



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. August 2018 (720 18 31 / 202)

Invalidenversicherung

Geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der vorliegend massgebenden Feststellungen des RAD bejaht; Rückweisung an die Vorinstanz

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **Vorsorgeeinrichtung A.**____, Beschwerdeführerin

gegen

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

Beigeladener **B.**____, vertreten durch Dr. Matthias Aeberli, Advokat, Freie Strasse 82, Postfach, 4010 Basel

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1971 geborene B.____, gelernter Industriemechaniker, war seit dem 1. Januar 2003 Geschäftsführer bei seiner eigenen C.____ GmbH und dadurch bei der Vorsorgeeinrich-

tung A.____ versichert. Nachdem er sich im März 2007 ein erstes Mal bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet hatte, sprach ihm die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 1. Juni 2011 vom 1. Dezember 2006 bis 31. Oktober 2008 eine befristete ganze Rente zu. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Am 12. Juli 2016 meldete sich B.____ erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse sprach ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Dezember 2017 auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 100% mit Wirkung ab 1. Januar 2017 wiederum eine ganze Rente zu.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Vorsorgeeinrichtung A.____ am 29. Januar 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur vollständigen Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie, es sei B.____ zum Verfahren beizuladen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die Verfügung auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und zudem der Einkommensvergleich nicht zutreffend durchgeführt worden sei.

C. Mit Verfügung vom 30. Januar 2018 lud das Kantonsgericht den Versicherten B.____ zum vorliegenden Beschwerdeverfahren bei.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 13. März 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

E. Der Beigeladene liess sich innert Frist nicht vernehmen, worauf der Fall am 3. Mai 2018 dem Gericht zur Beurteilung überwiesen wurde.

F. Am 15. Mai 2018 zeigte Advokat Dr. Matthias Aeberli dem Kantonsgericht an, dass er die Interessen von B.____ vertrete und ersuchte um Einsicht in die Verfahrensakten.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b 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. Aufgrund der Bindung der Beschwerdeführerin an den Invaliditätsgrad und den Beginn der Invalidität, wie sie durch die Beschwerdegeg-

nerin festgelegt wurden (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 49 N 76), besteht ein rechtlich geschütztes Interesse, welches sie zur Beschwerde legitimiert. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 29. Januar 2018 ist einzutreten.

1.2 Der Beigeladene selber hat gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 18. Dezember 2017 keine Beschwerde erhoben. Da er jedoch vom Ausgang des Prozesses mitbetroffen ist, hat das Kantonsgericht ihn mit Verfügung vom 30. Januar 2018 zum vorliegenden Beschwerdeverfahren beigeladen.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beigeladenen. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 18. Dezember 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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 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 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 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.

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

sicherungsfall 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. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

6.2 Die behandelnden Ärzte des Spitals D._____ attestierten vom 1. Januar 2014 bis 1. Juli 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Zeugnisse vom 24. Januar und 11. Februar 2014), ab 1. September 2014 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Zeugnis vom 24. September 2014) und ab 1. April 2015 bis auf Weiteres wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Zeugnisse vom 16. April 2015, 15. Dezember 2015 und 1. Juni 2015). Im Zeugnis vom 20. Januar 2016 bescheinigten sie rückwirkend ab 18. Januar 2016 voraussichtlich für zwei Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Im Bericht des Spitals D._____ vom 15. April 2016 wurden ein Verdacht auf eine zerebrale Vaskulitis, eine leichte neuropsychologische Störung, ein Diabetes mellitus, eine Respiratory bronchiolitis interstitiallung disease (RB-ILD) und ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert. Trotz intensiver immunsuppressiver Therapie sei es zu rezidivierenden zerebralen Ischämien gekommen. Es zeige sich eine leichte neuropsychologische Störung, vor allem eine Abnahme der Leistungsfähigkeit im verbal episodischen Gedächtnis. Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt. Von einer weiteren Reduktion der Leistungsfähigkeit sei auszugehen.

6.4 Im Bericht des Spitals E._____ vom 11. August 2016 wurden eine leichte neuropsychologische Störung, ein Verdacht auf eine zerebrale Vaskulitis, eine leichte obstruktive Schlafapnoe, ein Diabetes mellitus und eine RB-ILD festgestellt. In der neuropsychologischen Testung lasse sich eine mittelschwere Speicherstörung im verbal-episodischen Gedächtnis objektivieren. Im Bereich der exekutiven Funktionen sei einzig ein neu durchgeführter Test zum planerisch-konstruktiven Denken leicht auffällig. Die übrigen Leistungen, auch in den speziell für die Fahrtauglichkeit zentralen Aufmerksamkeitsleistungen, seien im Ergebnis aber unauffällig. Insgesamt würden die Testbefunde einer leichten neuropsychologischen Störung entsprechen, wobei die Gedächtnisprobleme klar im Vordergrund stehen würden.

6.5 Die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ beschrieben im Bericht vom 10. November 2016 eine zunehmende kognitive Funktionseinschränkung. Es bestünden Konzentrations- und Gleichgewichtsstörungen sowie ein dementielles Syndrom. Ein zunehmender kognitiver Verlust sei zu erwarten. Handwerkliche Tätigkeiten seien nicht mehr möglich. Trotz des neu organisierten Arbeitsprofils beim bisherigen Arbeitgeber seien die Leistungen ungenügend. De facto liege die Leistungsfähigkeit zwischen zwei bis vier Stunden pro Tag.

6.6 In der Aktennotiz vom 16. Januar 2017 hielt pract. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlichen Dienst (RAD) beider Basel, ein Telefonat mit der behandelnden Psychologin lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, fest. Demnach weise der Versicherte ein deutliches klinisches Frontalhirnsyndrom auf. Planungs- oder Entscheidungskompetenzen seien kaum mehr vorhanden. Möglicherweise hätten die frontalen Biopsien zusätzlich die Exekutivfunktionen negativ beeinflusst im Sinne einer aufgehobenen Affektkontrolle. Im Verhalten zeige er sich „wurstig“, indifferent und witzelnd. Dies vor allem nach der ersten Biopsie frontal rechts im Januar 2016. Eine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft sehe sie nicht mehr. Faktisch sei der Versicherte zuletzt Ende 2015 bei der Arbeit gewesen, gehe aber immer wieder dort vorbei um „Hallo“ zu sagen. Pract. med. F.____ ging in der Folge davon aus, dass aufgrund der neuropsychologischen Defizite im Rahmen der zerebralen Affektion durch die immunologische Grunderkrankung ab 1. Januar 2016 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen sei.

6.7 Am 18. Januar 2017 führte die Psychologin G.____ aus, dass sie den Versicherten im November 2016 für ein neuropsychologisches Funktionstraining gesehen habe. Die Therapie sei zweimal pro Woche durchgeführt worden. Dabei hätten sich bei praktisch allen Aufgaben gravierende Defizite gezeigt. Fehlerfrei bearbeitet würden nur Rechenaufgaben wie beispielsweise das Berechnen einer Münztabelle mit Hilfe eines Taschenrechners oder das einfache Planen von Terminen mit Hilfe einer Tabelle. Bei etwas komplexeren, mehrschrittigen bezüglich der Informationsdichte anspruchsvolleren Aufgaben sei es ständig zu Fehlleistungen gekommen. Rückmeldungen sowie vorgeschlagene Hilfsstrategien seien vom Versicherten zwar interessiert entgegengenommen worden, hätten aber nur sehr bedingt handlungssteuernd umgesetzt werden können. Das Bagatellisieren und reflexartige Reagieren mit Sprüchen und Witzeln sei beim Versicherten auffallend und passe in das Bild einer ausgeprägten Frontalsymptomatik mit organischer Persönlichkeitsstörung. Er wirke mehrheitlich emotional unberührt. Das Störungsbewusstsein für seine kognitiven Einschränkungen und sein verändertes Erleben und Verhalten sei nur in kleinen Ansätzen erkennbar. Insgesamt ergebe sich das Bild eines ausgeprägten dysexekutiven Syndroms und einer organischen Persönlichkeitsstörung mit zusätzlich auch leistungsbeeinträchtigenden Frischgedächtnisdefiziten und einer verminderten Dauerbelastung. Die Arbeitsfähigkeit als Installateur und Geschäftsführer sei massiv beeinträchtigt. Möglich seien nur noch einfache Routinetätigkeiten.

7.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 18. Dezember 2017 gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes Pract. med. F.____ vom 16. Januar 2017 davon aus, dass der Beigeladene ab Januar 2015 (recte wohl: Januar 2016) vollständig arbeitsunfähig ist. Wie oben ausge-

führt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.4 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend ergeben sich Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, wie sich aus den nachstehenden Ausführungen ergibt.

7.2 Zunächst ist zu Recht unbestritten, dass der Beigeladene eine Erkrankung aufweist, welche seine Arbeitsfähigkeit zunehmend einschränkt. Unklarheiten ergeben sich indes in Bezug auf den Verlauf derselben. Der RAD-Arzt Dr. F.____ stützte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzig auf die mündlichen Aussagen der behandelnden Psychologin G.____ vom 16. Januar 2017 und ging davon aus, dass der Beigeladene seit der ersten Biopsie frontal rechts im Januar 2016 vollständig arbeitsunfähig sei. Diese Beurteilung des RAD-Arztes ist – jedenfalls in der vorliegenden Form – nicht stichhaltig. Abgesehen davon, dass Dr. F.____ kein Facharzt für Neurologie ist, sondern Psychiater, unterlässt er es weitestgehend, seine Schlussfolgerungen auch unter Berücksichtigung der übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen zu begründen. Dieses Erfordernis gilt vorliegend umso mehr, als die Psychologin den Beigeladenen erst seit November 2016 kennt, und die echtzeitlichen Berichte der behandelnden Ärzte ein anderes Bild der Leistungsfähigkeit des Versicherten im Jahr 2016 vermitteln. Zwar wurde infolge der im Januar 2016 durchgeführten Biopsie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit echtzeitlich bestätigt, das Attest begrenzt aber die voraussichtliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf zwei Wochen (vgl. E. 6.2 hiervor). Aufgrund der vorliegenden Unterlagen kann auch für die Zeit danach nicht auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. So wird im Bericht des Spitals D.____ vom 15. April 2016 lediglich eine sich progredient entwickelnde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hingewiesen, ohne diese zu quantifizieren. Im Bericht des Spitals E.____ vom 11. August 2016 wurde noch festgehalten, dass die Testbefunde insgesamt lediglich einer leichten neuropsychologischen Störung entsprechen würden. Schliesslich stellten auch die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ im Bericht vom 10. November 2016 eine zunehmende kognitive Funktionseinschränkung fest, attestierten dem Beigeladenen aber eine effektive Leistungsfähigkeit zwischen zwei bis vier Stunden pro Tag, was einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 50% und 75% entspricht. Vor diesem Hintergrund steht die Annahme des RAD-Arztes Dr. F.____, wonach seit dem 1. Januar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, in einem unauflösbaren Widerspruch zu den aktenkundigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte. In diesem Zusammenhang ist in Erinnerung zu rufen, dass Berichten versicherungsinterner Fachpersonen ohnehin nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.4 hiervor). Eine solche Konstellation liegt hier nach dem eben Gesagten vor. Bei dieser unklaren Sachlage in Bezug auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Beigeladenen bestehen mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssig-

keit der vorliegend massgebenden Feststellungen des RAD, wonach der Beigeladene ab dem 1. Januar 2016 vollständig arbeitsunfähig sei. Dies gilt vorliegend umso mehr, als keine fachärztlichen Gutachten vorhanden sind und Dr. F._____ den Beigeladenen nie persönlich untersuchte. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend abgeklärt. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Beigeladenen kann folglich aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.4 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

8. Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweist sich die der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2017 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD-Arztes Dr. F._____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit des Beigeladenen fachärztlich abklären zu lassen. Anschliessend wird die IV-Stelle gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung und in Anwendung der zutreffenden Bemessungsmethode über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. 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^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 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 be-

achten, 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. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Wortlaut der genannten Bestimmung schränkt den Anspruch somit auf die Beschwerde führende Person ein. Es stellt sich deshalb die Frage, ob damit einzig die Beschwerde führende versicherte Person gemeint ist oder ob auch ein obsiegender Beschwerde führender Sozialversicherer eine Parteientschädigung zu Lasten des unterliegenden Versicherungsträgers beanspruchen kann. Nach Lehre und Rechtsprechung ist Art. 61 lit. g ATSG in Übereinstimmung mit Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 auszulegen (KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz.199 f.; SVR 2009 IV Nr. 33). Die letztgenannte Bestimmung sieht vor, dass Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen wird, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen. Sozialversicherer gehören zu den im Sinne von Art. 68 Abs. 3 BGG mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen (KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 200). Daraus folgt, dass vorliegend die obsiegende Vorsorgeeinrichtung A.____ als Beschwerdeführerin, in ihrem amtlichen Wirkungskreis tätiger Vorsorgeversicherer keine Parteientschädigung zu Lasten der unterliegenden Invalidenversicherung beanspruchen kann. Nachdem sich der Beigeladene innert Frist nicht vernehmen liess, Advokat Dr. Aeberli dem Kantonsgericht die Interessensvertretung – ohne zur Sache Stellung zu nehmen – erst nach Abschluss des Schriftenwechsels anzeigte und zudem keinen Antrag auf Parteientschädigung stellte, entfällt auch ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten für den Beigeladenen. Aus dem Gesagten folgt, dass die ausserordentlichen Kosten des vorliegenden Beschwerdeverfahrens wettzuschlagen sind.

10.1 Gemäss Art. 90 BGG 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 Aktenenergänzung 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 **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 18. Dezember 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 ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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