



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. Februar 2018 (720 17 150 / 50)

Invalidenversicherung

**Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung des regional-ärztlichen Dienstes.
Rückweisung der Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung.**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.____ ist gelernter Lastwagenmechaniker. Nachdem er einige Jahre auf diesem Beruf gearbeitet hatte, übernahm er im Jahr 1999 den väterlichen Transportbetrieb. Gemäss eigenen Angaben anlässlich der letzten medizinischen Begutachtung im Jahre 2011 war er seit 2009 nicht mehr arbeitstätig. Ende Oktober 2009 hat sich A.____ wegen eines Herzfehlers und eines Burnouts erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Im Rahmen der Abklärungen seiner gesundheitlichen Verhältnisse ist er in der Folge vom Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) orthopädisch und psychiatrisch be-

gutachtet worden. Gestützt auf die Ergebnisse im entsprechenden Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011 wies die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 31. Mai 2012 ab.

B. Nachdem im Mai 2015 am linken Hüftgelenk eine Totalprothese eingesetzt und im Dezember 2015 eine Lumbaldekompression vorgenommen worden war, meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein versteiftes rechtes Handgelenk sowie Rücken- und Hüftbeschwerden im August 2016 erneut zum Leistungsbezug bei der IV an. Die IV-Stelle holte in der Folge die entsprechenden medizinischen Berichte ein und legte den Fall ihrem regional-ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor. Nachdem der RAD dem Versicherten weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit an einem dem versteiften Handgelenk adaptierten Arbeitsplatz bescheinigt hatte, lehnte sie den Anspruch auf eine IV-Rente mit Verfügung vom 4. April 2017 ab.

C. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 25. April 2017 Beschwerde am Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ein gerichtliches Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit anzuordnen; eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, die entsprechenden medizinischen Abklärungen selbst vorzunehmen. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass aus den Berichten des Kantonsspitals Aarau, auf welche sich der RAD bei der Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse abgestützt habe, nicht der Schluss gezogen werden könne, dass er nicht mehr unter Rückenbeschwerden leide. Sein Hausarzt habe vielmehr festgehalten, dass er leichte Tätigkeiten im Sitzen lediglich während zwei Stunden ausüben könne. Ausserdem halte der Hausarzt fest, dass im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) praktisch auf allen Bewegungsebenen und auch an der Hüfte Schmerzen bestünden. Schliesslich bestehe der hausärztlichen Einschätzung zufolge eine depressive Grundstimmung. Dass die IV-Stelle keine neue medizinische Begutachtung in Auftrag gegeben habe, sondern ausschliesslich auf der Basis des RAD entschieden habe, sei unter diesen Umständen nicht statthaft.

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 13. Juli 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Die Beurteilung des RAD sei nicht zu beanstanden.

E. Mit Replik vom 9. November 2017 hielt der Beschwerdeführer fest, dass für die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit keinesfalls auf das ZMB-Gutachten aus dem Jahre 2011 abgestellt werden könne. Ausser der Aktenbeurteilung durch den RAD sei seither keine medizinische Beurteilung mehr erfolgt. Ausserdem seien seine Schmerzen am linken Handgelenk und die Versteifung des rechten, dominanten Handgelenks unberücksichtigt geblieben. Im Ergebnis sei festzustellen, dass ein verschlechterter Gesundheitszustand vorliege, jedoch nie eine entsprechende Begutachtung stattgefunden habe.

F. Mit Duplik vom 5. Dezember 2017 hielt die IV-Stelle an der Abweisung der Beschwerde fest. Die Einschränkungen hinsichtlich der Handgelenksproblematik seien bereits im Tätigkeitsprofil des ZMB-Gutachtens mitberücksichtigt worden.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

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. 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

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

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

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

3. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente besitzt. Strittig ist insbesondere, in welchem Ausmass er aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.2 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde somit auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt allenfalls ausschliesslich auf versicherungsinterne

medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

3.4 Nach ständiger Rechtsprechung hat das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit angefochtener Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorgelegen hat (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Daraus folgt, dass für die Beurteilung der künftig massgebenden Verhältnisse grundsätzlich jener medizinische Sachverhalt massgebend ist, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 4. April 2017 vorgelegen hat.

4.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht die Aktenbeurteilung des RAD durch Dr. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 19. Dezember 2016. Daraus geht hervor, dass eine massgebliche und dauerhafte Funktionseinschränkung des Achsenorgans bezüglich einseitiger Belastungen spätestens seit dem Wirbelsäuleneingriff nachvollziehbar sei. Damit sei auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr zumutbar. In einer dem Rücken angepassten Tätigkeit sei hingegen in einer körperlich leichten Arbeit mit spontaner Wechseltätigkeit spätestens seit dem Untersuchungszeitpunkt der Halbjahres-Verlaufskontrolle vom 14. Juni 2016 wieder eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit im Umfang von 100% gegeben. Für den Zeitraum zwischen dem 10. Dezember 2015 und dem 14. Juni 2016 könne auf die Arbeitsunfähigkeits-Atteste des Hausarztes im Umfang einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Die vom Hausarzt angesprochene depressive Grundstimmung sei weder per se noch im medizinischen Kontext als massgeblich die Arbeitsfähigkeit reduzierend einzustufen. Eine psychiatrische Diagnose mit bleibenden Einschränkungen nach ausgeschöpfter, leitliniengerechter Therapie sei nicht ausgewiesen. Gemäss den medizinischen Daten im Untersuchungsbericht des chirurgischen Spezialisten sei ab dem 8. März 2016 eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zumutbar gewesen. Diese Beurteilung weiche von jener des Hausarztes ab, der letztlich jedoch keine konkreten Schmerzen aufführe und keine medizinischen Befunde präsentiere, welche den Versicher-

ten ohne Berücksichtigung der subjektiven Schmerzangaben in einer angepassten Tätigkeit massgeblich limitieren würden. Qualitative oder quantitative Funktionseinschränkungen, die ausgerechnet eine nur 35%-ige Restarbeitsfähigkeit begründen, würden vom Hausarzt nicht vorgelegt. Das rechte Handgelenk sei offensichtlich versteift worden, so dass diesbezüglich ebenfalls eine entsprechende ergonomische Anpassung der Arbeitsplatzsituation und des Anforderungsprofils erforderlich sei. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit könne dieser Umstand jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Der Fall sei „medizinisch komplex dokumentiert“, weshalb weitere medizinische Abklärungen gegenwärtig nicht erforderlich seien, sondern eine versicherungsmedizinische Fallbeurteilung nach Aktenlage vertretbar erscheine.

4.2 Den Akten sind folgende weitere medizinischen Unterlagen von Relevanz zu entnehmen:

4.2.1 Gemäss der Gesamt-Beurteilung im ZMB-Gutachten vom 5. Juli 2011 zeige der Versicherte auf orthopädischer Ebene eine Schmerzsymptomatik des linken Handgelenks und eine leichte Kraftminderung. Am rechten Handgelenk sei eine deutliche Bewegungseinschränkung als Folge einer posttraumatisch durchgeführten Arthrodese zu erheben. Es bestehe eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit des linken Handgelenks bei Uricopathie. Aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms seien dem Versicherten schwere rückenbelastende Tätigkeiten mit regelmässigem Bücken und Arbeiten in Zwangshaltung nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Handgelenksproblematik seien ausserdem schwere handbelastende Tätigkeiten, die bimanuelle Kraft benötigen würden, sowie feinmotorische manuelle Tätigkeiten weder zumutbar noch möglich. Aufgrund der kardiologischen Befunde seien ebenfalls keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr zumutbar. Rein medizinisch beurteilt seien dem Versicherten alle Tätigkeiten zumutbar, die kein regelmässiges Bücken mit sich bringen, bei denen regelmässiges Halten und Heben von Lasten über 10 Kilogramm vermieden werde, keine ausgesprochen rückenbelastenden Tätigkeiten und sonstig körperlich schwer belastenden Arbeiten beinhalten sowie keine Arbeiten mit sich bringen würden, die eine volle Funktionsfähigkeit der Handgelenke sowie eine Kraftanwendung in den Händen verlangen.

4.2.2 Gemäss Operationsbericht des Spitals C.____ vom 9. Januar 2012 sei infolge eines beidseitig symptomatischen CAM Impingements mit erheblichen Beschwerden am 6. Januar 2012 eine Arthroskopie am rechten Hüftgelenk mit Bump-Abtragung und partieller Labrumresektion durchgeführt worden.

4.2.3 Gemäss Operationsbericht des Spitals C.____ vom 22. Februar 2012 sei nach vorangehender gleicher Operation auf der rechten Seite nunmehr bei starken Schmerzen auf der linken Hüftseite am 17. Februar 2012 eine Arthroskopie auch am linken Hüftgelenk mit einer Bump-Abtragung und partieller Labrumresektion, partieller Synovektomie und Kapsulektomie durchgeführt worden. Auf der rechten Seite sei der Patient unbelastet beschwerdefrei.

4.2.4 Gemäss Bericht des Spitals C.____ vom 12. Juli 2012 habe sich der Versicherte am 7. Juni 2012 zur geplanten Nachkontrolle nach Status nach Hüft-Arthroskopie vorgestellt. Zwi-

schenzeitlich würde es ihm bezüglich der rechten Hüfte sehr gut gehen. Die linke Hüfte würde ab und zu noch schmerzen. Der Verlauf sei erfreulich. Es könne weiterhin von einer Besserung der linken Hüfte ausgegangen werden.

4.2.5 Gemäss Operations-Bericht des Spitals D.____ vom 18. Mai 2015 sei eine beidseitige Coxarthrose, links beschwerdeführend, bei Status nach beidseitiger Hüftgelenksarthroskopie zu diagnostizieren. In der Zusammenschau der klinischen und radiologischen Befunde sei die Indikation zur Implantation einer Hüft-Totalprothese auf der linken Seite gestellt worden. Die entsprechende Operation habe am 19. Mai 2015 stattgefunden.

4.2.6 Der Hauptdiagnose gemäss Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 10. Dezember 2015 zufolge leide der Versicherte hauptsächlich an einer Claudicatio spinalis bei epiduraler Lipomatose L2-S1 sowie an einer claudicatioformen Lumbalgie bei mehrsegmentalen Veränderungen der LWS, einer Spondylarthrose L3-S1 und einer Spondylolyse L5/S1. Im Rahmen des stationären Aufenthalts sei infolge dieser Diagnostik am 10. Dezember 2015 eine Spondylodese und eine TLIF L5/S1 durchgeführt worden. Der Patient klage seit Jahren über Beschwerden im LWS-Bereich. Seit dem letzten Sprechstundenbericht habe sich die Symptomatik verschlechtert. Er klage über Schmerzen tieflumbal, die über das Gesäss auf die laterale Seite des rechten Oberschenkels ziehen würden. Beim Gehen würden die Schmerzen stärker und es kämen Kribbelparästhesien im Bereich der Aussenseite der Wade hinzu. Schmerzen beständen insbesondere beim Anlaufen. Bei nunmehr auch radikulären Symptomen und neu im MRI diagnostizierter epiduraler Lipomatose mit Enge auf Höhe L2-S1 sei eine Dekompression der oberen Segmente ab L2 nach caudal besprochen worden. Der Eingriff habe ohne Probleme durchgeführt werden können.

4.2.7 Gemäss Bericht des Spitals D.____ vom 8. März 2016 sei der Patient mit dem postoperativen Verlauf nach erfolgter Dekompression am 10. Dezember 2015 zufrieden. Er klage noch über unwesentliche Rückenschmerzen.

4.2.8 Dem Bericht des Spitals D.____ vom 14. Juni 2016 zufolge zeige sich eine schöne interkorporelle Konsolidation. Der Patient sei lumbal soweit schmerz- und beschwerdefrei, eine Claudicatio spinalis bestehe keine mehr. Betreffend die Hüfte klage er seit dem Hüfteingriff über mittelgradige Schmerzen beim Liegen links. Anzustreben sei nunmehr eine Normalisierung des Alltags. Wegen der Hüfte und dem Rücken könne er künftig sicherlich nicht mehr als LKW-Chauffeur arbeiten.

4.2.9 Gemäss Bericht des Hausarztes Dr. E.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 4. Oktober 2016 seien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige Coxarthrose sowie fortgeschrittene degenerative Veränderungen an der LWS zu diagnostizieren. Der Patient sei durch chronische Schmerzen stark belastet und dadurch in seinem Allgemeinzustand reduziert. Es beständen praktisch auf allen Bewegungsebenen Schmerzen an der LSW und Hüftschmerzen bei reduzierter Ad- und Abduktion sowie bei der Flexion beider Hüften. Im Rahmen der chronischen Schmerzbelastung und als Folge der beruflichen Inaktivität bestehe eine depressive Grundstimmung. Die Gehstrecke betrage knapp einen Kilometer. Im Zusammenhang mit den

Fragen zur bisherigen Tätigkeit ist dem Bericht des Hausarztes zu entnehmen, dass leichte Tätigkeiten im Stehen und Sitzen während rund zwei Stunden möglich seien. Danach benötige der Patient eine längere Erholungszeit im Umfang von teils mehr als 24 Stunden. Das Be- und Abladen von Lasten als LKW-Fahrer sei künftig nicht mehr möglich. Der Versicherte benötige lange Arbeitspausen selbst bei einer Wechseltätigkeit und bei einer maximal mässigen Belastung. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte Tätigkeit während plus/minus sechs Stunden pro Tag sei wohl möglich, bei genügend extensiven Pausen allenfalls auch während achteinhalb Stunden.

5.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass nicht auf die RAD-Beurteilung vom 19. Dezember 2016 abgestellt werden könne. In diesem Zusammenhang macht er insbesondere geltend, dass er der hausärztlichen Einschätzung zufolge in einer leichten Verweistätigkeit lediglich noch im Umfang von 35% arbeitsfähig sei. Vorab ist klarzustellen, dass er dabei einem Irrtum unterliegt. In seinem Bericht vom 4. Oktober 2016 geht Dr. E._____ explizit davon aus, dass dem Versicherten eine leichte Verweistätigkeit während rund sechs Stunden pro Tag, bei genügend extensiven Pausen allenfalls gar eine vollzeitliche Verweistätigkeit, zumutbar sei (oben, Erwägung 4.2.9). Die Ausführungen des Hausarztes, dass leichte Tätigkeiten im Stehen und Sitzen noch während lediglich rund zwei Stunden pro Tag möglich seien, beziehen sich auf die angestammte Tätigkeit des Versicherten als LKW-Chauffeur, für welche der Hausarzt zwischen schweren Belastungen einerseits und leichten Arbeiten andererseits unterscheidet. Nichts desto trotz aber ist der Auffassung des Beschwerdeführers zuzustimmen, wonach nicht auf den RAD-Bericht vom 19. Dezember 2016 abgestellt werden kann. Wie oben ausgeführt (oben, Erwägung 3.2), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Beurteilungen versicherungsinterner Herkunft bei der Beweiswürdigung nur dann volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn keine auch nur geringen Zweifel gegen deren Zuverlässigkeit sprechen. Solche Zweifel liegen hier vor.

5.2.1 Der RAD-Arzt geht in seiner Beurteilung vom 19. Dezember 2016 davon aus, dass Dr. Hollenstein keine Funktionseinschränkungen vorzulegen in der Lage sei, wonach ausgerechnet eine nur 35%-ige Restarbeitsfähigkeit vorliege. Damit unterliegt er offenbar dem gleichen Irrtum wie der Beschwerdeführer. Es kann auf das soeben Gesagte verwiesen werden: Die Aussage des Hausarztes, leichte Tätigkeiten seien im Stehen und Sitzen während lediglich noch rund zwei Stunden pro Tag möglich, bezieht sich auf die angestammte Tätigkeit des Versicherten als LKW-Chauffeur (oben, Erwägung 5.1). Die Stellungnahme des RAD geht mithin bereits in grundsätzlicher Hinsicht an der Sache vorbei. Sodann attestiert Dr. E._____ dem Versicherten in einer leichten Verweistätigkeit allenfalls eine Restarbeitsfähigkeit für die Dauer von achteinhalb Stunden pro Tag mit Gewährung genügend extensiver Pausen (oben, Erwägung 4.2.9). Den Aussagen des Hausarztes lässt sich keine präzise Quantifizierung des notwendigen Pausenbedarfs entnehmen. Hierzu nimmt der RAD-Arzt in seinem Bericht vom 19. Dezember 2016 keine Stellung. Dessen Einschätzung erweist sich mithin auch als unvollständig.

5.2.2 Im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden des Versicherten kann dem ZMB-Gutachten (oben, Erwägung 4.2.1) entnommen werden, dass dem Versicherten alle leichten Tätigkeiten zugemutet werden können, sofern damit weder ein regelmässiges Bücken noch

allfällige Arbeiten in Zwangshaltung verbunden sind. Aus dem Bericht des RAD vom 19. Dezember 2016 geht zwar ebenfalls hervor, dass nur noch eine leichte körperliche Arbeit mit spontaner Wechseltätigkeit zumutbar sei. Allerdings sind in den Erläuterungen des RAD keine zusätzlichen Einschränkungen erwähnt, wie sie noch im Gutachten des ZMB hinsichtlich des Bückens und der Zwangshaltung formuliert worden sind. Mit diesen zusätzlichen Limitierungen würde das Leistungsprofil qualitativ zweifelsohne zusätzlich eingeschränkt. Dass diese zusätzlichen Einschränkungen nach der im Dezember 2015 durchgeführten Spondylolyse neuerdings nicht mehr berücksichtigt werden müssen, erscheint zweifelhaft. Dem RAD-Bericht lässt sich in diesem Zusammenhang immerhin entnehmen, dass spätestens seit dem Wirbelsäuleneingriff im Dezember 2015 eine „massgebliche und dauerhafte Funktionseinschränkung“ des Achsenorgans bestehe. Bei dieser Aktenlage liegt die Vermutung nahe, dass die im ZMB-Gutachten im Jahre 2011 zusätzlich attestierten Einschränkungen vom RAD nunmehr übersehen worden sind. Jedenfalls bleibt unbeantwortet, weshalb die im ZMB-Gutachten dazumal zusätzlich attestierten Einschränkungen neuerdings keine Gültigkeit mehr besitzen. Es tritt hinzu, dass der RAD mit keinem Wort auf die bildgebend dokumentierten Befunde eingeht, wie sie einerseits dem ZMB-Gutachten (a.a.O., S. 20) und andererseits dem Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 10. Dezember 2015 entnommen werden können. Während die im ZMB-Gutachten analysierten Röntgenaufnahmen der LWS eine präsakrale Spondylarthrose lediglich geringer Ausprägung ausgewiesen haben, zeigen die im November 2015 angefertigten Röntgenbilder mittlerweile spondylolytische Veränderungen auf praktisch sämtlichen Etagen in akzentuierter Form insbesondere im Bereich der unteren Brustwirbelsäule. Ob und allenfalls in welchem Umfang diese offenbar progrediente Entwicklung die theoretisch zumutbare Verweistätigkeit des Versicherten trotz oder gerade infolge der im Dezember 2015 erfolgten Dekompression zusätzlich beeinflusst, wird vom RAD in keiner Weise beantwortet.

5.2.3 Bereits anlässlich der Begutachtung durch das ZMB im Jahre 2011, deutlicher im nachfolgenden Bericht des Spitals D.____ vom 18. Mai 2015 (oben, Erwägung 4.2.5), ist von einer beidseitigen Coxarthrose die Rede. Auch wenn dazumal die linke Hüftseite als beschwerdeführend bezeichnet worden war, nimmt der RAD nunmehr keine Stellung zur rechten Hüfte. Eine entsprechende Präzisierung wäre aber umso mehr von Nöten gewesen, weil Dr. E.____ am 4. Oktober 2016 die weiterhin beidseitig geklagten Hüftschmerzen mit objektivierbaren Befunden in Form einer reduzierten Ad- und Abduktion sowie einer reduzierten Flexion an *beiden* Hüften begründet hat. Es tritt hinzu, dass eine Coxarthrose notorisch einer gewissen Progredienz unterliegt. Der Auffassung des RAD, dass eine versicherungsmedizinische Fallbeurteilung vertretbar erscheine, ist unter diesen Umständen zu widersprechen. Insbesondere die Frage, ob der Versicherte tatsächlich vorwiegend noch sitzende Tätigkeiten verrichten kann, erweist sich bei dieser Aktenlage als ungeklärt. Zwecks Beantwortung dieser Frage wäre der Versicherte mit Blick auf die hausärztlichen Befunde persönlich zu untersuchen gewesen.

5.2.4 Im Zusammenhang mit den Beschwerden an den Handgelenken ist sodann ebenfalls bereits im ZMB-Gutachten festgehalten, dass feinmotorische Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit beidseitigem Kraftaufwand künftig nicht mehr möglich sind. Im Verweisungsprofil des RAD sind diese zusätzlichen Einschränkungen nicht erwähnt. Weshalb dem so sein soll, bleibt offen.

5.2.5 In seiner Beurteilung vom 19. Dezember 2016 geht der RAD fast ausschliesslich auf die orthopädischen Probleme des Versicherten ein. Soweit er mit Blick auf den im Bericht des Hausarztes vom 4. Oktober 2016 erwähnten Hinweis einer depressiven Erkrankung des Versicherten ausserdem festhält, dass keine psychiatrische Diagnose ausgewiesen sei, ist ihm zuzustimmen. Mangels einer konkreten psychiatrischen Diagnosestellung sowie mangels Angabe einer allenfalls resultierenden Arbeitsunfähigkeit aus rein psychischen Gründen besteht bei der aktuell vorliegenden Aktenlage keine Veranlassung, auch die psychiatrischen Verhältnisse des Versicherten näher abzuklären. Daran ändert auch nichts, dass im Gutachten des ZMB aus dem Jahr 2011 noch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert worden war.

5.3 Zusammenfassend greift die Betrachtungsweise des RAD mit Blick auf die somatischen Verhältnisse zu kurz. In Anbetracht der dargelegten Unzulänglichkeiten bestehen gewichtige Zweifel an der durch den RAD vorgenommenen Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Weder die im Zentrum stehende RAD-Beurteilung vom 19. Dezember 2016 noch die übrigen medizinischen Akten lassen dabei eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu. Die Angelegenheit bedarf bei diesem Ergebnis zusätzlicher Abklärungen.

5.4 Im Entscheid 137 V 210 ff. hat das Bundesgericht die bisherige ständige Rechtsprechung, wonach das kantonale Gericht prinzipiell die freie Wahl hatte, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten, geändert. Es hat erkannt, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen hat und eine Rückweisung an die IV-Stelle nur noch in Ausnahmefällen erfolgen soll. Da es Aufgabe der Verwaltung und nicht der Beschwerdeinstanz ist, für eine erstmalige vollständige Erhebung des massgebenden Sachverhaltes besorgt zu sein, liegt ein solcher Ausnahmefall etwa vor, wenn ein relevanter Aspekt des medizinischen Sachverhaltes durch die Verwaltung nicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Gleiches gilt, wenn sich die Verwaltung auf Unterlagen stützt, welche die medizinische Situation der versicherten Person nur unzureichend wiedergeben. Beide Punkte sind nach dem vorstehend Gesagten auch hier gegeben. Somit aber ist eine Rückweisung an die IV-Stelle vorzunehmen. Die angefochtene Verfügung vom 4. April 2017 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese wird den aktuellen Gesundheitszustand und die Frage der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten innert nützlicher Frist durch ein externes Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird die IV-Stelle anschliessend so rasch als möglich über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei

als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2; BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

6.2 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 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 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. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden und der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.— an den Beschwerdeführer zurück zu erstatten ist.

6.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Sein Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 28. Dezember 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9 ³/₄ Stunden geltend gemacht, was sich angesichts des doppelten Schriftenwechsels und der sich dabei stellenden Sach- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig 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. 69.—. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung gemäss Honorarnote in der Höhe von Fr. 2'707.— (inkl. Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

7. 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).

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. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. 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.
 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. 2'707.— (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.