



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. Februar 2018 (720 17 257 / 49)

Invalidenversicherung

Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem "familiären Mittelmeerfieber"; Würdigung von RAD-Stellungnahmen

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Prof. Dr. med. B._____

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1967 geborene A._____ arbeitet seit 1. Juni 2008 als Koch und Serviceangestellter im Restaurant C._____ in X._____. Am 15. Dezember 2014 meldete er sich unter Hinweis auf ein seit der Kindheit bestehendes "familiäres Mittelmeerfieber" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 31. Mai 2017 einen Leistungsanspruch mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab.

B. Gegen diese Verfügung reichte A.____, vertreten durch seinen behandelnden Arzt, Prof. Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, am 26. Juni 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ein. Er beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung einer Invalidenrente. Zur Begründung führte Prof. B.____ an, dass die Diagnose eines periodischen Fiebersyndroms, Typ Mittelmeerfieber, inzwischen gesichert sei. Während eines Schubs, welcher mit typischen Abdominal- und/oder Thoraxschmerzen sowie Schüttelfrost/Fieber begleitet würde, sei der Versicherte weder physisch noch psychisch in der Lage zu arbeiten.

C. Am 28. September 2017 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung.

D. Die IV-Stelle beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 6. Oktober 2017 unter Verweis auf die Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 26. September 2017 die Abweisung der Beschwerde.

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 des Versicherten vom 26. Juni 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 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 mindestens 40 % invalid ist.

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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).

2.3 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).

2.4 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: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

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

2.6 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).

2.7 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 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).

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte in den Jahren 2004 und 2007 wegen linksseitiger Knieschmerzen und lumbosakraler Beschwerden in medizinischer Behandlung stand. Die jeweiligen Untersuchungen ergaben jedoch keine auffälligen Befunde (vgl. MRI-Untersuchungen vom 20. Februar 2004 und 5. Juli 2007 sowie Verlaufseintrag von Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 9. Juli 2007). Wegen rezidivierender Schüttelfrost- und Fieberepisoden war der Versicherte erstmals vom 24. bis 28. September 2010 und erneut vom 12. bis 14. September 2011 im Kantonsspital Bruderholz hospitalisiert (Berichte vom 4. Oktober 2010 und 19. September 2011). Dabei wurde der Verdacht auf ein "familiäres Mittelmeerfieber" bei rezidivierenden Fieberattacken sowie intermittierenden kurzzeitigen Abdominal- und Knieschmerzen geäussert. Am 19. Juli 2012 berichtete Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie, dass der Versicherte alle 4 Monate Fieberattacken habe. In seinem Bericht vom 17. September 2012 sprach er von ca. alle 4 - 5 Monate auftretenden Fieberschüben mit Anschwellung des linken Kniegelenks und kurzzeitigen Abdominalschmerzen. Bei der letzten Episode Anfang Juni 2012 sei nun auch eine akute Knieschwellung rechts aufgetreten, welche mit Anlauf- und Bewegungsschmerzen sowie lokal entzündlichen Veränderungen einhergegangen sei. Aufgrund seiner Befunde könne er die Verdachtsdiagnose eines "familiären Mittelmeerfiebers" bestätigen. Weitere Untersuchungen der Knie ergaben nur diskrete Befunde (MRI-Untersuchung vom 3. Juli 2012). Dr. E.____ wies in seinem Bericht vom 8. September 2014 darauf hin, dass er nicht schlüssig beurteilen könne, inwieweit die präkordialen Thorax- und Abdominalschmerzen dem "familiären Mittelmeerfieber" zuzuordnen seien. Weiter hielt er fest, dass der Versicherte nach Einnahme von Cholechizin über Durchfälle klagt.

3.2 Der behandelnde Arzt, Dr. med. F.____, FMH Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 6. Januar 2015 (Eingang bei der IV-Stelle) fest, dass der Versicherte während eines Schubs nur noch vermindert leistungsfähig sei. Am 1. Juli 2015 berichtete er, dass unter Cholechizin seit Januar 2015 ein stabiler Verlauf bestehe. Seit 3. März 2015 sei der Versicherte als Koch wieder zu maximal 50 % arbeitsfähig (vgl. auch ärztliches Zeugnis vom 3. März 2015).

3.3 Auf Anfrage der IV-Stelle führte Dr. E.____ am 10. November 2015 aus, dass er den Versicherten letztmals am 4. September 2014 gesehen habe. Damals habe dieser angegeben, dass die Schmerzschübe alle 10 - 14 Tage aufträten und jeweils 1 - 2 Tage dauerten. Während

eines Schubs könne er als Koch und im Service nicht arbeiten. Ansonsten sei er in seiner angestammten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen und zur Einlegung von Pausen sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig, sofern er nicht repetitiv Lasten von über 5 kg tragen und heben müsse und die Toilette gut erreichen könne.

3.4 Dr. F.____ berichtete am 11. November 2015, dass der Versicherte seinen letzten Schub im Oktober 2015 gehabt habe. Solche Schübe träten alle 2 - 3 Monate auf. Dr. F.____ attestierte dem Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit als Koch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Über die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Arbeit machte er keine Aussagen.

3.5 Pract. med. G.____, RAD schloss sich in der Stellungnahme vom 21. Januar 2016 der Beurteilung von Dr. F.____ an, wonach der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Koch und im Service seit 3. März 2015 zu 50 % arbeitsfähig sei. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten Verweistätigkeit, bei welcher er keine Lasten über 5 kg tragen oder heben müsse, die Toilette gut erreichen könne und die Möglichkeit zu Pausen und zu Wechselpositionen habe, eine 85%ige Arbeitsfähigkeit.

3.6 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens berichtete Prof. B.____ über seine erste Untersuchung des Versicherten vom 27. Februar 2017. Er äusserte den dringenden Verdacht auf ein periodisches Fiebersyndrom. In der Anamnese hielt er fest, dass die rezidivierenden Fieberschübe ca. 1- bis 2-Mal im Monat aufträten. Diese Schübe seien "gefolgt von Müdigkeit und Erschöpfung für 2 – 4 Tage". Unter den Diagnosen hielt er "rezidivierende Fieberschübe 2 – 3 Tage seit 5. Lebensjahr" fest.

3.7 In ihrer Stellungnahme vom 23. Mai 2017 erklärte pract. med. G.____, dass sie sich bei ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung vom 21. Januar 2016, wonach in einer Verweistätigkeit eine 85%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, auf die Angaben von Dr. E.____ und Dr. F.____ gestützt habe. Gemäss diesen Beurteilungen sei grundsätzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden des Versicherten angepassten Tätigkeit auszugehen. Sie habe weiter berücksichtigt, dass der Versicherte durchschnittlich einen Tag im Monat wegen eines Fieberschubs keiner Arbeit nachgehen könne; dies entspreche einer ca. 5%igen Arbeitsunfähigkeit. Zudem sei er aufgrund der Schmerzen reduziert leistungsfähig und benötige Pausen. Diese Einschränkungen habe sie mit einer 10%igen Arbeitsunfähigkeit Rechnung getragen. Unter Berücksichtigung der Angaben von Prof. B.____ gehe sie nun davon aus, dass der Versicherte durchschnittlich 4 Tage im Monat wegen eines Fieberschubes keiner Arbeit nachgehen könne. Die Leistungsfähigkeit sei durchschnittlich um "1 Stunde am Tag – mehr für 2 bis 4 Tage nach dem Schub, weniger an den anderen Tagen" eingeschränkt. Damit sei der Versicherte ab März 2015 in einer Verweistätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. In ihrer Stellungnahme vom 26. September 2017 führte sie präzisierend aus, dass der durch die Fieberschübe bedingte Arbeitsausfall von durchschnittlich 4 Tagen im Monat einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit gleichkomme (100 % = 20 Arbeitstage). Die durchschnittlich um 1 Stunde täglich reduzierte Leistungsfähigkeit entspreche bei einem Arbeitstag von 8,4 Stunden einer Leistungseinschränkung von 12 %. Damit bestehe

in einer Verweistätigkeit ab März 2015 insgesamt eine 32%ige (= 20 % + 12 %) Arbeitsunfähigkeit.

4.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts jeweils auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärztin pract. med. G.____ vom 21. Januar 2016, 23. Mai 2017 und 26. September 2017. Sie ging demzufolge in der angefochtenen Verfügung zuerst davon aus, dass es dem Versicherten aufgrund des Mittelmeerfiebers und dessen Symptomen ab März 2015 zuzumuten sei, unter Berücksichtigung von zusätzlichen Pausen eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 5 kg im Umfang von 85 % auszuführen. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Oktober 2017 kam die IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin vom 23. Mai 2017 und vom 26. September 2017 dann zum Schluss, dass der Versicherte ab März 2015 in einer Verweistätigkeit lediglich 70 % bzw. 68 % arbeitsfähig sei. Dieser Auffassung kann nicht ohne weiteres gefolgt werden. Die RAD-Ärztin nahm ihre Beurteilungen gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte vor. Dabei ging sie mit ihnen einig, dass der Versicherte bei einem Fieberschub vollständig arbeitsunfähig sei. Was die Häufigkeit und Dauer eines Fieberschubs anbelangt, ist demgegenüber festzustellen, dass die ärztlichen Angaben sehr vage und uneinheitlich sind. Dr. E.____ berichtete am 10. November 2014, dass der Versicherte alle 10 bis 14 Tage einen Fieberschub habe, der jeweils 1 – 2 Tage dauere. Gemäss Bericht von Dr. F.____ vom 11. November 2015 erkrankte der Versicherte nur alle 2 - 3 Monate am Mittelmeerfieber. Prof. B.____ hielt sodann fest, dass aktuell ein Fieberschub 1 – 2 Mal im Monat auftrete. Seine weiteren Ausführungen zur Dauer eines Schubes sind nicht eindeutig. Die RAD-Ärztin interpretierte die Angaben von Prof. B.____ dahingehend, dass ein Fieberschub 2 - 3 Tage anhalte und anschliessend wegen Müdigkeit für 2 – 4 Tage eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Die Formulierung von Prof. B.____ kann jedoch auch dahingehend verstanden werden, dass der Versicherte nach einem 2- bis 3tägigen Fieberschub für 2 – 4 Tage vollständig arbeitsunfähig ist, spricht dieser doch nicht von einer blossen Leistungsverminderung. Es ist aber auch möglich, dass sich entweder in der Diagnosestellung oder in der Anamnese ein Schreibfehler eingeschlichen hat. Demnach könnte ein Fieberschub entweder 2 – 3 Tage oder 2 – 4 Tage dauern. In diesem Fall konnte Prof. B.____ die Frage einer verminderten Leistungsfähigkeit bewusst offen gelassen oder eine solche implizit verneint haben. Unabhängig von der Frage, welcher Interpretation zu folgen ist, ist insgesamt festzustellen, dass die monatliche Anzahl der arbeitsunfähigen Tage infolge des Mittelmeerfiebers je nach Arztbericht variiert. Um den Umfang der Arbeitsunfähigkeit mit genügender Sorgfalt bestimmen zu können, bedarf es aber verlässlicher Angaben über Anzahl und Dauer der Fieberschübe während einer gewissen Zeitspanne. Ausserdem muss klar sein, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang nach einem Schub bei der Ausübung einer Arbeit eine verminderte Leistungsfähigkeit besteht. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist jedoch eine solche Beurteilung nicht möglich, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Dies hat zur Folge, dass die Einschätzungen der RAD-Ärztin ebenfalls nicht beweistauglich sind.

4.2 Werden die Berechnungen der RAD-Ärztin einer näheren Prüfung unterzogen, ist festzustellen, dass sie unklar sind. Nach Vorliegen des Berichts von Prof. B.____ vom 27. Februar 2017 ging sie in ihrer Stellungnahme vom 23. Mai 2017 davon aus, der Versicherte sei durchschnittlich 4 Tage im Monat arbeitsunfähig (= 20 %) und in seiner Leistungsfähigkeit durch-

schnittlich 1 Stunde pro Tag (= 10 %) eingeschränkt. In ihrer Stellungnahme vom 26. September 2017 wies sie darauf hin, dass sie fälschlicherweise von einer 8-Stunden-Woche anstelle einer 8,4-Stunden-Woche ausgegangen sei. Die Leistungseinschränkung betrage richtigerweise 12 %. Für die Berechnung wies sie darauf hin, dass die "eingeschränkte Leistung von durchschnittlich 1 Stunde am Tag – mehr für 2 bis 4 Tage nach dem Schub, weniger an den anderen Tagen" betrage. Aufgrund dieser Formulierung kann jedoch ihre Berechnung einer Leistungseinschränkung von durchschnittlich 1 Stunde nicht nachvollzogen werden. Es kann somit nicht beurteilt werden, ob die von der RAD-Ärztin ermittelte Leistungseinschränkung den Tatsachen entspricht.

4.3 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 relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2017 aufzuheben. Die IV-Stelle, an welche die Angelegenheit zurückzuweisen ist, hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nochmals medizinisch abklären zu lassen. Zur Abklärung der Häufigkeit und der Dauer der Fieberschübe empfiehlt sich eine mehrmonatige Verlaufsbeobachtung. In dieser Hinsicht ist der Versicherte auf seine Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG hinzuweisen, wonach er sich zumutbaren ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen hat. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen medizinischen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5.1 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).

5.2 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 - 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.

5.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Darunter sind die Kosten zu verstehen, die einer Beschwerde führenden versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw.

eines Rechtsanwalts entstanden sind. Da der obsiegende Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist, sind ihm vorliegend keine Parteikosten entstanden. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens können deshalb wettgeschlagen werden.

6.1 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).

6.2 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.

6.3 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 **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 31. Mai 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.