



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Februar 2019 (720 18 200 / 35)

Invalidenversicherung

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen / Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal
Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat,
Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____ ist seit 1995 selbstständiger Maler/Gipser. Am 15. Juni 2016 meldete er sich unter Hinweis auf Rücken- und Muskelbeschwerden sowie Empfindungsstörungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. In der Folge zog die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Akten der Krankentaggeldversicherung B.____AG bei. Nach weiteren Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse wies sie

mit Verfügung vom 7. Mai 2018 einen Rentenanspruch von A._____ ab, da er nach Ablauf des Wartejahrs nicht mindestens 40 % invalid gewesen sei.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 13. Juni 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Verfügung vom 7. Mai 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die Verfügung vom 7. Mai 2018 auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. August 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. In der Replik vom 23. November 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die IV-Stelle verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 13. Juni 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

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 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).

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 Unfä-

higkeit, 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 Abs. 1 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).

3.3 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.

3.4 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; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.3 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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).

4.4 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) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte gehören –, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2 Der Beschwerdeführer wurde am 8. Februar 2016 im Spital C._____ untersucht, wobei ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt wurde. Dabei wurde eine flache, konzentrische Bandscheibenprotrusion im Segment LWK2/3 und LWK5/SWK1 mit Tangierung der Nervenwurzel L3 und S1 beidseits, ohne Nachweis einer Nervenkompression, eine aktivierte, rechts-akzentuierte Facettengelenksarthrose im Segment LWK4/5 und LWK5/SWK1 sowie eine

aktivierte Osteochondrose im Segment LWK2/3 ohne Spinal- oder Foraminalstenose festgestellt.

6.3 Die B.____AG beauftragte Dr. med. D.____, FMH Neurochirurgie, mit einem Gutachten, welches am 5. Juli 2016 erstattet wurde. Er diagnostizierte banale Rückenschmerzen mit Ausstrahlungstendenz in die unteren Extremitäten ohne neurologische Ausfälle (ICD-10 M54.5) und altersentsprechende degenerative Veränderungen im Bereich der LWS (ICD-10 M47.8). Es bestünde ein Lendenschmerz begleitet von Paraesthesien in den unteren Extremitäten und eine Schmerzausstrahlung ohne radikuläres Muster in die Beine. Der neurologische Status sei normal. Es könnten vereinzelte positive Waddell-Zeichen festgestellt werden. Aus neurologischer Sicht sei die berufliche Tätigkeit nur geringfügig beeinträchtigt. Er habe dem Versicherten erklärt, dass er sofort an seine Arbeit als selbstständiger Maler zurückkehren soll.

6.4 Der behandelnde Arzt Dr. med. E.____, FMH Praktischer Arzt, stellte am 5. Oktober 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Bandscheibenprotrusionen LWK2/3 und LWK5/SWK1 mit Tangierung der Nervenwurzeln L3 und S1 beidseits, starke Schmerzen der LWS median mit Ausstrahlung in beide Beine dorsal, eine Kraftlosigkeit in beiden Beinen und Schmerzen beim Tragen von Lasten von über 3-4 kg, eine Depression, eine chronische Gastritis und Schlafstörungen fest. Der Versicherte sei schmerzbedingt seit Oktober 2015 vollständig arbeitsunfähig.

6.5 Die behandelnde Ärztin Dr. med. F.____, FMH Neurologie, diagnostizierte am 13. Januar 2016 [recte: 2017] mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit radikulärem Reizsyndrom S1 links seit Ende November 2015. Aufgrund der chronischen Rückenschmerzen im Zusammenhang mit den degenerativen Veränderungen der LWS sei der Versicherte für rückenbelastende Tätigkeiten, wie sie die Arbeiten eines Gipsers darstellen würden, stark eingeschränkt. Das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und Zwangshaltungen seien nicht mehr möglich. Aktuell bestünde aufgrund der akuten Schmerzen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. Februar 2017 sei eine Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 20 % bzw. stundenweise über mehrere Tage verteilt vorgesehen.

6.6 Im Verlaufsbericht vom 10. April 2017 diagnostizierte Dr. F.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit radikulärem Reizsyndrom S1 links und ein zervikoradikuläres Reizsyndrom C7. Sie hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit nicht weiter habe gesteigert werden können.

6.7 Am 12. Juni 2017 nahm Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Physikalische sowie Rehabilitative Medizin, Regionaler Ärztlichen Dienst (RAD) beider Basel, zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten Stellung. Er ging unter Hinweis auf das MRI vom 8. Februar 2016 (vgl. E. 6.2 hiavor) und das Gutachten von Dr. D.____ vom 5. Juli 2016 (vgl. E. 6.3 hiavor) davon aus, dass der Versicherte in der bisherigen administrativen Tätigkeit als Selbständigerwerbender sowie in angepassten Verweistätigkeiten vom 19. Dezember 2015 bis 7. Februar 2016 vollständig und vom 8. Februar 2016 bis 4. Juli 2016 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Seit dem 5. Juli 2016 bestünde eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Als Maler/Gipsler sei beim

Beschwerdeführer vom 19. Dezember 2015 bis 7. Februar 2016 von einer vollständigen und ab dem 5. Juli 2016 bis auf weiteres von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % auszugehen. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Dr. F.____ sei aufgrund der vorliegenden Befunde nicht nachvollziehbar. Daran hielt er auch am 5. Februar 2018 fest.

7.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 7. Mai 2018 gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. G.____ vom 12. Juni 2017 und 5. Februar 2018 davon aus, dass der Versicherte vom 19. Dezember 2015 bis 7. Februar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und vom 8. Februar 2016 bis 4. Juli 2016 eine solche von 50 % aufgewiesen habe. Ab dem 5. Juli 2016 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % auszugehen. Demnach sei das Erfordernis einer fort dauernden Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % nach Ablauf des Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit c IVG) nicht erfüllt.

7.2 Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall – wie hier – ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Zu beachten ist zunächst, dass interne Berichte des RAD eine andere Funktion haben als medizinische Gutachten (Art. 44 ATSG) oder Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Sie erheben nicht selber medizinische Befunde, sondern setzen sich mit den vorhandenen auseinander. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C_692/2014, E. 3.3). Vorliegend nahm der RAD-Arzt Dr. G.____ – ohne eine ärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV durchgeführt zu haben – eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit vor, und kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für berufsspezifische Belastungen als Maler/Gipsers eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und für angepasste Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit aufweise. Diese Beurteilung findet jedoch in den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen keine Stütze. Überdies ist sie weder nachvollziehbar begründet noch nimmt Dr. G.____ hinreichend Bezug auf das konkrete Belastungsprofil im Betrieb. Es ist deshalb ungeklärt, ob der Beschwerdeführer als Kleinunternehmer überhaupt in der Lage wäre, seinen Betrieb so zu organisieren, dass er die RAD-ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % tatsächlich umsetzen könnte. Überdies steht die Einschätzung von Dr. G.____ in einem unauflösbaren Widerspruch zu den aktenkundigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dres. E.____ und F.____ vom 5. Oktober 2016, 13. Januar und 10. April 2017, welche dem Beschwerdeführer eine weit höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % attestieren. Auch wenn Dres. E.____ und F.____ ihre Beurteilungen nicht weiter begründen und im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), lassen ihre erheblich unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit dennoch Zweifel an der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. G.____ aufkommen. Dies gilt umso mehr, als Dr. G.____ den Beschwerdeführer nie persönlich untersuchte und sich bei der Beurteilung des Gesundheitszu-

stands weitgehend auf die Feststellungen von Dr. D.____ vom 5. Juli 2016 abstützte, welcher weitgehend von altersentsprechenden Befunden ausgeht, was jedoch bereits aufgrund der Bildgebung (vgl. MRI vom 8. Februar 2016) nicht nachvollziehbar ist. Da vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. G.____ bestehen, kann nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.4 hiervor) bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend abgeklärt. Namentlich kann keine verlässliche Aussage bezüglich allfälligen Bestehens der einjährigen Wartezeit und allfälliger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach Ablauf des Wartehrs (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG) gemacht werden. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

8. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweist sich die der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2018 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, die Leistungsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden durch eine unabhängige versicherungsexterne medizinische Fachperson abklären zu lassen. Anschliessend wird sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung und in Anwendung der zutreffenden Bemessungsmethode über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 neuerdings 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 dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter machte in seiner Honorarnote vom 8. Januar 2019 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 8,25 Stunden geltend, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen 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 insgesamt Fr. 96.50. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'325.25 (8,25 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 96.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 BGG 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).

10.2 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 angefochtene Verfügung vom 7. Mai 2018 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. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'325.25 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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