

behandlung). Mit Verfügung vom 10. Juli 2012 sprach sie A.____ ab 1. August 2012 eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 39 % zu. Die gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache hiess die Unfallversicherung D.____ mit Entscheid vom 17. Januar 2013 insofern teilweise gut, als sie die Rente von 39 % auf 40 % erhöhte. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Mit Verfügung vom 31. Oktober 2014 verneinte die Unfallversicherung D.____ einen Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts und dem Unfall vom 25. März 2009. Daran hielt sie auch auf Einsprache hin mit Entscheid vom 20. Januar 2015 fest. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Jürg Tschopp, am 17. Februar 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht; Verfahren Nr. 725 15 72). Nachdem die Unfallversicherung D.____ den angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. Januar 2015 lite pendente zwecks Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen aufgehoben hatte, schrieb der instruierende Präsident des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, das Verfahren mit Beschluss vom 18. März 2015 infolge Gegenstandslosigkeit ab. Nach weiteren Abklärungen anerkannte die Unfallversicherung D.____ die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden. Mit Verfügung vom 14. Februar 2017 sprach sie A.____ mit Wirkung ab 1. August 2012 eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 40 % und ab 1. Januar 2015 eine solche aufgrund eines Invaliditätsgrads von 50 % zu.

A.3 Bereits am 25. September 2009 meldete sich A.____ unter Hinweis auf unfallbedingte Beschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, ermittelte sie beim Versicherten ab 25. März 2010 einen Invaliditätsgrad von 61 %, ab 1. Oktober 2010 einen solchen von 0 %, ab 1. Mai 2011 einen solchen von 41 % und ab 15. März 2012 einen solchen von 19 %. In der Folge stellte sie A.____ mit Vorbescheid vom 18. Juli 2013 in Aussicht, ihm mit Wirkung ab 1. März 2010 bis 31. Januar 2011 eine Dreiviertelsrente und vom 1. August 2011 bis 30. Mai 2012 eine Viertelsrente zuzusprechen. Auf Intervention des Versicherten hin und nach weiteren Abklärungen ermittelte die IV-Stelle ab 25. März 2012 einen Invaliditätsgrad von 100 % und ab 28. Juni 2010 einen solchen von 19 %, worauf sie am 22. Juni 2016 einen neuen Vorbescheid erliess und A.____ in Aussicht stellte, ab 1. März 2010 befristet bis 31. Mai 2010 eine ganze Rente auszurichten. Daran hielt sie auch mit Verfügung vom 27. April 2017 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Advokat Tschopp, am 5. Juni 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 27. April 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm ab März 2010 eine Viertelsrente, ab Dezember 2015 eine ganze Rente und ab Mai 2016 eine halbe Rente sowie entsprechende Kinderrenten zuzusprechen. Eventualiter sei der Fall zur Abklärung weiterer Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, er sei an seinem Arbeitsplatz optimal eingegliedert, weshalb ihm ein Stellenwechsel nicht zumutbar sei. Die Zusprache der Invalidenrente habe entsprechend den Leistungen der Unfallversicherung zu erfolgen. Eventualiter sei das effektiv zumutbare Arbeitspensum zu klären und bei der Bemessung der Invalidität ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 23. August 2017 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass dem Versicherten ab 1. März 2010 bis 31. Mai 2010 und vom 1. September bis 31. Dezember 2014 eine befristete ganze Rente zuzusprechen sei.

D. Am 29. August 2017 zog das Kantonsgericht bei der Unfallversicherung die Akten des Versicherten bei.

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 4. Dezember 2017 / Duplik vom 4. Januar 2018) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

F. Mit Beschluss vom 15. Februar 2018 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, sich vernehmen zu lassen und die Möglichkeit des Beschwerderückzugs. Zur Begründung wurde festgehalten, dass das Kantonsgericht – im Falle eines Urteils – die angefochtene Verfügung aufheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückweisen würde. Die Neubestimmung des Invaliditätsgrads könne möglicherweise zu einer Schlechterstellung (*reformatio in peius*) führen.

G. Am 8. Juni 2018 liess A. _____ mitteilen, dass er an seiner Beschwerde festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 5. Juni 2017 ist einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

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

destens 40 % invalid ist. 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. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

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 Berufstätigkeit 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 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 A. 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 Im Bericht des Kantonsspitals C.____ vom 25. Mai 2010 wurde ein Status nach Pseudarthrosenrevision der Tibia rechts und eine Tractusirritation an der linken Hüfte bei Status nach Plattenosteosynthese diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis 27. Juni 2010 100 %. Hernach sei der Versicherte zu 40 % arbeitsfähig.

6.3 Am 7. September 2010 hielten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals C.____ fest, dass der Versicherte über eine deutliche Besserung berichte. Die Arbeitsfähigkeit betrage bis 5. September 2010 40 % und ab 6. September 2010 60 %. Ab 4. Oktober 2010 sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

6.4 Die Unfallversicherung D.____ liess den Versicherten kreisärztlich untersuchen. Am 19. April 2011 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Chirurgie, einen Status nach Motorradunfall mit komplexer subtrochantärer Femurfraktur links sowie nach erstgradiger offener Tibiaschaftfraktur rechts, nach offener Reposition und Osteosynthese der Femur- sowie der Tibiafraktur, nach Distorsion des rechten Handgelenks, nach Schulterkontusion rechts sowie nach Re-Osteosynthese und Spongiosaplastik an der rechten Tibia bei Pseudarthrose am 27. Januar 2010. Die subtrochantäre Femurfraktur und die Tibiapseudarthrose seien konsolidiert. Aktuell

bestünde noch eine Funktionseinschränkung im linken Hüftgelenk. Zudem sei der Versicherte v.a. im Trochanterbereich durch das Metall gestört. Diesbezüglich sei nach der Metallentfernung eine Besserung zu erwarten. Aktuell arbeite der Versicherte zu 90 %. Dabei sei er am absoluten Limit und klage über vermehrte Schmerzen. Daher werde die Arbeitsfähigkeit ab 2. Mai 2011 vorerst auf 80 % reduziert.

6.5 Am 15. März 2012 hielt der Kreisarzt Dr. D.____ fest, dass ein zeitgerechter Heilverlauf nach Metallentfernung an der Tibia rechts im Januar 2012 bestünde. Ansonsten zeige sich im Vergleich zur Untersuchung vom 19. April 2011 keine wesentliche Befundänderung. Aktuell arbeite der Versicherte in einem Pensum von 80 % und einer Leistung von 65 %. Aus medizinischer Sicht sei dem Versicherten die bisherige Tätigkeit während sechs Stunden pro Tag zumutbar. Der vor dem Unfall ausgeübte Nebenjob sei ihm heute nicht mehr möglich. Alternativ seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar.

6.6 Im Bericht des Kantonsspitals C.____ vom 22. Juni 2012 wurde festgehalten, dass der Versicherte eine Schwäche der Muskulatur v.a. der unteren Extremität aufweise. Zudem bestünden rezidivierende Beschwerden im rechten Handgelenk und eine verminderte Kraft sowie Schulterbeschwerden. Die bisherige Tätigkeit sei maximal im Umfang von sechs Stunden pro Tag möglich. Aufgrund der Muskelschwäche, der schnelleren Ermüdbarkeit der Muskulatur sowie der rezidivierenden Schmerzen betrage die Leistungsfähigkeit vier Stunden pro Tag. Die Frage, in welchem Umfang und seit wann dem Versicherten eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, wurde mit „ab sofort“ angegeben.

6.7 Am 30. Juli 2012 hielt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, fest, dass der Kreisarztbericht vom 13. Mai 2012 (recte: 15. März 2012) nachvollziehbar sei. Demnach sei davon auszugehen, dass dem Versicherten bei einer Anwesenheit von 80 % eine Leistung von 65 % zumutbar sei. Der ausgeübte Nebenjob sei hingegen nicht mehr möglich. Diese Beurteilung gelte zumindest seit März 2012. Für die Zeit davor sei den attestierten Arbeitsunfähigkeiten der behandelnden Ärzte zu folgen und diese auch für Verweistätigkeiten zu übernehmen. Angepasste Tätigkeiten seien dem Versicherten ganztags und ohne wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zumutbar.

6.8 Im Bericht des Kantonsspitals C.____ vom 27. September 2013 wurde ausgeführt, dass der Versicherte nach wie vor unter permanenten Beschwerden leide. Zwar hätten sich die Schmerzen im Bereich der Tibia rechtsseitig etwas gebessert. Dennoch trete nach längeren Belastungen ein Dauerschmerz mit krampfartigen Verspannungen auf. Dieselben krampfartigen Schmerzen bestünden auch im Bereich der linken Hüfte. Zudem klage der Versicherte über Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS, LWS) sowie im Bereich des rechten Handgelenks. Eine Tätigkeit, die das aktuelle Pensum von 70 % Arbeitszeit und 60 % Leistung übersteige, sei dem Versicherten aktuell nicht zuzumuten.

6.9 Am 6. März 2014 hielten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals G.____ fest, dass der Versicherte bei Status nach Metallentfernung seine Arbeit wieder zu 75 % aufgenommen

habe. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeit in den nächsten Monaten wieder zu 100 % ausgeübt werden könne.

6.10 Das Kantonsspital G._____ diagnostizierte am 3. September 2014 eine Ermüdungsfraktur des Femur proximal links. Bis zum operativen Eingriff bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.11 Am 19. September 2014 wurde der Versicherte einem operativen Eingriff unterzogen. Am 10. November 2014 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals G._____ eine Aufbohrung, eine Osteosynthese mittels lateralem Femurnagel links nach Ermüdungsfraktur proximaler Femur und bei muskulären Schmerzen möglicherweise im Rahmen einer Tractushernie des Femur links. Bis zum 9. November 2014 bestünde eine vollständige, ab dem 10. November 2014 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit.

6.12 Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals G._____ diagnostizierten am 5. März 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Reosteosynthese einer Femurfraktur links am 19. September 2014. Aufgrund der rezidivierenden Schmerzproblematik sei der Versicherte immer noch zu 75 % arbeitsfähig. Der weitere Verlauf sei abzuwarten.

6.13 Im Bericht des Kantonsspitals G._____ vom 17. April 2015 wurde festgehalten, dass sich insgesamt ein regelrechter Verlauf zeige. Der Versicherte sei beschwerdearm und arbeite wieder zu 100 %.

6.14 Am 11. September 2015 führten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals G._____ aus, dass der Versicherte schmerzbedingt in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Ein Arbeitspensum von 72 % sei etwas zu hoch, weshalb dem Versicherten vorerst eine Arbeitsfähigkeit von 60 % attestiert werde.

6.15 Am 29. April 2015 hielt Dr. F._____ fest, dass die Erkenntnisse aus der Untersuchung des Kreisarztes Dr. E._____ vom 15. März 2012 zumindest bis Mitte Juni 2014 gültig gewesen seien. Hernach sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Ab dem 22. Juni 2014 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten bestanden. Spätestens ab dem 4. Dezember 2014 (letzte Kontrolle im Kantonsspital C._____) habe die kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 15. März 2012 wiederum volle Gültigkeit. Demnach seien dem Versicherten ab diesem Zeitpunkt die bisherige Tätigkeit im Umfang von sechs Stunden pro Tag und angepasste Verweistätigkeiten ganztags zumutbar.

6.16 Am 1. März 2016 hielt der Kreisarzt Dr. E._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten Untersuchung im März 2012 leicht verschlechtert habe. Aktuell arbeite der Versicherte fünf Stunden pro Tag mit reduzierter Leistung, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % entspreche. Eine solche Tätigkeit sei dem Versicherten möglich. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zumutbar.

6.17 Die Unfallversicherung D.____ beauftragte die asim-Begutachtung mit einem orthopädischen Gutachten, welches am 28. Juni 2016 erstattet wurde. Demnach sind die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. März 2009 zurückzuführen.

6.18 Am 17. August 2016 führte Dr. F.____ aus, es sei weiterhin davon auszugehen, dass spätestens ab dem 4. Dezember 2014 und zumindest bis circa Mitte 2015 die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. E.____ vom 15. März 2012 Gültigkeit habe. Ab circa Mitte 2015 sei es zu einer Verschlechterung der Beschwerden und der Arbeitsfähigkeit gekommen, weshalb ab Mitte 2015 auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. E.____ vom 1. März 2016 abzustellen und davon auszugehen sei, dass der Versicherte voraussichtlich dauerhaft eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aufweise. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten habe die kreisärztliche Beurteilung vom 15. März 2012, wonach von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen sei, spätestens ab dem 4. Dezember 2014 wieder Gültigkeit.

6.19 Am 25. November 2016 hielt Dr. E.____ fest, dass dem Versicherten aufgrund der unfallbedingten Restfolgen leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten und ohne repetitive Vibrations- und Schlagbelastungen für die rechte obere Extremität im Umfang von fünf Stunden pro Tag zumutbar seien. Vermieden werden sollten Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie auf anderen absturzgefährdeten Positionen, Gehen in unebenem Gelände, rein stehende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit langen Gehstrecken. Aktuell arbeite der Versicherte fünf Stunden pro Tag mit reduzierter Leistung, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % entspreche. Diese Tätigkeit sei dem Versicherten zumutbar; eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zumutbar. Der vor dem Unfall durchgeführte Nebenjob sei ebenfalls nicht mehr zumutbar.

6.20 Am 12. Januar 2017 führte Dr. F.____ – mit Verweis auf den Bericht des Kantonsspitals C.____ vom 5. März 2015 (vgl. E. 6.12 hiavor) – aus, dass die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten mit Einbezug der Schulterproblematik ausreichend begründet worden sei. Die Schulterproblematik führe lediglich zu qualitativen Einschränkungen. So seien schwere Tätigkeiten mit dem rechten Arm, häufige Arbeiten in der Horizontalen und über Kopf oder repetitive Arbeiten mit dem rechten Arm zu vermeiden.

7.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 27. April 2014 insbesondere gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. F.____ vom 30. Juli 2012, 29. April 2015, 17. August 2016 und 12. Januar 2017 davon aus, dass der Versicherte vom 1. März 2010 bis 31. Mai 2010 vollständig arbeitsunfähig war. Im Übrigen bejahte sie aber eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit. In ihrer Vernehmlassung vom 23. August 2017 anerkannte sie zudem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von Mitte Juni 2014 bis 3. Dezember 2014. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen 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 fällt auf, dass im protrahierten und von Rückschlägen geprägten Heilungsverlauf der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nie gutachterlich abgeklärt wurden. Das von der Unfallversicherung D.____ bei der asim veranlasste Gutachten vom 28. Juni 2016 befasst sich einzig mit der Frage der Unfallkausalität der Beschwerden in der rechten Schulter. Die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. F.____ stützte sich demnach bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Versicherten einzig auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Beurteilungen des Kreisarztes Dr. E.____ vom 19. April 2011, 15. März 2012 und 1. März 2016. Sie ging demnach davon aus, dass der Versicherte vom 1. März 2010 bis 31. Mai 2010 und von Mitte Juni 2014 bis 3. Dezember 2014 vollständig arbeitsunfähig war. Im Übrigen erachtete sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten als ausgewiesen. Diese Beurteilung ist nicht stichhaltig. Zunächst ist – entgegen der Auffassung der IV-Stelle – aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten bereits ab Juni 2010 derart verbessert hatte, dass ihm ab diesem Zeitpunkt wiederum eine vollständige Arbeitsfähigkeit zumutbar war. Vielmehr wird in den Berichten des Kantonsspitals C.____ vom 25. Mai 2010 und 7. September 2010 ausgeführt, dass der Versicherte bis 27. Juni 2010 zu 100 %, ab dem 5. September 2010 zu 40 %, ab dem 6. September 2010 zu 60 % und erst ab 4. Oktober 2010 wiederum zu 100 % arbeitsfähig war. Eine Befristung der Rente per 31. Mai 2010 ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Weiter ist die Beurteilung des RAD in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten in angepassten Verweistätigkeiten nicht schlüssig. Wenn er sich auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E.____ vom 15. März 2012 beruft und davon ausgeht, dass dem Versicherten spätestens ab dem 4. Dezember 2014 angepasste Verweistätigkeiten ganztags und ohne wesentliche Einschränkung zumutbar seien, steht diese Einschätzung in einem unauflösbaren Widerspruch zur Beurteilung von Dr. E.____ vom 25. November 2016, wonach – unter Berücksichtigung der von der Unfallversicherung D.____ nachträglich als unfallkausal anerkannten Schulterbeschwerden – der Versicherte auch in einer angepassten Verweistätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % aufweise. Die Annahme des RAD vom 12. Januar 2017, wonach die Schulterproblematik lediglich zu einer qualitativen, aber nicht zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, findet in den Akten keine Stütze. Zudem geht sein Hinweis auf den Bericht des Kantonsspitals C.____ vom 5. März 2015 fehl, da sich dieser Bericht gerade nicht zu den Schulterbeschwerden äussert. Damit fehlt es an einer verlässlichen Grundlage für die Annahme von Dr. F.____, wonach spätestens ab dem 4. Dezember 2014 wiederum von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten auszugehen sei. Bei dieser Sachlage bestehen mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der vorliegend massgebenden Feststellungen des RAD. Dies gilt vorliegend umso mehr, als keine fachärztlichen Gutachten vorhanden sind und Dr. F.____ den Beschwerdeführer 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. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und die Zumutbarkeit eines Berufswechs-

sels können 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 vom 27. April 2017 ist aus diesem Grund aufzuheben und es sind ergänzende 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 27. April 2017 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD-Arztes Dr. F._____ in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten in Verweistätigkeiten als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, die Leistungsfähigkeit des Versicherten in Verweistätigkeiten unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden fachärztlich abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird sie über die Zumutbarkeit eines Berufswechsels und den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben und der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sa-

che an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 13. Juni 2018 einen Zeitaufwand von 22,75 Stunden geltend gemacht. Darin befindet sich eine Bemühung im Umfang von 0,5 Stunden, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung des Versicherten zurückzuführen ist. Solche Bemühungen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Die Bemühungen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung sind deshalb im genannten Umfang in Abzug zu bringen. Im Übrigen ist der geltend gemachte Aufwand in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen, des doppelten Schriftenwechsels, des Aktenumfangs und der Tatsache, dass der Fall mit Beschluss vom 15. Februar 2018 ausgestellt und dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wurde, gerade noch angemessen. Nach Abzug von insgesamt 0,5 Stunden ist somit ein Aufwand von 22,25 Stunden zu dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Zu kürzen sind des Weiteren die ausgewiesenen Auslagen für Kopien in der Höhe von insgesamt Fr. 150.--, da pro Kopie Fr. 2.-- statt Fr. 1.50 verrechnet worden sind (vgl. § 15 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte). Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'172.15 ([22,25 Stunden x Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 158.80]; inkl. 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 3'439.70 [Fr. 275.15] und 7,7 % Mehrwertsteuer auf Fr. 2'281.60 [Fr. 175.70]) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen 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 27. April 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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. 6'172.15 (inkl. Auslagen und 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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