr. 250.-- Auslagen von Fr. 23.20 ohne Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 22. September 2017 aufgehoben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
  3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'848.20 (inkl. Auslagen) zu bezahlen.