



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 12. September 2019 (720 19 169 / 232)**

---

**Invalidenversicherung**

**Würdigung der Arztberichte**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

\_\_\_\_\_ Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

\_\_\_\_\_ Betreff      IV-Rente

A.      Der 1969 geborene A.\_\_\_\_ absolvierte nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit eine Lehre zum Metallbauschlosser. Seit seiner Lehrzeit litt er an chronisch-rezidivierenden Rückenbeschwerden, welche dazu führten, dass er seine angestammte Tätigkeit als Metallbauschlosser seit dem Jahr 1993 nicht mehr ausüben konnte. In der Folge wurde A.\_\_\_\_ von der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Fahrrad- und Motorradmechaniker umgeschult. Da er nach der Umschulung keine Stelle im erlernten Beruf fand, trat er 1996 erneut eine Stelle als Metallbauschlosser bei der B.\_\_\_\_ AG an. Nachdem er diese Stelle im Jahr 2000 von sich aus

gekündigt hatte, meldete er sich erneut bei der IV-Stelle an und beantragte eine Umschulung in den Beruf des Konstrukteurs. Nach erfolgter Begutachtung lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. September 2000 die Umschulung zum Konstrukteur mit der Begründung ab, dass A.\_\_\_\_\_ die Tätigkeit als Fahrrad- und Motorradmechaniker weiterhin zumutbar sei.

Im Jahr 2001 kam die IV-Stelle zum Schluss, dass die Tätigkeit als Fahrrad- bzw. Motorradmechaniker auf längere Sicht doch nicht geeignet sei und sprach ihm eine Umschulung zum eidgenössisch diplomierten Hauswart zu. Nach erfolgter Umschulung war er seit dem Jahr 2005 beim C.\_\_\_\_\_ als Hauswart tätig. Mit Gesuch vom 28. Oktober 2016 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung erneut bei der IV-Stelle an. Nach erfolgter Abklärung der gesundheitlichen und der erwerblichen Verhältnisse und durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. April 2019 einen Rentenanspruch von A.\_\_\_\_\_ bei einem IV-Grad von 26 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Nikolaus Tamm, mit Schreiben vom 24. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Im Weiteren sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

C. Mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2019 beantragte die IV-Stelle, die vorliegende Beschwerde sei abzuweisen.

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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2019 gestützt auf den Sachverhalt, wie er sich damals präsentiert hat, einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

3.1 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 Ein-

gliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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).

3.2 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 anderen 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).

3.3 Nach 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.

3.4 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

4. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.1 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 zumutbarer-weise 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).

4.2 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).

4.3 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 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor.

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, zu welchen RAD-Berichte gehören, kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten

Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist jedoch dann mit dem Beweiswert von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353) vergleichbar, wenn sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, 9C\_323/2009 E. 4.3.2).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

5.1 Mit Austrittsbericht vom 1. Dezember 2016 (Hospitalisation vom 30.11.2016-1.12.2016) hält Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt Chirurgie E.\_\_\_\_-Spital, folgende Diagnosen fest:

1. Nackenschmerzen rechtsbetont mit/bei
  - unklarer Läsion im Bereich der Facetten HWK7 und BWK1 rechts
2. Unklare Kribbelparästhesie und Schwäche beider Beine mit/bei
  - St.n. Bandscheibenoperation L5/S1 2006 und 2008
  - St.n. TLIF L5/S1 09/2011
  - OSME Pedikelschrauben L5/S1 10/2012

Nach durchgeführter Biopsieentnahme HWK/BWK1 habe sich postoperativ ein problemloser Verlauf gezeigt. Der Patient werde in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

5.2 Mit Bericht vom 29. Dezember 2016 wiederholt Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnosen vom 1. Dezember 2016. Weiter führt er aus, bei positivem Wachstum von *Propionibacterium acnes* könne nicht ganz sicher geklärt werden, ob der Keim direkt am Facettengelenk vorgelegen habe oder ob es sich um eine Kontamination handle. Klinisch zeige sich der Befund absolut reizlos, laborchemisch liege keine akute Entzündung vor. Aus seiner Sicht sei am ehesten von einem degenerativen Geschehen im Bereich dieses Facettengelenks auszugehen. Grundsätzlich stehe er einer weiteren Operation sehr zurückhaltend gegenüber. Er denke, dass ein schwerer körperlicher Beruf für den Patienten in der Zukunft nicht sinnvoll erscheine, das Tragen von schweren Gegenständen wie auch intensive Putzarbeiten würden wohl nicht mehr durchgeführt werden können.

5.3 In einem weiteren Bericht vom 2. Februar 2017 hält Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnose fest:

Chronische Wirbelsäulenschmerzen mit/bei:

- Multiplen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit Diskopathie HWK 5-7 sowie ausgeprägter Diskopathie BWK 10/11
- St. n. navigierter Biopsieentnahme Facettengelenk HWK 7/ BWK 1 am 30.11.2016
- St.n. Bandscheibenoperation L5/S1 2006 und 2008

- St. n. TLIF L5/S1 09/2011
- OSME Pedikelschrauben L5/S1 10/2012

Dr. D.\_\_\_\_\_ führt aus, in der Bildgebung würden sich multiple degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule zeigen. Eine Diskushernie bestehe nicht. Hingegen bestehe eine ausgeprägte Degeneration mit Betonung auf das Bandscheibenfach BWK 10/11 mit leichter Protrusion der Bandscheibe. Eine sinnvolle chirurgische Therapie könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht angeboten werden. Es werde empfohlen die konservative Therapie mit Physiotherapie und das Ausschöpfen anderer alternativen Therapien fortzusetzen. Langfristig werde eine dauerhaft körperliche Arbeit mit Belastungen mit Heben von schweren Lasten über 10-15 kg wahrscheinlich nicht möglich sein. Um die exakte Arbeitsfähigkeit einzuschätzen werde aus seiner Sicht ein ordentliches Gutachten nötig sein, da beim Versicherten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden müssten.

5.4 Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, hält im Bericht vom 22. März 2017 folgende neue Diagnosen fest: V.a. Wadenclaudatio/pAKV 2 sowie unklare Atembeschwerden, DD: Restriktive Einschränkungen bei Beweglichkeitsverminderung des Thorax durch degenerative Veränderungen. Beide Diagnosen seien eventuell relevant für die Arbeitsfähigkeit. Objektiv würden fast fehlende Fusspulse am Fussrücken bestehen, anamnestisch durch Belastung wie Velofahren oder Laufen ausgelöste Schmerzen in den Waden, die allerdings auch nach Stillstehen nicht verschwinden würden und auch schon am Morgen früh auftreten könnten, bevor Belastungen bestehen würden.

5.5 PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Chefarzt Klinik Neurologie des H.\_\_\_\_\_-Spitals, hält mit Bericht vom 16. August 2017 folgende Diagnosen fest:

1. Rezidivierende Sensibilitätsstörung i.B. der gesamten Hand, gelegentlich auch des gesamten Armes wechselseitig, aktuell eher linksbetont
  - bei V.a. unspezifisches/muskuläres TOS
  
2. Akzentuiert in den Fingern I-III der linken Hand auftretende Sensibilitätsstörungen in der Nacht
  - neurographisch mit linksbetonter mittelgradiger Myelinscheidenschädigung des N. medianus i.B. des Carpaltunnels
  - nervensonographisch linksseitig mit einem relativ weit in den Carpaltunnel hineinziehenden Extensorenmuskel als prädisponierenden Faktor
  
3. Klinisch und elektrophysiologisch kein Hinweis für eine zervikoradikuläre Symptomatik.

Klinische oder elektrophysiologische Hinweise für das Vorliegen eines zervikoradikulären Ausfalls- oder Schmerzsyndroms würden sich nicht ergeben. Die Sensibilitätsstörungen in den Fingern I-III seien wahrscheinlich auf ein linksbetontes Carpaltunnelsyndrom zurückzuführen.

5.6 In seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 führt der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem aus, die Problematik einer eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenorgans des Versicherten lumbal sei

bereits bekannt gewesen. Nun sei auch eine solche zervikal nachvollziehbar, wobei sich diverse Beschwerden des Versicherten nicht objektivieren liessen, bzw. würden diese ohne konkretes Korrelat im Raum stehen. Nachvollziehbar seien im MRT fassbare Veränderungen im Bereich des zervikothorakalen Übergangs wegen eines kräftigen Weichteil- und Knochenmarködems im rechten Facettengelenk HWK7/BWK1, das man in erster Linie einer Arthritis entsprechend eingestuft habe. In einer dem Rücken angepassten Tätigkeit mit leichten bis intermittierenden körperlichen Arbeiten könne dem Versicherten eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit zugemutet werden.

5.7 Am 26. Januar 2018 ergeht der Operationsbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, betreffend die Operation vom 16. Januar 2018. Aufgrund eines klinisch und neurologisch gesicherten Karpaltunnelsyndroms links sei eine offene Karpaldachspaltung links erfolgt.

5.8 In seiner Beurteilung vom 14. März 2018 führt Dr. I.\_\_\_\_ aus, dass das mittelgradige Karpaltunnelsyndrom keine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen könne mit Ausnahme einer ca. sechs wöchigen Belastungskarenz ab Operation vom 16. Januar 2018.

5.9 Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt Institut für Radiologie am H.\_\_\_\_-Spital, hält in seiner Beurteilung vom 30. April 2019 fest, dass epifusionelle degenerative Veränderungen im Segment LWK 4/5 mit ausgeprägter Spondylarthrose und linksbetonter Einengung der Neuroforamina beidseits mit fraglicher foraminaler Affektion der Nervenwurzel L4 beidseits, linksbetont vorliegen würden. Es bestehe eine Einengung der Neuroforamina beidseits im Segment LWK 5/SWK 1 mit möglicher foraminaler Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits sowie fraglicher Kompromittierung recessal der Nervenwurzel S1 rechts.

5.10 Mit Bericht vom 14. Juni 2019 nimmt Dr. I.\_\_\_\_ nochmals Stellung und hält an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit fest. Die objektiv fehlenden Befunde sensomotorischer Ausfälle, wie sie übrigens auch hausärztlicherseits feststellbar gewesen seien, würden unter ergonomisch-funktionellen Überlegungen die Formulierung einer entsprechenden Zumutbarkeit ermöglichen. Die somatischen Veränderungen würden dabei per se nicht in Abrede gestellt, sondern nur unter Bezug auf die objektiven Befunde ergonomisch-funktionell bewertet. Dass die Beurteilung bloss nach Aktenlage erfolgt sei, sei anhand der fachlich interdisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, neurochirurgisch, spinalchirurgisch) und medizinisch komplexen Befundlage nach wie vor vertretbar, weshalb auch das Kriterium einer fehlenden RAD-Untersuchung nicht als unbedingter Mangel nachvollzogen werden könne. Zum MRI-Befund des Achsenorgans lumbal führt Dr. I.\_\_\_\_ aus, dieser Befund stehe ohne weitere objektive Befunde klinischer wie auch neurologischer Art ungefiltert im Raum. Immerhin würden neben den degenerativen Veränderungen allenfalls mögliche neurokompressive/-kompromittierende Veränderungen beschrieben, deren Relevanz jedoch ohne objektive klinische neurologische Befunde wie z.B. einer Messung der Nervenleitgeschwindigkeit im Raum stehen würden. Eine degenerative Minderbelastbarkeit des Achsenorgans sei vom RAD bereits hinlänglich berücksichtigt worden und es seien keine neuen wegweisenden Befunde zu den bereits vorbekannten degenerativen Veränderungen dokumentiert.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die diversen RAD-Berichte von Dr. I.\_\_\_\_. Sie geht demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Der RAD habe sich bei der Beurteilung strikt an den medizinischen Berichten der Behandler orientiert.

Es fällt auf, dass Dr. I.\_\_\_\_ zum MRI des Achsenorgans lumbal ausführt, dass der Befund des H.\_\_\_\_-Spitals ohne weitere objektive Befunde klinischer wie auch neurologischer Art ungefiltert im Raum stehe. Immerhin würden durch das H.\_\_\_\_-Spital allenfalls mögliche neurokompressive/-kompromittierende Veränderungen beschrieben. Deren Relevanz würde gemäss Dr. I.\_\_\_\_ aber ohne objektive klinische, neurologische Befunde "im Raum stehen". Er hält jedoch weiter fest, dass solche Befunde z.B. mittels einer Messung der Nervenleitgeschwindigkeit abgeklärt werden könnten. Dies zeigt, dass weitere Untersuchungen zur Abklärung der Beschwerden des Versicherten möglich wären. Ausserdem steht die abschliessende Zumutbarkeitsbeurteilung des RAD auch im Widerspruch zur Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_. Dieser hält fest, dass sich in der Bildgebung multiple degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule zeigen würden. Es bestehe eine ausgeprägte Degeneration mit Betonung auf das Bandscheibenfach BWK10/11 mit leichter Protrusion der Bandscheibe. Zur Einschätzung der exakten Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Sicht ein ordentliches Gutachten nötig, da beim Versicherten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden müssten. Diese Feststellungen lassen Zweifel an der Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ bzw. an der rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts aufkommen. Die Tatsache, dass auch Dr. I.\_\_\_\_ die Angelegenheit als fachlich interdisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, neurochirurgisch, spinalchirurgisch) und medizinisch komplex beurteilt, verstärken die Zweifel an der vorgenommenen medizinischen Beurteilung durch einen verwaltungsinternen Arzt alleine gestützt auf die vorliegenden Akten.

7. Demzufolge ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt ist, da zumindest geringe Zweifel an den verwaltungsinternen Arztberichten des RAD bestehen (vgl. oben E. 4.3). Da der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die Vorinstanz wird dabei eine verwaltungsexterne Begutachtung in orthopädischer und neurologischer Hinsicht anzuordnen haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

8.1 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 zum weiteren Vorgehen 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, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. In der ab 1. Januar 2019 neu in Kraft getretenen Bestimmung gemäss § 20 Abs. 3 VPO sind die ordentlichen Kosten auch den unterliegenden Vorinstanzen zu auferlegen. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt, und der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 31. Juli 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 11 Stunden und 25 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen 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. 39.50. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'116.50 (11 Stunden und 25 Minuten à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 39.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 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 wiedergutzumachenden 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).

9.2 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. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 8. April 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
  3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'116.50 (inklusive Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>