



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 25. Januar 2018 (720 17 105 / 29)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung von Stellungnahmen des Regionalen ärztlichen Dienstes

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Beigeladene C.____ AG

Betreff IV-Rente / Drittauszahlung

A. Der 1967 geborene A.____ arbeitete zuletzt als Automechaniker bei der B.____ AG in X.____. Am 14. April 2008 meldete er sich unter Hinweis auf eine Schultererkrankung zum Leis-

tungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nachdem berufliche Abklärungen im C._____ gescheitert waren, beauftragte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Zentrum für die Medizinische Begutachtung (ZMB) mit der Begutachtung des Versicherten. Gestützt auf die Empfehlungen von Dr. med. E._____, FMH Arbeitsmedizin und FMH Allgemeine Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), nahm die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen vor. Mit Vorbescheid vom 9. Oktober 2012 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, ihm vom 1. November 2007 bis 31. März 2008 eine ganze Rente, vom 1. April 2008 bis 31. Juli 2008 eine Dreiviertelsrente und vom 1. Juli 2011 bis 30. Juni 2012 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Für die Zeit nach dem 1. Juli 2012 bestehe kein Rentenanspruch. Infolge der vom Versicherten gegen diesen Vorbescheid erhobenen Einwände klärte die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt erneut ab. Dabei beauftragte sie das Spital F._____ mit einer rheumatologischen Begutachtung. Gestützt auf das Gutachten vom 28. August 2015/11. Dezember 2015 und der Stellungnahme von Dr. E._____ vom 20. Juni 2016 sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 27. Februar 2017 die im Vorbescheid vom 9. Oktober 2012 vorgesehenen befristeten, abgestuften Invalidenrenten zu.

B. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 29. März 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, es sei die Verfügung vom 27. Februar 2017 insoweit aufzuheben, als ihm für den Zeitraum vom 1. April 2008 bis 31. Juli 2008 lediglich eine Dreiviertelsrente und für den Zeitraum ab 1. Juli 2012 keine Rente zugesprochen worden sei. Die IV-Stelle sei sodann zu verpflichten, ihm ab 1. November 2007 eine unbefristete ganze Invalidenrente auszurichten. Weiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, soweit sie eine Drittauszahlung an die C._____ AG in Höhe von Fr. 25'203.-- vorsehe. Dabei sei die IV-Stelle zu verurteilen, ihm den gesamten Nachzahlungsbetrag von Fr. 79'020.-- inkl. Zinsen zu bezahlen; alles unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung wurde im Wesentlichen eine ungenügende medizinische Abklärung geltend gemacht. Zudem gehe die IV-Stelle zu Unrecht von einem Eingliederungspotenzial und einer Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit aus. Ausserdem sei die Höhe der Drittauszahlung von Fr. 25'203.-- nicht nachvollziehbar.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 15. Mai 2017 schloss die IV-Stelle mit Verweis auf den RAD-Bericht vom 4. April 2017 und die Stellungnahme der zuständigen Ausgleichskasse Handel Schweiz vom 5. Mai 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 18. Juli 2017 hielt der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter an seinen Anträgen und Ausführungen fest.

E. Die IV-Stelle verwies in ihrer Duplik vom 21. August 2017 auf die RAD-Stellungnahme vom 7. August 2017 und beantragte weiterhin die Abweisung der Beschwerde.

F. Das Kantonsgericht lud mit Verfügung vom 31. August 2017 die C._____ AG zum vorliegenden Verfahren bei. Dabei gab es ihr Gelegenheit, sich zur strittigen Drittauszahlung zu äussern. Die Beigeladene führte in ihrer Eingabe vom 30. Oktober 2017 aus, dass die Höhe der Drittauszahlung von Fr. 25'203.-- rechtens sei.

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 29. März 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob der Versicherte ab 1. November 2007 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtssprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, 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). 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). 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).

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsun-

fähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.3 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195). 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: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.4 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. Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht 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).

3.5 Dennoch erachtet es die 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 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuer-

kennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.6 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219). Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann demgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471).

4.1 Aus den Akten geht hervor, dass beim Versicherten aufgrund der seit 2006 bestehenden linksseitigen Schulterbeschwerden am 25. Juni 2007 eine arthroskopische Akriomoplastik durchgeführt wurde (Operationsbericht von Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. Juni 2006). Nach langwierigem postoperativem Verlauf zeichnete sich im November 2007 eine deutliche Besserung ab. Dr. G.____ erachtete eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2008 als möglich. Der Umfang der Arbeitsfähigkeit könne danach schrittweise gesteigert werden (vgl. Bericht von Dr. G.____ vom 19. November 2007). In der Folge wurde der Versicherte schrittweise am Arbeitsplatz integriert. Die Aufnahme einer vollen Arbeitstätigkeit war jedoch infolge Auftretens erneuter, starker Schmerzen nicht möglich (vgl. Berichte von Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 29. April 2008, von Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, vom 9. Mai 2008 und von Dr. G.____ vom 26. Juni 2008). Der Hausarzt, Dr. H.____, attestierte dem Versicherten jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit. Vom 18. August 2008 bis 26. September 2008 fand im D.____ eine berufliche Abklärung statt. Gemäss Bericht der D.____ vom 10. Oktober 2008 könne der Versicherte seine angestammte Tätigkeit als Automechaniker nicht mehr ausführen. Dagegen sei es ihm zumutbar, leichte Arbeiten, welche nicht monoton repetitiv und selten bis nie über der Horizontalen zu verrichten seien, ganztags auszuüben. Am 14. November 2008 und 18. September 2009 berichtete Dr. med. J.____, FMH Rheumatologie, über persistierende Schulterschmerzen, welche nicht genügend objektiviert werden könnten. Es folgten ab 24. August 2009 erneut berufliche Abklärungen im D.____, welche jedoch schmerzbedingt am 16. Oktober 2009 abgebrochen werden mussten. Im Abschlussbericht der beruflichen Massnahmen vom 16. November 2009 wurde festgehalten, dass der Versicherte aufgrund der Schulterschmerzen selbst leichteste Arbeiten nicht habe durchführen können. Die neurologische Untersuchung durch Dr. med. K.____, FMH Neurologie, ergab keine wesentlichen Auffälligkeiten (vgl. Bericht vom 12. November 2009). Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 25. Februar 2010 einen chronifizierten Schmerzzustand im Bereich der linken Schulter ventral ohne sicheres pathologisches Substrat. Anlässlich der Untersuchung habe er eine muskuläre Atrophie am linken nicht dominanten Schultergürtel feststellen können. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine Bizepssehnentendinose im Sulcus und auf eine Instabilität der Bizepssehne oder eine SLAP-Läsion im Ansatzgebiet der Bizepssehne. Aufgrund dieses Leidens könne der Versicherte seinen linken Arm praktisch für keine Tätigkeiten mehr einsetzen.

zen, welche Heben, Haltefunktionen, Tragen, Stemmen, kraftvolles Drehen, Klopfen, Halten und Drehen mit Kraft sowie Überkopfarbeiten erforderten. Den Beruf des Automechanikers könne er nicht mehr ausüben. Arbeiten, die unter völliger Schonung des linken Armes und der linken Hand durchgeführt werden könnten, seien ihm dagegen zumutbar. Dabei könne er leichtere Tätigkeiten auf Tischhöhe auch mit der linken Hand ohne repetitive Bewegung des gesamten Armes ausführen.

4.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens beauftragte die IV-Stelle das ZMB mit der Begutachtung des Versicherten. Im polydisziplinären Gutachten vom 28. Oktober 2010 mit den Disziplinen Allgemeinmedizin, Orthopädie und Psychiatrie hielten die ZMB-Experten als Diagnosen einen chronifizierten Schmerzzustand an der linken Schulter bei Status nach Arthroskopie und athroskopischer subacromialer Dekompression fest. Zudem stellten sie als Verdachtsdiagnosen ein subacromiales Impingement und eine Instabilität der langen Bizepssehne oder eine SLAP-Läsion im Ansatzgebiet der Bizepssehne. Eine psychische Erkrankung von invalidisierendem Ausmass liege nicht vor. Aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen bestehe seit 2007 in der angestammten Tätigkeit als Automechaniker keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer dem Schulterleiden angepassten Tätigkeit ohne repetitive Arbeiten über Augenhöhe, Heben von schweren Lasten mit dem linken Arm oder Aussenrotationsbewegungen im linken Arm sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Die Gutachter empfahlen jedoch die Durchführung einer Arthroskopie, um den intraartikulären Verlauf der Bizepssehne beurteilen zu können. Dabei könne geprüft werden, ob eine SLAP-Läsion vorliege (vgl. auch ergänzende Stellungnahme des ZMB vom 13. Januar 2011).

4.3 In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. G.____ mit einer Verlaufsarthroskopie, welche am 7. April 2011 stattfand. Dr. G.____ stellte eine Tendinose der langen Bizepssehne fest. Er führte daher gleichentags eine subacromiale Dekompression und eine Bizepsstenodese durch (vgl. Operationsbericht vom 7. April 2011).

4.4 Am 27. März 2012 berichtete Dr. med. M.____, FMH Anästhesie, über den Gesundheitszustand des Versicherten. Es sei auffallend, dass der Versicherte sämtliche Bewegungen mit dem linken Arm vermeide, welche die Anspannung des Bizepses benötigten. Das linke Schultergelenk könne schmerzfrei bewegt werden. Lediglich am Ansatz der kurzen Bizepssehne könne ein massiver Druckschmerz ausgelöst werden. Zudem finde sich im medialen Teil des Bizepsmuskels eine eindeutige, druckschmerzhaftige Myogelose. Während in psychischer Hinsicht keine Beeinträchtigungen festzustellen seien, sei der Versicherte aufgrund der Schmerzen im linken proximalen Oberarm körperlich stark eingeschränkt. In einer reinen Bürotätigkeit bestehe vorerst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Diese könne dann später "eine Vollzeitstelle" werden.

4.5 Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 12. April 2012 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche seit mehr als 5 Jahre bestehe. Aufgrund der zeitweisen Konzentrationsstörungen, des Gedankenkreisens und der Schlafstörungen sei die Leistungsfähigkeit des Versicherten etwas herabgesetzt. Die Arbeitsfähigkeit könne sie nicht beurteilen, da sich diese aus den Schulterbeschwerden ergebe.

4.6 Nach Einsicht in die medizinischen Akten kam der RAD-Arzt Dr. E.____ am 27. August 2012 zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund der therapieresistenten Schmerzen im Bereich des linken kurzen Bizepssehnenansatzes in seiner angestammten Tätigkeit als Automechaniker seit dem 16. Dezember 2006 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Demgegenüber habe in einer leidensangepassten Verweistätigkeit ab Januar 2008 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Gemäss dem orthopädischen Gutachten von Dr. L.____ vom 25. Februar 2010 und dem ZMB-Gutachten vom 28. Oktober 2010 sei davon auszugehen, dass ab 29. April 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Infolge der Arthroskopie vom 7. April 2011 sei der Versicherte vom 6. April 2011 bis 19. Januar 2012 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 20. Januar 2012 sei es dem Versicherten gestützt auf die Beurteilung von Dr. M.____ vom 27. März 2012 zumutbar gewesen, einer leidensangepassten Arbeit zunächst im Umfang von 50 % und dann ab 27. März 2012 von 100 % nachzugehen.

4.7 Am 18. März 2014 berichtete Dr. H.____, dass der Versicherte im Jahr 2013 wegen Nierenzysten und im November 2012 wegen Gallensteinen operiert wurde. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er ein chronisches Schulterimpingementsyndrom rechts und eine Anpassungsstörung mit intermittierender leichter depressiver Episode fest. Funktionell sei der Versicherte einhändig, weil er nur die rechte Hand mit vollständiger Kraft einsetzen könne. Die anhaltend leicht bedrückte Stimmungslage, die Schlafstörungen, die verminderte Auffassungsgabe und Anpassungsfähigkeit beeinflussten nun auch die Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht. Aufgrund der funktionellen Einhändigkeit und der Anpassungsstörung könne in einer "der Ausbildung des Versicherten entsprechenden Verweistätigkeit" keine zumutbare Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

4.8 Gemäss neurologischem Konsilium von Dr. med. O.____, FMH Neurologie, vom 17. Juni 2014 sei eine leichte Atrophie im Bereich des Musculus deltoideus objektivierbar. Die Minderbeweglichkeit könne aber auch inaktivitätsbedingt sein. Hinweise auf eine Nervenschädigung oder eine Armplexusläsion beständen nicht. Eine neurogene oder muskuläre Affektion schein nicht vorzuliegen. Aus neurologischer Sicht drängten sich keine weiteren Abklärungen auf.

4.9 Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 5. Mai 2014 beauftragte die IV-Stelle das Spital F.____ mit einem rheumatologischen Gutachten. Die begutachtende Ärzteschaft diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 28. August 2015/11. Dezember 2015 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Schulter-Arm-Syndrom mit chronischer Schmerzstörung bei therapierefraktärer Omalgie und Brachialgie. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei eingeschränkt. Das geklagte Ausmass könne jedoch mit den klinisch erhobenen Untersuchungsbefunden nicht ausreichend erklärt werden. Der Armumfang sei beidseits gleich, allenfalls bestehe eine leichte Atrophie der Muskulatur am linken Arm. Beeinträchtigungen beständen beim Heben schwerer Lasten über 5 kg, bei Überkopftätigkeiten, bei welchen beide Arme benötigt würden, bei gebückten Arbeiten und bei leichten, sich wiederholenden Tätigkeiten mit der linken Hand, z.B. Büroarbeiten. Für leichte und mittelschwere einarmige Tätigkeiten und Arbeiten, bei wel-

chen lediglich eine vorübergehende Zuhilfenahme der linken Hand ohne Heben schwerer Lasten nötig sei, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

4.10 Dr. E.____ hielt nach Prüfung des rheumatologischen Gutachtens des Spitals F.____ in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2016 im Wesentlichen an seinen Zumutbarkeitsbeurteilungen vom 27. August 2012 und 14. April 2016 fest. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens setzte er sich in seiner Stellungnahme vom 4. April 2017 sodann mit dem Austrittsbericht des Spitals P.____ vom 15. April 2015 auseinander. Darin wurden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine mittelgradige depressive Episode, chronische Kopfschmerzen und ein Vitamin-D-Mangel festgehalten. Dr. E.____ stellte sich auf den Standpunkt, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode nicht begründet worden sei, weshalb sie nicht als gesichert gelten könne. Zudem sei bei tatsächlichem Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung davon auszugehen, dass die Gutachter des Spitals F.____ psychische Beeinträchtigungen erwähnt hätten, was aber nicht der Fall gewesen sei. Dazu komme, dass die von den behandelnden Ärzten des Spitals P.____ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode ohne psychische Komorbiditäten gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könne. Die chronische Schmerzstörung könne nicht sehr ausgeprägt sein, nehme der Versicherte gegen die Schmerzen doch nur Dafalgan ein. Da es dem Versicherten zudem möglich sei, seinen linken Arm intermittierend kurzzeitig zu Hilfe zu nehmen, könne nicht von einer funktionellen Einarmigkeit gesprochen werden. Weitere Abklärungen erübrigten sich. Denn die Schmerzen seien rheumatologisch abgeklärt worden, eine neurologische Begutachtung bringe keine neuen Erkenntnisse und für eine psychische Untersuchung bestehe keine Indikation.

5.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2017 auf das Gutachten des Spitals F.____ vom 28. August 2015/11. Dezember 2015 und die Stellungnahmen von Dr. E.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte seine angestammte Tätigkeit als Automechaniker nicht mehr ausüben kann. In Bezug auf eine Verweistätigkeit stellte sie sich auf den Standpunkt, dass der Versicherte gestützt auf den Bericht von Dr. G.____ vom 19. November 2007 ab 1. Januar 2008 in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Gemäss Arztbericht von Dr. med. H.____ vom 29. April 2008 habe sich dann die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab 29. April 2008 auf 100 % erhöht. Für die Zeit vom 6. April 2011 bis 19. Januar 2012 habe aufgrund der Schulterarthroskopie keine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bestanden. Ab 20. Januar 2012 sei dem Versicherten gemäss telefonischer Rückfrage bei Dr. M.____ wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zumutbar gewesen (vgl. auch RAD-Bericht vom 7. Februar 2012). Gestützt auf den Bericht von Dr. M.____ vom 23. März 2012 und das Gutachten des Spitals F.____ vom 28. August 2015/11. Dezember 2015 sei davon auszugehen, dass der Versicherte seit 27. März 2012 in einer leidensangepassten Arbeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

5.2.1 Diese vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhaltes vermag nicht zu überzeugen. Wie der Versicherte in seiner Beschwerde zutreffend geltend macht, zeigt der in den Akten dokumentierte Krankheitsverlauf, dass der RAD-Arzt Dr. E.____ seinem psychischen Gesundheitszustand zu wenig Rechnung trug. Gemäss Bericht von Dr. N.____ vom 12. April

2012 begab sich der Versicherte am 17. November 2011 erstmals in psychiatrische Behandlung. Die Psychiaterin diagnostizierte damals eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche die Leistungsfähigkeit etwas herabsetze. Zur Behandlung der Konzentrationsstörungen und des Gedankenkreisens verschrieb sie ihm Antidepressiva (Cymbalta). Im weiteren Verlauf wurden immer wieder psychische, jedoch wenig ausgeprägte Störungen erwähnt. So beobachtete der Hausarzt Dr. H.____ anlässlich seiner Untersuchung vom 18. März 2014 beim Versicherten eine leicht bedrückte Stimmungslage, eine leicht gehemmte Psychomotorik, eine mässige Anhedonie und anhaltende Schlafstörungen, was die Auffassungsgabe und die Anpassungsfähigkeit beeinträchtigte (vgl. Bericht vom 18. März 2014). Auch Dr. O.____ stellte in seinem neurologischen Konsilium vom 17. Juni 2014 fest, dass beim Versicherten psychisch leichte Beeinträchtigungen beständen. Selbst Dr. E.____ verneinte nicht das Bestehen von psychischen Störungen, bestätigte er doch in seinem RAD-Bericht vom 5. Mai 2014, dass beim Versicherten eine wenig ausgeprägte Anpassungsstörung mit intermittierender leichter depressiver Episode vorliege (vgl. auch Bericht vom 7. August 2017). Dieser im Wesentlichen übereinstimmend beschriebene psychische Gesundheitszustand erfährt mit Austrittsbericht des Spitals P.____ vom 15. April 2015 eine Veränderung, indem die behandelnden Ärzte neu eine mittelgradige depressive Episode diagnostizieren. Nebst den in den Vorberichten erwähnten psychischen Symptomen führten sie erstmals eine depressive Stimmung mit Insuffizienz- und Verarmungsgefühl und schambesetztem sozialem Rückzug sowie eine Beeinträchtigung der Vitalgefühle auf. Zudem schwitze er nachts häufig und viel. Zum ersten Mal wurde auch die Fortführung der Psychotherapie mit allfälliger Unterstützung einer kognitiven Verhaltenstherapie empfohlen. Aufgrund der Diagnosestellung und der psychischen Befunderhebung bestehen gewichtige Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Zustandes des Versicherten. Ob dadurch gegebenenfalls die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusst wird, lässt sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage aber nicht beurteilen.

5.2.2 Daran ändert auch der Bericht von Dr. E.____ vom 4. April 2017 nichts. Darin stellte er sich auf den Standpunkt, dass die begutachtenden Ärzte des Spitals F.____ anlässlich der Untersuchung im Juni 2015 psychische Einschränkungen erwähnt hätten, sollte eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen haben. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Als Erstes ist darauf hinzuweisen, dass sich im Gutachten des Spitals F.____ vom 28. August/11. Dezember 2015 durchaus Hinweise auf eine psychische Erkrankung finden lassen. So wurde in der Systemanamnese aufgeführt, dass der Versicherte unter Ein- und Schlafstörungen aufgrund kreisender Gedanken leide. Weiter empfahlen die Begutachter – übereinstimmend mit der Ärzteschaft des Spitals P.____ – ebenfalls die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie. Diese Ausführungen lassen darauf schliessen, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung im Spital F.____ psychische Beeinträchtigungen beständen. Dass diese nicht in die gutachterliche Beurteilung einfließen, ist vielmehr auf die Auftragserteilung der IV-Stelle zurückzuführen, beauftragte diese das Spital F.____ ausschliesslich mit einer rheumatologischen Begutachtung (vgl. Auftrag der IV-Stelle vom 20. Mai 2015).

5.2.3 Weiter verneinte Dr. E.____ die Notwendigkeit einer psychiatrischen Untersuchung unter anderem mit der Begründung, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung leichte und mittelgradige depressive Störungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen

vermögen. Nun ist zu beachten, dass das Bundesgericht seit den Beurteilungen von Dr. E.____ vom 4. April 2017 und 7. August 2017 seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden mit den beiden Urteilen BGE 143 V 418 und 143 V 409 vom 30. November 2017 geändert hat. Die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, findet künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung. Für leichte bis mittelschwere Depressionen im Speziellen bedeutet dies, dass dem bisherigen Kriterium der "Therapieresistenz" als Voraussetzung für eine Invalidenrente nicht mehr die gleiche Bedeutung zukommt. Diese neue Praxis findet auf alle laufenden Verfahren Anwendung. Aus diesem Grund und der Tatsache, dass den Akten immer wieder Hinweise auf eine psychische Erkrankung zu entnehmen sind und der Versicherte seit der Behandlung bei Dr. Erhard in den Jahren 2011/2012 nie mehr von einer psychiatrischen Fachperson untersucht wurde, drängt sich eine psychiatrische Begutachtung auf.

5.3 Ferner zeigen sich bei näherer Betrachtung der in der Verfügung vom 27. Februar 2017 vorgenommenen Rentenabstufungen Unklarheiten und Widersprüche, was den Zeitraum seit Beginn des Wartejahres (= November 2006) bis zur Begutachtung im Spital F.____I im Jahr 2015 anbelangt. Die IV-Stelle stützte sich dabei auf die Beurteilungen von Dr. E.____ vom 7. Februar 2012, 27. August 2012 und vom 14. April 2016. Mit Verweis auf den Bericht von Dr. G.____ vom 19. November 2007 ging der RAD-Arzt davon aus, dass der Versicherte ab 1. Januar 2008 in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Dabei übersieht er, dass Dr. G.____ eine 50%ige Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nur als möglich betrachtete. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt jedoch nicht, um auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. G.____ abstellen zu können (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 74 Rz. 25 mit Verweis auf § 68 Rz. 43). Weiter ist der RAD-Arzt der Auffassung, dass aufgrund der diagnostischen Arthroskopie vom 7. April 2011 nur bis 19. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne. Ab 20. Januar 2012 sei es dem Versicherten zuzumuten gewesen, eine leidensangepasste Tätigkeit zu 50 % auszuführen. Dabei stützte er sich auf das mit Dr. M.____ geführte Telefonat vom 20. Januar 2012, welches im RAD-Bericht vom 7. Februar 2012 wiedergegeben wird. Es fällt auf, dass Dr. M.____ damals den Umfang der Arbeitsfähigkeit für leichte leidensangepasste Arbeiten nicht bestimmte. Er bestätigte nur, dass eine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Erst einige Wochen später am 27. März 2012 attestierte er, dass der Versicherte eine reine Bürotätigkeit zunächst im Umfang von 50 % ausführen könne. Später "könnte" das Pensum auf 100 % gesteigert werden. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung beruhte auf einer Konsultation vom 23. März 2012, also mehr als 2 Monate nach dem Telefonat mit Dr. E.____. Damit steht fest, dass ab 20. Januar 2012 noch keine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % vorlag. Eine solche bestand gemäss den Angaben von Dr. M.____ erst ab 23. März 2012. Vor diesem Hintergrund ist die von Dr. E.____ angenommene Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % ab 27. März 2012 unwahrscheinlich, hätte der Versicherte seine 50%ige Arbeitsfähigkeit innert 4 Tagen (23. bis 27. März 2012) auf eine 100%ige steigern müssen. Zudem ist die von Dr. M.____ in Aussicht gestellte Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu vage formuliert, um darauf abstellen zu können. Es ist vielmehr anzunehmen, dass zuverlässige Aussagen über den Um-

fang der Arbeitsfähigkeit vom weiteren Krankheitsverlauf abhängig waren. Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass sich die den Rentenabstufungen gemäss Verfügung vom 27. Februar 2017 zugrunde liegenden Arbeitsfähigkeiten nicht durchwegs mit den ärztlichen Beurteilungen decken, weshalb sie einer Neubeurteilung bedürfen.

5.4 Aus dem Gesagten folgt, dass die vorhandene Aktenlage keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs des Versicherten zulässt. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind mit andern Worten nicht ausreichend beweiskräftig. Der medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärungen und die den Rentenabstufungen zugrunde liegenden Arbeitsunfähigkeiten sind neu zu beurteilen. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2017 aufzuheben. Die IV-Stelle, an welche die Angelegenheit zurückzuweisen ist, hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht gutachterlich abklären zu lassen und die Rentenabstufungen im Sinne der Erwägungen einer Überprüfung zu unterziehen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist demgemäss gutzuheissen.

6. Aufgrund dieses Ergebnisses kann die strittige Frage betreffend Höhe des Verrechnungsanspruchs der beigeladenen C.____ AG als Krankenversicherer des Versicherten nicht beurteilt werden, bedarf es hierfür der Kenntnis des Rentenanspruchs. Immerhin ist festzustellen, dass der Versicherte den Anspruch der C.____ AG auf Auszahlung der Rentennachzahlung vom 1. April 2013 bis 31. August 2013 in zeitlicher Hinsicht nicht bestreitet.

7.1 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 zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

7.2 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 beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehaltlich 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.

7.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Versicherten machte in seiner Kostennote vom 6. Dezember 2017 einen Aufwand von 11,95 Stunden geltend, welcher

sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dieser Aufwand ist zum in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 107.80. Dem Versicherten ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'342.90 (11,95 Stunden à Fr. 250.-- + Fr. 107.80 inkl. 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

8.1 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 materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 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.

8.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2 - 4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 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.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'342.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.