



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. April 2018 (720 17 356 / 106)

Invalidenversicherung

Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei Vorliegen von verschiedenen Herz-Kreislauferkrankungen; Beweistauglichkeit von RAD-Stellungnahmen

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Tschopp, Advokat,
Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1956 geborene A.____ arbeitete vom 1. Januar 2014 bis 31. Januar 2017 als Chauffeur bei der B.____. Am 5. Januar 2016 meldete er sich unter Hinweis auf Herz- und Knieprobleme sowie Atemnot bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 25. September 2017 einen Leistungsanspruch mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab.

B. Gegen diese Verfügung reichte A.____ am 23. Oktober 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ein. Er beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung einer Invalidenrente.

C. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 29. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

D. In der Replik vom 10. Januar 2018 präzisierte der Versicherte, nun vertreten durch Advokat Daniel Tschopp, seine Rechtsbegehren, indem er in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Zusprechung einer halben Invalidenrente ab Juli 2016 beantragte. Eventualiter sei die IV-Stelle anzuweisen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen und danach erneut über seine Leistungsansprüche zu entscheiden. Zudem seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Ausserdem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. In der Begründung bemängelte er im Wesentlichen eine rechtsgenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Die Beurteilung von Dr. med. C.____, Fachärztin für Anästhesie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 7. Februar 2017, auf welche die IV-Stelle den ablehnenden Rentenentscheid stütze, sei unvollständig, unbegründet und nicht nachvollziehbar. Ausserdem sei das Invalideneinkommen nicht unter Beizug der Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), sondern gestützt auf das tatsächlich erzielte Einkommen bei der B.____ AG zu ermitteln. Weiter stelle sich die Frage, ob der Versicherte die ihm angeblich zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinbusse von 20 % angesichts seines Alters, der langjährig ausgeübten schweren Tätigkeit, des Teilzeitpensums etc. verwerten könne. Zudem seien beim Einkommensvergleich eine Parallelisierung durchzuführen und ein leidensbedingter Abzug von 20 % vorzunehmen. In der Eingabe vom 31. Januar 2018 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mitteilen, dass die Arbeitsstelle bei der B.____ AG per Januar 2017 gekündigt worden sei.

E. In der Replik vom 6. Februar 2018 hielt die IV-Stelle an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Zudem wies sie darauf hin, dass auf den Antrag auf Zusprechung von Eingliederungsmassnahmen mangels Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten werden könne.

F. Mit Verfügung vom 8. Februar 2018 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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.

2. Der Versicherte beantragt die Zusprechung einer halben Invalidenrente und die Gewährung beruflicher Massnahmen. Das prozessuale Verhältnis von Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrenten unterliegt der Rechtsprechung zum Anfechtungs- und Streitgegenstand gemäss BGE 125 V 413. Danach sind im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich in Form einer Verfügung Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (vgl. auch BGE 131 V 164 f. E. 2.1 mit Hinweisen). Der Rentenanspruch einerseits und die einzelnen Eingliederungsmassnahmen andererseits sind als je unterscheidbare, streitgegenstandsfähige Rechtsverhältnisse zu begreifen (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zürich/Basel/Genf 2014, zu Art. 28 Rz. 18). Dabei ist stets als Erstes zu prüfen, worüber die IV-Stelle tatsächlich verfügt hat. Vorliegend beurteilte die IV-Stelle in der Verfügung vom 25. September 2017 einzig den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen wurde in dieser Verfügung nicht geprüft. Aus diesem Grund kann auf das Rechtsbegehren des Versicherten, soweit er damit die Prüfung von beruflichen Massnahmen beantragt, im vorliegenden Verfahren nicht eingetreten werden.

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 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).

3.3 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).

3.4 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).

3.5 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).

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

3.7 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).

4.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 13. Januar 2015 ein NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt = ein Myokardinfarkt, bei dem es im EKG nicht zu den typischen Infarktzeichen kommt) erlitt. Aufgrund einer hochgradigen Stenose wurde er im Spital D.____ mit einem Stent versorgt. Im Bericht des Spitals D.____ vom 13. Januar 2015 wurden als Diagnosen eine koronare 1-Gefäss-Erkrankung sowie ein Diabetes mellitus Typ II festgehalten. Vom 26. Januar 2015 bis 1. Mai 2015 nahm der Versicherte am ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm Karamba im Spital D.____ teil. Gemäss Bericht vom 23. September 2016 habe die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich gesteigert werden können. Aufgrund erneuter Brustschmerzen suchte der Versicherte am 22. April 2015 das Spital D.____ auf. Der behandelnde Chefarzt hielt nebst den bekannten Diagnosen zusätzlich eine arterielle Hypertonie, einen Status nach Nikotinabusus und eine Hypercholesterinämie fest. Um eine Restenosierung im Bereich des Stents auszuschliessen, veranlasste er eine Myokardperfusionsszintigrafie und eine 24-Stunden-Blutdruckuntersuchung. Die Blutdruckmessung vom 28. April 2015 ergab keine zuverlässigen Messwerte (vgl. Bericht des Spitals D.____ vom 28. April 2015). Die Myokardperfusionsszintigrafie zeigte eine diskrete inferolaterale Narbe, eine leicht eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion und eine diskrete inferolaterale Hypokinesie (vgl. Bericht Spitals D.____ vom 26. Mai 2015). Bei der transthorakalen Echokardiografie wurde eine diastolische Dysfunktion Grad I (Relaxationsstörung) festgestellt (vgl. Bericht des Spitals D.____ vom 4. Mai 2015). Das im Rahmen des Rehabilitationsprogrammes Karamba durchgeführte Belastungs-EKG vom 28. Mai 2015 war nicht aussagekräftig genug, um die festgestellte verminderte Leistungsfähigkeit (65 % vom Soll-Watt) bestätigen zu können.

4.2 Der Hausarzt, Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin, berichtete am 16. April 2016, dass der Versicherte aufgrund zunehmender Schwäche der Oberschenkelmuskulatur Probleme mit der Ausführung von körperlich schweren Arbeiten habe. Er führte dies auf den Diabetes zurück. Trotz aller Massnahmen sei der Versicherte nicht in der Lage, den Diabetes genügend einzustellen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die angestammte Arbeitsfähigkeit als Automechaniker/Schlosser hielt er ein NSTEMI bei formal koronarer 1-Gefäss-Erkrankung, ein Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie, eine morbide Adipositas, eine Dyslipidämie, ein gemischtes Phleb-, Lymph- und Lipödem der Beine sowie eine Gonarthrose links fest. Die koronaren, diabetischen und arthrotischen Leiden verminderten die Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer des Versicherten, weshalb dieser ab 26. August 2015 seine bisherige Arbeit nur noch im Umfang von 50 % ausüben könne. In einer Verweistätigkeit, bei welcher der Versicherte nicht viel gehen sowie keine Lasten von mehr als 15 kg tragen oder heben müsse, und welche kein Kauern, Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten oder Treppensteigen beinhalte, betrage die Arbeitsfähigkeit zwischen 30 % und 50 % (vgl. auch Bericht vom 10. September 2016).

4.3 Im Bericht des Spitals D.____ vom 2. September 2016 führten die behandelnden Ärzte aus, dass beim Versicherten ein hohes kardiovasukläres Risikoprofil bestehe. Der Blutzucker sei unzureichend eingestellt, die Blutdruckwerte seien jedoch unter Medikation im Normalbereich. Weiter bestehe eine Adipositas; der Versicherte habe in den letzten 6 Monaten jedoch

5 kg abnehmen können. An der heutigen klinischen Untersuchung sei er kardiopulmonal kompensiert. Aktuell beständen keine Hinweise auf eine fortschreitende Manifestation der koronaren Herzkrankheit. Die geklagten Beschwerden, insbesondere die auf Thoraxdruck auslösbaren Schmerzen, seien am ehesten extrakardialer Ätiologie. Aufgrund des hohen kardiovaskulären Risikoprofils könne eine ursächlich erneute Ischämie jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

4.4 In ihrer Stellungnahme vom 7. Februar 2017 führte die RAD-Ärztin Dr. C.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 1-Gefäss-Erkrankung, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, eine chronisch venöse Insuffizienz sowie eine Gonarthrose links auf. Aufgrund der Leiden des Versicherten sei ihm die Ausübung der angestammten körperlich schweren Tätigkeit nicht mehr möglich. Dagegen sei es ihm ab 26. August 2015 zuzumuten, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, überwiegend sitzende Arbeiten mit einer Gewichtslimite von 10 – 15 kg zu 100 % mit einer 10 – 20%igen Leistungseinbusse auszuführen. Zu vermeiden seien dabei Kauern, Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Treppensteigen, Arbeiten in Kälte, in Hitze oder bei starken Temperaturschwankungen, Schichtarbeit und Arbeiten in atmosphärischem Über- oder Unterdruck.

4.5 Aufgrund der Kniebeschwerden veranlasste der Hausarzt des Versicherten eine CT-Untersuchung. Als Befund wurde im Bericht des Spitals F.____ vom 18. September 2017 festgehalten, dass der Versicherte an beiden Knien an einer medial betonten Gonarthrose und einem Status nach Luxation des oberen Sprunggelenks links 1998 leide. Der Versicherte sei deswegen zurzeit zu 50 % arbeitsunfähig.

5.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Beurteilung der RAD-Ärztin vom 7. Februar 2017. Sie ging demzufolge in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass der Versicherte in einer leichten bis mittelschweren, leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % mit einer Leistungseinbusse von höchstens 20 % arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhaltes vermag nicht zu überzeugen. Wie der Versicherte in seiner Beschwerde zutreffend geltend macht, ist die Zumutbarkeitsbeurteilung der RAD-Ärztin zu wenig begründet, um darauf abstellen zu können. Als Erstes ist darauf hinzuweisen, dass der Versicherte an verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Bluthochdruck, Ödeme, Fettstoffwechselstörung sowie an Diabetes mellitus Typ 2 und an einer Gonarthrose leidet. In Anbetracht der Tatsache, dass das Fachgebiet der RAD-Ärztin in der Anästhesie liegt, stellt sich die Frage, ob sie über die notwendigen fachärztlichen Kenntnisse verfügt, um im Hinblick auf die gestellten Diagnosen aus mehreren Fachgebieten die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Weiter ist festzustellen, dass die von der RAD-Ärztin vorgenommene Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zwar auf einer vollständigen Aktenlage beruht, ihre Zumutbarkeitsbeurteilung aber nicht substantiiert und deshalb nicht nachvollziehbar ist. Den Akten sind nicht genügend Hinweise zu entnehmen, welche ihre Einschätzung stützen würden. Während die behandelnden Ärzte des Spitals D.____ gar keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vornahmen, äusserten sich dazu der Hausarzt Dr. E.____ und die behandelnde Ärzteschaft des Spitals F.____. Dabei ist dem Bericht des Spitals F.____ vom 18. September 2017 nicht zu entnehmen, ob sich die darin

attestierter 50%iger Arbeitsfähigkeit auch auf eine Verweistätigkeit bezieht. Einzig Dr. E.____ nahm eine Zumutbarkeitsbeurteilung für eine alternative Tätigkeit vor. Er kam dabei zum Schluss, dass der Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit (wechselbelastend zwischen Stehen und Sitzen, kein Kauern, Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten oder Treppesteigen, Gewichtslimite von maximal 15 kg) zwischen 30 – 50 % arbeitsfähig sei. Ohne den Versicherten persönlich untersucht zu haben, formuliert die RAD-Ärztin ein Zumutbarkeitsprofil für eine Verweistätigkeit. Danach sei der Versicherte bei der Ausübung einer leichten bis mittelschweren, leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % mit einer Leistungseinbusse von 10 - 20 % arbeitsfähig. Zum Umfang der Leistungseinbusse und des zumutbaren Pensums führte sie keine Begründung an, weshalb ihre Einschätzung nicht auf ihre Plausibilität überprüft werden kann. Die abweichende Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. E.____ hätte sie veranlassen müssen, ihre entsprechende Auffassung detailliert zu begründen. Da eine solche fehlt, ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund es dem Versicherten möglich sein soll, eine alternative Tätigkeit ganztags mit einer Leistungseinbusse bis zu 20 % auszuführen.

5.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzusehen (vgl. Erwägung 3.7). Solche Zweifel liegen hier - wie aufgezeigt - vor. Die Berichte von Dr. E.____ sind auch nicht geeignet, um die Frage des Ausmasses der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entscheiden zu können. Es ist zu berücksichtigen, dass seine Ausführungen zum Gesundheitszustand des Versicherten knapp sind und keine detaillierte Begründung für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthalten. Zudem kommt die Erfahrungstatsache zum Tragen, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Stellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb den Ausführungen von Dr. E.____ nicht ohne weiteres gefolgt werden kann. 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 25. September 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese hat insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nochmals polydisziplinär genügend abklären zu lassen. 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.

5.3 Aufgrund dieser Sachlage erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den Vorbringen des Versicherten zur Invaliditätsbemessung, weshalb nicht weiter darauf eingegangen wird.

6.1 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).

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

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Versicherten eine Parteientschädigung auszurichten. Sein Rechtsvertreter machte in seiner Honorarnote vom 27. Februar 2018 einen Zeitaufwand von 9,5 Stunden geltend, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 34.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'685.25 (9,5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 34.-- + 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

7.1 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 Rückwei-

sungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

7.2 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.

7.3 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. Soweit auf die Beschwerde eingetreten werden kann, wird diese in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 25. September 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer einer Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'685.25 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.