



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. April 2018 (720 17 279 / 97)

Invalidenversicherung

Zweifel an einer versicherungsinternen Beurteilung des regional-ärztlichen Dienstes, welche sich auf ein knapp sechs Jahre altes Gutachten stützt, das durch den Krankenversicherer in Auftrag gegeben worden war.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Martin Dumas, Advokat, Rümelinsplatz 14, Postfach, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1956 geborene A.____ hat seit 1980 bei der B.____ AG in Muttenz als C.____ gearbeitet. Am 26. Oktober 2010 teilte die Arbeitgeberin dem zuständigen Krankenversicherer D.____ mit, dass A.____ seit dem 30. September 2010 100% arbeitsunfähig sei. Die D.____ richtete dem Versicherten in der Folge entsprechende Taggelder aus.

B. Am 18. Februar 2011 meldete sich A.____ unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Probleme, insbesondere Erkrankungen der Hände, der Wirbelsäule und der Hüfte, bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an.

C. Am 2. Mai 2011 gab die D.____ ein polydisziplinäres Gutachten beim BEGAZ in Auftrag. Dieses erging am 15. August 2011. Obwohl die medizinische Abklärung beim BEGAZ im Gange war, veranlasste die D.____ Ende Mai 2011 eine Observation des Versicherten. Nach Konfrontation mit den Observationsergebnissen verzichtete dieser am 6. September 2011 auf sämtliche Versicherungsleistungen und Lohnansprüche gegenüber der Arbeitgeberin. Die D.____ verzichtete im Gegenzug auf die Rückforderung der bisher ausgerichteten Taggelderleistungen. Mit Schreiben vom 22. September 2011 widerrief A.____ seinen Leistungsverzicht.

D. Am 5. September 2012 erhob der Versicherte Klage gegen die D.____. Er beantragte, es sei festzustellen, dass seine Verzichtserklärung vom 6. September 2011 nichtig sei. Weiter sei die D.____ zur Zahlung von Fr. 13'109.60 zu verurteilen. Soweit darauf einzutreten war, hiess das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), die Klage mit Urteil vom 12. September 2013 gut und verpflichtete die D.____, dem Kläger Fr. 13'109.60 zu bezahlen. Dabei hielt es im Wesentlichen fest, dass der Observationsbericht für sich allein keine sichere Basis für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bilde. Das Bildmaterial der Observation sei unergiebig, da die gefilmten Handlungen des Versicherten in Bezug auf dessen Leistungsvermögen nicht den Ergebnissen des BEGAZ-Gutachtens widersprechen würden. Die Verzichtserklärung vom 6. September 2011 erweise sich als ungültig. Die Leistungspflicht des Versicherten sei gestützt auf die attestierte Arbeitsfähigkeit im BEGAZ-Gutachten vom 15. August 2011 zu beurteilen. Dieses geniesse vollen Beweiswert.

E. Mit Verfügungen vom 4. Juli 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. September 2011 eine ganze Rente, ab 1. Januar 2012 eine Dreiviertelrente, ab 1. Februar 2012 eine halbe Rente und ab 1. April 2012 eine Viertelsrente der IV zu. Gestützt auf einen für die Zeit ab 1. März 2012 errechneten Invaliditätsgrad von 32% befristete sie ihre Rentenleistungen bis Ende Mai 2012.

F. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Martin Dumas, am 12. September 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte, die Verfügungen der IV-Stelle vom 10. Juli 2017 seien aufzuheben. Es sei ihm ab 1. September 2011, eventualiter ab 1. Februar 2015, eine ganze IV-Rente, eventualiter eine Teilrente, zuzusprechen. Nötigenfalls sei zwecks Feststellung der gesundheitlichen Einschränkungen bzw. deren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit vorab ein gerichtliches Gutachten erstellen zu lassen; eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung sowie zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

G. Mit Vernehmlassung vom 19. Oktober 2017 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf einen Bericht ihres regional-ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. September 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

H. Anlässlich der Urteilsberatung vom 21. Dezember 2017 gelangte das Gericht zur Auffassung, dass der Entscheid auszustellen und dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben sei. Da der Sachverhalt unvollständig abgeklärt sei, ziehe das Gericht in Betracht, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen die Streitsache in Bezug auf die Rentenzusprache zur weiteren Abklärung und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Weil damit jedoch Bestehen und Umfang des Rentenanspruchs des Versicherten wieder offen stünden, müsse ihm vorerst Gelegenheit eingeräumt werden, seine Beschwerde allenfalls zurückzuziehen.

I. Mit Eingabe vom 22. Januar 2018 teilte der Beschwerdeführer dem Gericht mit, an seiner Beschwerde festzuhalten.

Auf die einzelnen Parteistandpunkte 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 kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 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 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt

zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.1 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.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

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 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).

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. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu-

geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.5 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-)Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, erkennt die Rechtsprechung ebenfalls Beweiswert zu. Es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 ff. mit Hinweis).

3.6 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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 451 Rz 43 ff.).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob und allenfalls in welcher Höhe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine unbefristete IV-Rente besitzt und in diesem Zusammenhang, wie hoch seine Restarbeitsfähigkeit ausfällt.

4.1 Im BEGAZ-Gutachten vom 15. August 2011 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit persistierenden Schmerzen, eine Schwäche sowie ein Schwellungsgefühl in beiden Händen bei Status nach Karpaltunnelsplattung, eine Polyarthrose, ein symptomatischer Fersensporn beidseits sowie eine Epicondylopathia humeri radialis beidseits diagnostiziert. Aus rheumatologischer Sicht könnten dem Versicherten aufgrund der degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts lediglich noch leichte bis maximal

intermittierend mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten zugemutet werden. Des Weiteren wirke sich die beidseitige mediale und retropatellare Gonarthrose einschränkend aus. Aufgrund dieser Veränderungen könne der Versicherte keine Arbeiten mehr ausführen, welche ein Gehen auf unebenem Grund, wiederholtes oder dauerndes Steigen auf Leitern oder Treppen und Arbeiten in der Höhe sowie wiederholtes oder dauerndes Knien notwendig machten. Die Veränderungen im Bereich der Hände verunmöglichten manuell stark belastende Tätigkeiten, insbesondere feinmechanische Arbeiten. Da es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine vorwiegend stehende Arbeit, verbunden mit Gehen auf unebenem Grund und zum Teil hoher Gewichtsbelastung handle, könne dem Versicherten die Arbeit als Sicherheitswächter aus rheumatologischer Sicht langfristig nur noch zu maximal 50% zugemutet werden. Infolge seiner Dekonditionierung sei ein schrittweiser Einstieg wichtig. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne dem Versicherten vollschichtig zugemutet werden. Auch hier sei ein schrittweiser Aufbau des Pensums vorzunehmen, beginnend mit einem 30%-Pensum und einer Steigerung um 10-20% etwa alle drei Wochen.

4.2 Mit Arztbericht vom 13. Februar 2015 nahm der behandelnde Hausarzt des Versicherten, Dr. E.____, FMH Allgemeine Medizin, Stellung zum rheumatologischen Gutachten des BEGAZ. Dieses sei zu einfach und zu oberflächlich abgefasst worden. Insbesondere sei die Untersuchung der Schultern zu pauschal ausgefallen. Bereits die Anamnese und die Untersuchung hätten sich durch die muskuläre Anspannung des Patienten offenbar sehr schwierig gestaltet, so dass die Gutachterin nicht alle Ausmessungen ausführlich und schlüssig hätte durchführen können. Die Untersuchung auch der Hände sei sehr einfach ausgestaltet gewesen. Die Abklärung betreffend Fibromyalgie habe sich lediglich auf einfache Masseinheiten beschränkt. Mittlerweile seien neue Scores entstanden, die eine bessere und präzisere Diagnose erlauben würden. Es brauche ein neues Gutachten mit einer ausführlichen handchirurgischen und ergotherapeutischen Beurteilung vorzugsweise durch ein universitäres Institut. Beim Patienten würden Arthrosen und entsprechende Belastungen der Muskulatur bestehen. Insbesondere seien Sehnenansatzentzündungen vorhanden. Die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule seien erheblich und hätten seit dem letzten Gutachten sicher zugenommen. Dafür sei ebenfalls eine ergänzende orthopädische Abklärung notwendig. Die leichte depressive Grundstimmung sei als reaktiv zu betrachten und habe keinen grossen Krankheitswert. Zusammengefasst sei der Patient aufgrund der manuellen Einschränkung nicht mehr arbeitsfähig für Arbeiten im Gleisbau. Langes Stehen und Gehen auf unebenem Gelände sei ihm aufgrund der multiplen degenerativen Gelenkerkrankungen nicht mehr zuzumuten. Die Arbeit als Sicherheitswächter sei auch aufgrund der Dauerschmerzen und der damit notwendigen medikamentösen Behandlung, welche die Konzentration und die Aufmerksamkeit einschränken könnten, zu riskant. Als berufliche Ausübung sei lediglich eine leichte Chauffeurstätigkeit oder eine leichte Verweistätigkeit anzunehmen.

4.3 Gemäss Beurteilung des regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle vom 4. Januar 2016 nehme der Versicherte gemäss Dr. E.____ Antidepressiva ein, bei welchen als Nebenwirkung eine Tagesmüdigkeit bekannt sei, die jedoch bei Minimaldosis abends eingenommen nicht in relevantem Ausmass auftrete. Schmerzmittel mit Einfluss auf die Konzentrationsfähigkeit würden keine eingenommen. Damit bleibe es bei der bisherigen Einschätzung. Es bestehe

keine Notwendigkeit, ein neues Gutachten zu veranlassen, solange nicht glaubhaft gemacht sei, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert haben könnte.

4.4 Gemäss Bericht des Spitals F.____ vom 8. Januar 2016 leide der Patient seit rund drei Monaten unter belastungsabhängigen brennenden Schmerzen der Fusssohlen. Die Schmerzen würden insbesondere nach zweistündigem Gehen auftreten. Zwecks Schmerzreduktion würde er dann teilweise ganz schräg gehen. Eine Polyneuropathie der grossen Nervenfasern habe zum aktuellen Zeitpunkt nicht als Ursache nachgewiesen werden können. Dies schliesse das Vorliegen einer Small-fiber-Neuropathie jedoch nicht gänzlich aus. Etwas atypisch hierfür wäre jedoch das belastungsabhängige Auftreten. Differentialdiagnostisch seien die statischen orthopädischen Veränderungen der Füsse für die Schmerzen verantwortlich.

4.5 Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 10. Februar 2016 seien eine medial und patellofemoral betonte Gonarthrose beidseits bei varischer Beinachse und eine Adipositas zu diagnostizieren. Die Konsultation erfolge zwecks Besprechung des MRI. Die Knie-schmerzen seien unverändert. Diese manifestierten sich bewegungsabhängig ab einer Gehzeit von 30 Minuten über dem medialen Kompartiment sowie patellofemoral. Die Beschwerden würden auf der linken Seite imponieren. Nachts bestünden gelegentlich Schmerzen. Es bestehe ein stockfreies, flüssiges Gangbild. Zu empfehlen sei eine Intensivierung der konservativen Therapie sowie eine bedarfsorientierte Analgesie. Des Weiteren bestehe eine Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion im Umfang von rund 20 Kilogramm. Eine klinische Standortbestimmung sei in drei Monaten vorgesehen.

4.6 Dem Arztbericht von Dr. E.____ vom 26. Juni 2016 kann entnommen werden, dass der Versicherte unter den Folgen von Abnutzungserscheinungen an den Händen leide. Mehrere Beugeschienen hätten wegen einer chronischen Überlastung und entzündlichen Veränderungen operiert werden müssen. Der wichtigste Nerv habe chirurgisch befreit werden müssen. Die neurologische Untersuchung habe eine schwere Leitungsstörung des Nervs ergeben. Auch nach der Operation sei eine Erholung nicht garantiert. Trotz der äusserlich kräftigen Hände bleibe die Handfunktion beidseits eingeschränkt. Der Patient zeige zudem deutlich degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, welche die Beschwerden vor allem im Bereich der unteren LWS erklären würden. Langes Stehen an Ort unter Belastung sei nicht mehr möglich. Gehen auf unebenem Gelände wie Schotter und Gehen und Stehen auf harter Unterlage würden Schmerzen verursachen. Die Röntgenuntersuchung zeige Arthrosen in den kleinen Wirbelsäulengelenkverbindungen, welche bereits auf kleine Bewegungen des Körpers mit Schmerzen reagieren würden. Darüber hinaus bestünden deutliche Arthrosen in den Kniegelenken mit Abnutzung des Knorpels und der Menisken. Die radiologische Untersuchung des linken Kniegelenks habe eine Abnutzung des Knorpelüberzugs im Gelenk und eine mittelschwere Arthrose ergeben. Der Sehensatz des wichtigsten Streckmuskels im Oberschenkel weise eine Entzündung und einen Gelenkerguss als Zeichen einer chronischen Reizung auf. Es bestehe eine diffuse Entzündung der Gelenkinnenhaut und eine Entzündung der Gelenkkapsel auf der Innenseite des Gelenks. Als Zeichen der Abnutzung finde sich am Innenmeniskus zentral im Hinterhorn eine Aufquellung. Eine neurologische Untersuchung zur Abklärung von brennenden Gefühlsstörungen in den Fusssohlen habe keine pathologischen Befunde hervorgebracht. Es bestehe wahrschein-

lich ein Zusammenhang durch die Belastung der Füsse. Eine neurologische Ursache in Form einer Entzündung der kleinen Nervenfasern sei nicht ausgeschlossen und müsste mit einer Hautbiopsie bewiesen werden. Auch die chronische Leberentzündung könne als Folgekrankheit eine Entzündung der kleinen Nervenendigungen bewirken. Zusammengefasst bestünden erhebliche körperliche Einschränkungen hauptsächlich des Bewegungsapparats, der Gelenke, der Muskelansätze und der Sehnenansätze. Die Funktion der Hände sei eingeschränkt. Feinmanuelle und grobmanuelle Arbeiten seien nicht mehr möglich. Der Rücken sei nicht belastbar. Die Knie zeigten degenerativ bedingte Deformationen, wonach eine dauernde Belastung mit Stehen, Sitzen, Kauern, Treppensteigen und Gehen auf unebenem Unterlage unmöglich sei. Gewichte heben und Überkopfarbeiten könnten wegen der Rückensituation nicht ausgeführt werden. Eine Verbesserung der körperlichen Verfassung sei nicht zu erwarten.

4.7 Gemäss Beurteilung des RAD vom 18. August 2016 würden die nachgereichten Unterlagen zeigen, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand seit dem BEGAZ-Gutachten leicht verschlechtert habe. Dr. E.____ nenne keine neuen Diagnosen. Seine Einschätzung der Belastbarkeit sei geringer als noch im Jahre 2012 beurteilt. Die aktuellen bildgebenden Befunde würden eine leichte Zunahme der degenerativen Skelettveränderungen innerhalb der letzten fünf Jahre belegen. Es sei anzunehmen, dass der Versicherte aktuell mit 60 Jahren nur noch bei ausschliesslich leichten wechselbelastenden und rückenadaptierten Arbeiten eingesetzt werden könne. Auch sei nachvollziehbar, dass er sich heute wegen seiner Fuss- und Kniebeschwerden auf unebenem Gelände nicht mehr fortbewegen könne, weshalb man ihm seine angestammte Tätigkeit nicht mehr zumuten könne. Insofern könne die Beurteilung von Dr. E.____ voll übernommen werden. Die im Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 10. Februar 2016 ausgewiesene Gehzeit sei identisch mit jener aus dem Jahre 2011. Eine Polyneuropathie sei zwischenzeitlich ausgeschlossen worden. Auch die chronische Hepatitis B sei 2011 bereits bekannt gewesen. Eine Leberzirrhose sei nicht dokumentiert. Als Fazit könne Dr. E.____ gefolgt werden, wonach dem Versicherten eine dauernde Belastung mit Stehen, Sitzen, Kauern, Treppensteigen und Gehen auf unebenem Gelände unmöglich sei. Gewichte heben und Überkopfarbeiten könnten wegen der Rückensituation nicht mehr ausgeführt werden. Auch feinmotorische oder grobmanuelle Arbeiten seien nicht mehr möglich. Zudem seien vermehrte Pausen zuzugestehen. Dieses Belastungsprofil gelte seit Februar 2015. Seither sei der Gesundheitszustand stabil. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich.

4.8 Dem ärztlichen Bericht von Dr. E.____ vom 10. September 2017 kann entnommen werden, dass schwere Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule und am Beckenskelett dokumentiert worden seien. Diese entsprächen sowohl den klinischen Befunden als auch den geäusserten Beschwerden. Damit sei eine längerdauernde Arbeit im Stehen und Gehen sowie im Sitzen nicht mehr möglich. Unebenes Gelände könne der Patient nicht bewältigen. Treppensteigen sei schädlich und schmerzhaft wegen der Kniegelenke. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei gefährlich. Wegen der Erkrankung der oben erwähnten Organsysteme sei ein tägliches Pensum von lediglich noch maximal zwei Stunden in wechselbelastender Tätigkeit möglich. Manuelle Tätigkeiten in einem produktiven und kompetitiv wirtschaftlich orientierten Umfeld könne der Patient keinesfalls ausüben. Vorerkrankungen und Operationen hätten die Handfunktion derart eingeschränkt, dass jegliche feinmanuelle Tätigkeiten nicht mit der geforderten Prä-

zision und dem notwendigen Arbeitstempo möglich seien. Grobmanuelle Tätigkeiten seien wegen der Kraftminderung und wegen der gestörten Sehnenfunktion der Hände nicht zu verantworten. Schweres Heben und Tragen seien nicht möglich. Längeres Stehen wie bei einer Sicherheits- bzw. Verkehrslenkungsarbeit sei nicht zumutbar. Überkopfarbeiten könne der Patient wegen der Abnutzung der Schulter nicht ausführen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich. Bei den vornehmlich im Bewegungsapparat vorhandenen Erkrankungen müsse mit einer Zunahme der Beschwerden gerechnet werden. Aktuell sei maximal eine leichte körperlich nicht belastende Arbeit ohne Zeitdruck über höchstens zwei Stunden möglich. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von 25%. Während dieser Zeit bestehe eine Leistungsfähigkeit von maximal 50%.

4.9 Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 18. September 2017 sei die von Dr. E._____ nun plötzlich angegebene deutliche Einschränkung des Pensums auf nur zwei Stunden täglich medizinisch in keiner Weise begründet. Sämtliche vorgelegten orthopädischen, neurologischen und bildgebenden Befunde aus dem Jahre 2016 bewiesen lediglich die leichte Verschlechterung der degenerativen Veränderungen am Skelettsystem. Dies sei bereits mit Wirkung ab Februar 2015 anerkannt worden. Weil Dr. E._____ durch die vorliegende Bildgebung aus dem Jahr 2016 keine erhebliche Verschlechterung nachweisen könne, erscheine seine aktuell nachgeschobene Einschränkung des Pensums als eine deutliche andere Beurteilung, als er sie bisher vorgenommen habe. Im Übrigen würden seine Ausführungen zu den funktionellen Einschränkungen am Bewegungsapparat auch in seinem letzten Bericht vom 10. September 2017 allgemein und ungenau bleiben. Es fehle an Details, die eine weitere Verschlechterung der Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparats seit Februar 2015 aufzeigen würden. Die Gehzeit sei identisch mit jener aus dem Jahr 2011. Für weiterführende polydisziplinäre Abklärungen bestehe daher kein Anlass. Als Fazit könne Dr. E._____ gefolgt werden, wonach dem Versicherten dauernde Belastungen mit Stehen, Sitzen Kauern, Treppensteigen und Gehen auf unebener Unterlagen nicht mehr möglich seien. Gewichte heben und Überkopfarbeiten könnten wegen der Rückensituation nicht mehr ausgeführt werden. Auch feinmotorische oder grobmanuelle Arbeiten seien nicht mehr möglich. Zudem seien vermehrte Pausen zuzugestehen. Es sei kein Grund gegeben, weshalb das beweiskräftige Gutachten des BEGAZ von August 2011 nicht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätte verwendet werden dürfen. Seither sei anhand multiplexer neuer Untersuchungen eine leichte, aber keine erhebliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands nachgewiesen.

5. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass die IV-Stelle in den angefochtenen Verfügungen zu Unrecht auf das BEGAZ-Gutachten aus dem Jahre 2011 abgestellt habe. So genüge es nicht, lediglich auf ein Parteigutachten einer Privatversicherung abzustellen. Ausserdem sei inhaltlich davon auszugehen, dass das BEGAZ-Gutachten den tatsächlichen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht korrekt wiedergebe. Es sei zwar richtig, dass Dr. E._____ in seinem Bericht vom 26. Juni 2016 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit vorgenommen habe. Dies sei jedoch darauf zurückzuführen, dass die Hausärzte wüssten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von behandelnden Allgemeinmedizinern im IV-Verfahren keine Beachtung finde. Als sich die IV-Stelle entschlossen habe, dem Arztbericht von Dr. E._____ vom 26. Juni 2016 zu folgen, hätte sie bei ihm in Erfahrung

bringen müssen, wie hoch er die Arbeitsfähigkeit einschätze. Dies habe der Beschwerdeführer nun selbst nachgeholt, indem er Dr. E._____ gebeten habe, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zu beziffern. Aus dem entsprechenden Bericht vom 10. September 2017 ergebe sich eine effektive Restarbeitsfähigkeit von 12,5%. Gestützt auf die Stellungnahmen ihres RAD vertritt die IV-Stelle demgegenüber die Auffassung, dass den seit fünf Jahren eingetretenen, leicht verschlechterten Befunden mit einer Anpassung des Belastungsprofils Rechnung getragen worden sei. Die von Dr. E._____ angegebene deutliche Einschränkung auf lediglich noch zwei Stunden pro Tag sei in keiner Weise begründet worden. Seit der Begutachtung durch das BEGAZ habe keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden können. Sämtliche beschriebenen Einschränkungen seien bereits dem BEGAZ bekannt gewesen und in dessen Beurteilung miteingeflossen.

5.1 Wenn der Beschwerdeführer moniert, das BEGAZ-Gutachten (oben, Erwägung 4.1) sei aus grundsätzlichen Überlegungen nicht beweistauglich, ist ihm zu widersprechen. So hat das Kantonsgericht bereits in seinem Urteil vom 12. September 2013 festgehalten, dass dieses Gutachten vom 15. August 2011 vollen Beweiswert genießt und die Leistungspflicht der damals beklagten Taggeldversicherung demnach anhand der darin attestierten Arbeitsfähigkeit zu beurteilen war (a.a.O., Verfahren 731 12 268 / 221, E. 7.1). Der Hausarzt des Versicherten hat in seinem Bericht vom 13. Februar 2015 (oben, Erwägung 4.2) sodann die Haltung vertreten, dass der Versicherte aufgrund seiner manuellen Einschränkungen für Arbeiten im Gleisbau bzw. als Sicherheitswärter nicht mehr arbeitsfähig sei. Eine leichte Chauffeurstätigkeit oder eine leichte Verweistätigkeit hat er aber für möglich erachtet. Sodann hat Dr. E._____ in diesem Bericht festgehalten, dass die leichte depressive Grundstimmung im Übrigen keinen „grossen“ Krankheitswert besitze. Diese Einschätzung des Hausarztes weicht mithin nicht erheblich von den Ergebnissen der BEGAZ-Begutachtung ab. Auch dort wurde die angestammte Tätigkeit des Versicherten als Sicherheitswärter als nicht ideal erachtet. Zugleich wurde ihm in einer Verweistätigkeit eine höhere Restarbeitsfähigkeit attestiert. Tatsache ist schliesslich auch, dass die vom Hausarzt angesprochenen Problemkreise betreffend Schmerzen im Rücken und in den Händen bereits im BEGAZ-Gutachten alle bekannt gewesen und abgehandelt worden sind. Insofern besteht kein Grund, an den Schlussfolgerungen des BEGAZ gestützt auf die im Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration im Jahre 2011 erhobenen Verhältnisse zu zweifeln. Nichts desto trotz ist der Auffassung des Beschwerdeführers aber mit Blick auf die im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 10. Juli 2017 massgebenden gesundheitlichen Verhältnisse zuzustimmen. Obschon die IV-Stelle das Versichertendossier wiederholt ihrem RAD vorgelegt hat, kann nicht auf die entsprechenden RAD-Berichte abgestellt werden. Wie oben ausgeführt (oben, Erwägung 3.5), 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 aber vor.

5.2 In seinem Bericht vom 13. Februar 2015 ist der behandelnde Hausarzt Dr. E._____ davon ausgegangen, dass die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule seit der Begutachtung durch das BEGAZ im Jahre 2011 „sicher“ zugenommen hätten. Es sei deshalb eine ergänzende orthopädische Abklärung notwendig. In seiner Stellungnahme vom 4. Januar 2016

hat der RAD demgegenüber festgehalten, dass es bei der bisherigen Einschätzung bleiben müsse, wonach dem Versicherten gemäss Beurteilung des BEGAZ vom 15. August 2011 eine leidensangepasste Verweistätigkeit vollschichtig zumutbar sei. Weiter hat der RAD festgehalten, dass keine Notwendigkeit bestehe, ein neues Gutachten zu veranlassen, solange nicht glaubhaft dargelegt sei, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtern könnte. In seiner Beurteilung vom 18. August 2016 ist der RAD dann aber der neuerlichen Einschätzung des Hausarztes gefolgt, obschon sich die Beurteilungen von Dr. E._____ vom 13. Februar 2015 einerseits und jene vom 26. Juni 2016 nicht wesentlich unterscheiden. Hier wie dort hat der Hausarzt bereits früh darauf hingewiesen, dass die Handfunktion beidseits eingeschränkt sei und der Patient deutlich degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule aufweise. Wenn der RAD mithin trotz der im Wesentlichen gleich lautenden Berichterstattung die Einschätzung des Hausarztes zunächst als irrelevant qualifiziert, ein halbes Jahr später die Beurteilung von Dr. E._____ „voll“ übernimmt, ist eine gewisse Widersprüchlichkeit und mithin Zweifelhaftigkeit an der RAD-Beurteilung nicht von der Hand zu weisen. Dies gilt umso mehr, weil der RAD in seiner Einschätzung vom 26. Juni 2016 das Anforderungsprofil des Versicherten in einer Verweistätigkeit mit Wirkung ab Februar 2015 als qualitativ deutlich reduziert anerkannt hat. Zur Begründung hat der RAD angegeben, dass der Hausarzt zwar keine neuen Diagnosen nenne, dessen Belastbarkeitseinschätzung jedoch geringer als noch im Jahre 2012 ausgefallen sei. Dies aber war bei der vorliegenden Aktenlage zweifellos bereits mit Arztbericht von Dr. E._____ vom 13. Februar 2015 der Fall, in welchem der Hausarzt zum Schluss gekommen war, dass dem Versicherten eine nur noch leichte Verweistätigkeit, beispielsweise als Chauffeur, attestiert werden könne.

5.3 Wenn der RAD davon ausgeht, dass keine weiteren Abklärungen erforderlich seien, greifen dessen Annahmen zu kurz. Auch wenn es zutrifft, dass die bildgebenden Befunde innerhalb des Zeitraums von fünf Jahren eine nur leichte Zunahme der degenerativen Skelettveränderungen belegen, kann nicht ohne Zweifel davon ausgegangen werden, dass der Versicherte seit Februar 2015 in einer entsprechend adaptierten Verweistätigkeit in quantitativer Hinsicht weiterhin im Umfang von 90% arbeitsfähig ist. Die entsprechende Annahme des RAD und mit ihm der IV-Stelle erweist sich in diesem Zusammenhang als zu hypothetisch. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass in medizinischer Hinsicht nicht die Bildgebung alleine, sondern vor allem der klinische Eindruck des Versicherten von Relevanz ist (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2017, 9C_180/2017, E. 4.1.2). Nach Lage der Akten leidet der Versicherte im Bereich der Lendenwirbelsäule und an den Knien teils an deutlichen, arthrotischen Veränderungen mit Entzündungen und chronischen Reizverhältnissen (oben, Erwägung 4.6). Angesichts der Tatsache, dass es sich hierbei notorisch um grundsätzlich fortschreitende Erkrankungen handelt, wären die gesundheitlichen Verhältnisse unter Berücksichtigung des im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom 10. Juli 2017 knapp sechs Jahre zurückliegenden BEGAZ-Gutachtens mittels einer Verlaufsbeurteilung mitsamt einer Erhebung insbesondere klinischer Befunde erneut zu erheben gewesen. Es kann in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass in casu auch der behandelnde Hausarzt von einer Zunahme der Beschwerden ausgegangen ist (oben, Erwägung 4.8). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass bereits anfangs Februar 2016 eine deutliche Gewichtsreduktion von rund 20 Kilogramm als notwendig erachtet worden war (oben, Erwägung 4.5). Mithin wäre in

Anbetracht der degenerativen Veränderungen, die bekanntlich umso rascher voranschreiten können, je höher das Körpergewicht ausfällt, umso mehr eine Erhebung klinischer Befunde notwendig gewesen. Das BEGAZ-Gutachten erweist sich in Anbetracht der multiplen Erkrankungen degenerativer Natur für eine zuverlässige Erhebung der gesundheitlichen Verhältnisse knapp sechs Jahre später unter diesen Umständen jedenfalls als zu alt. Zumal eine leichte Zunahme der degenerativen Skelettveränderungen bildgebend unbestritten ist, vermag daran auch nichts zu ändern, dass der Hausarzt in seinem letzten Bericht vom 10. September 2017 nur allgemeine und letztlich ungenaue Angaben zur Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparats zu machen in der Lage war. Eine weiterführende polydisziplinäre Abklärung mit dem Argument der im Jahre 2011 noch identischen Gehstrecke während 30 Minuten abzulehnen (oben, Erwägung 4.9), vermag unter den gegebenen Umständen auch nicht zu überzeugen.

5.4 Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.). Blosser Hypothesen genügen hierfür nicht. Der IV-Stelle ist zusammen mit dem RAD in diesem Zusammenhang zwar beizupflichten, dass die neuerdings von Dr. E._____ mit Bericht vom 10. September 2017 angegebene Einschränkung des Pensums auf lediglich noch zwei Stunden täglich weder substantiiert begründet noch mittels einer detaillierten Befunderhebung untermauert worden ist. Gleiches gilt allerdings auch für den vom RAD bereits im August 2016 anerkannten Pausenbedarf in einer adaptierten Verweistätigkeit. Nachdem der RAD festgehalten hatte, dass die Beurteilung von Dr. E._____ zu übernehmen und dem Versicherten „zudem vermehrte“ Pausen zuzugestehen seien (oben, Erwägung 4.7) bleibt unklar, in welchem Umfang diese – vom RAD wiederholt (oben, Erwägung 4.9 a.E.) – zugestandenen Pausen das Pensum des Beschwerdeführers spätestens ab Februar 2015 reduziert haben. Eine allfällige Quantifizierung ist der Einschätzung des RAD jedenfalls keine zu entnehmen. Es tritt hinzu, dass der von der IV-Stelle in den angefochtenen Verfügungen vorgenommene Einkommensvergleich – einerseits ab Februar 2012 und andererseits ab Februar 2015 – widersprüchlich ausfällt. Während die IV-Stelle der Bemessung des Invalideneinkommens ab Februar 2012 noch ein Pensum von 90% und einen leidensbedingten Abzug von 15% zu Grunde gelegt hat, beruht das Invalideneinkommen ab Februar 2015 auf einem Pensum von 100% und einem leidensbedingten Abzug von 25%. Obschon die IV-Stelle die Erhöhung des leidensbedingten Abzugs im Umfang von 10% (von 15% auf 25%) offenbar mit dem vom RAD statuierten zusätzlichen Pausenbedarf begründet, hat sie ihrer Berechnung ab Februar 2015 zugleich eine Erhöhung des Pensums im Umfang von 10% zu Grunde gelegt. Im Endeffekt resultiert damit rein rechnerisch eine letztlich zu vernachlässigende Verringerung des Invalideneinkommens, was dem vom RAD statuierten, vermehrten Pausenbedarf ab Februar 2015 aber offensichtlich zuwider läuft. Eine genaue Quantifizierung des ab Februar 2015 unbestritten ausgewiesenen Pausenbedarfs bereits auf medizinischer Ebene ist unter diesen Umständen unabdingbar.

5.5 Zusammenfassend greift die Betrachtungsweise des RAD zu kurz. In Anbetracht der dargelegten Unzulänglichkeiten bestehen nicht zu vernachlässigende Zweifel an der durch den RAD vorgenommenen Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Weder das Gutachten des BEGAZ aus dem Jahr 2011 noch die seither ergangenen RAD-Beurteilungen lassen eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Be-

schwerdeführers zu. Gleiches gilt für die Auskünfte des Hausarztes des Versicherten. Die Gelegenheit bedarf bei diesem Ergebnis zusätzlicher Untersuchungen insbesondere in Form klinischer Befunde und ihrer allfälligen Interferenzen hinsichtlich einer noch realisierbaren Verweistätigkeit.

5.6 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 und 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 drei angefochtenen Verfügungen vom 10. Juli 2017 sind 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 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 6. November 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14 ½ Stunden geltend gemacht, was sich zwar als hoch, angesichts der sich dabei stellenden Sach- und Rechtsfragen und unter Berücksichtigung der seither angefallenen Aufwendungen aber noch immer als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss 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. 110.60. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung gemäss Honorarnote in der Höhe von Fr. 4'034.45 (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 werden die angefochtenen Verfügungen der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 10. Juli 2017 aufgehoben und die Angelegenheit wird 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. 4'034.45 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.