

A.2 Am 18. Februar 2017 meldete sich A._____ unter Hinweis auf unfallbedingte Beschwerden am rechten Handgelenk bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse und nach Durchführung beruflicher Massnahmen lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) einen Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 22. August 2019 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 30 % ab.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Daniel Tschopp, am 23. September 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 22. August 2019 aufzuheben und es sei ihm ab Dezember 2017 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 22. August 2019 vollumfänglich aufzuheben und die IV-Stelle anzuweisen, gestützt auf Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 weitere medizinische und berufliche Abklärungen vorzunehmen und hernach über den Anspruch auf IV-Leistungen erneut zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Gewährung des Replikrechts und die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Advokat Tschopp als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass ihm eine Arbeitsleistung auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr zu 100 % zumutbar sei und der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe. Schliesslich rügte er eine Verletzung des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente". Die IV-Stelle sei zur Berentung geschritten, ohne Eingliederungsmassnahmen seriös zu prüfen und durchzuführen.

C. Mit Schreiben vom 26. September 2019 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

D. Mit Eingabe vom 4. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von PD Dr. med. C._____, FMH Neurochirurgie, vom 19. September 2019 ein.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Oktober 2019 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 4. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Daran hielt sie auch in ihrer ergänzenden Eingabe vom 15. Oktober 2019, unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. D._____ vom 14. Oktober 2019, fest.

F. Am 17. Oktober 2019 zog das Kantonsgericht bei der Suva und bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG als Krankentaggeldversicherung die Akten des Versicherten bei.

G. Am 30. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. E._____, FMH Neurologie, vom 2. Oktober 2019 ein. Hierzu nahm die IV-Stelle unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. D._____ vom 20. November 2019 am 21. November 2019 Stellung.

H. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 17. Januar 2020 / Duplik vom 27. Februar 2020) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

I. Am 9. März 2020 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 15. Februar 2020 ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 12. März 2020 auf eine weitere Stellungnahme.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 23. September 2019 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. August 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Später eingereichte ärztliche Berichte sind aber ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine).

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. Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG 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).

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 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 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 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.4 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen 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 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und 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 vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

6.2 Am 19. Juni 2017 diagnostizierte Dr. med. G.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein traumatisiertes SLAC-Wirst Stadium II nach Kontusionstrauma am 13. Dezember 2016 [recte: 9. Dezember 2016] bei unbekanntem Primärereignis. Die rechte dominante Hand sei nicht mehr belastbar. Als Eisenleger sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit ohne Belastung der rechten Hand sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich noch möglich.

6.3 Am 16. April 2018 diagnostizierte PD Dr. C.____ eine fortschreitende zervikale Spondylose mit Spinalkanalstenosen C3/4, C4/5 und C5/6, eine Hyperglyzeridämie, ein traumatisiertes SLAC-Wirst Stadium II nach Kontusionstrauma und seit Monaten einen rezidivierenden Drehschwindel. Der Versicherte sei aufgrund der zervikalen Spondylose und des Funktionsverlusts der rechten Hand deutlich eingeschränkt. Die Arbeit als Eisenleger sei nicht mehr möglich. Auch für eine alternative Beschäftigung sei der Versicherte aufgrund der Funktionseinbussen im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig. Klinisch bestünde keine manifeste Myelopathie. Dies könne damit zusammenhängen, dass er zwar eine hochgradige Spinalkanalstenose aufweise, gleichzeitig aber aufgrund der zervikalen Spondylose die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) so stark eingeschränkt sei, dass kaum mehr Bewegung stattfinde. Der aktuelle Zustand lasse sich operativ nicht verbessern.

6.4 Am 17. August 2018 diagnostizierte Dr. E.____ einen Verdacht auf ein radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom C7/8 rechts und eine zervikale Myelopathie. Klinisch bestünde der Verdacht auf ein polyradikuläres Ausfallsyndrom bzw. eine untere Plexusläsion. Elektrophysiologisch würden die Befunde auf ein radikuläres Ausfallsyndrom C7 rechts hindeuten. Die Ableitung evozierter Potentiale zeige eine Läsion der zentralen motorischen und sensiblen Bahnen, welche die aktuelle Klinik nicht erkläre, jedoch das Vorliegen einer zervikalen Myelopathie belege. Regelmässige Physiotherapie sei dringend zu empfehlen. Zudem sei ein operativer Eingriff zu evaluieren.

6.5 Am 21. August 2018 führte PD Dr. C.____ aus, der Versicherte leide im Anschluss an das Heben von schweren Lasten an exazerbierten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schulter und in den Scapulabereich sowie an Schmerzen im Ellbogen rechts. Bei Letzteren könne es sich um einen muskulären Schmerz oder um eine Tendinose handeln. In Bezug auf die zervikale Spondylose gehe es dem Versicherten bereits wieder besser. Für eine Operation an der HWS bestehe somit kein Handlungsdruck und es sei unklar, inwiefern die Nacken- und Schulterschmerzen rechts auf eine Dekompression ansprechen würden. Klinisch bestünden keine gesicherten Zeichen einer Myelopathie.

6.6 Am 10. September 2018 hielt Dr. D.____ fest, die aktuelle Schmerzproblematik betreffend die rechte Schulter und den Ellbogen seien organisch nicht hinlänglich erklärbar. Auch der Drehschwindel imponiere unspezifisch. Nachvollziehbar sei eine eingeschränkte Funktion (Belastbarkeit) der rechten Hand für einseitig schwere oder repetitive manuelle Anforderungen. In einer angepassten körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren körperlichen Arbeit ohne streng bimanuellen Einsatz lasse sich dagegen keine massgebliche Funktionseinschränkung formulieren. Dass sich der Versicherte mit seinen aktuellen Beschwerden in keiner Weise arbeitsfähig erachte, lasse sich medizinisch nicht begründen. Die Befunde würden positive Ressourcen belegen, die ab dem 18. Februar 2017 eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zulassen würden. Auffallend seien eine Selbstlimitierung und eine Symptomausweitung. Der Fall sei medizinisch komplex und aussagekräftig dokumentiert, so dass eine abschliessende versicherungsmedizinische Stellungnahme nach aktueller Aktenlage vertretbar erscheine.

6.7 In ihrem Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2018 stellte Dr. E.____ ein multiradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom C7 bis Th1 rechts und eine zervikale Myelopathie bei hochgradiger Spinalkanalstenose auf der Höhe HWK 3/4 und HWK 5/6 fest. Im Verlauf zeige sich nun eine deutliche Atrophie der Muskeln der Myotome C7 bis Th1.

6.8 Im Bericht des Universitätsspitals H.____ vom 17. Oktober 2018 wurde festgehalten, dass am 11. Oktober 2018 eine Verlaufskontrolle stattgefunden habe. Nach Angaben des Versicherten seien die Schmerzen im Ellbogen und die motorische Störung der rechten Hand fast vollständig verschwunden. Bildgebend zeige sich ein stabiler Verlauf. Klinisch gehe es dem Versicherten eher wieder besser. Elektrophysiologisch zeige sich eine diskrete Denervation im Musculus trizeps rechts.

6.9 Am 24. Oktober 2018 nahm Dr. D.____ zu den nachgereichten medizinischen Unterlagen Stellung. Er hielt fest, dass ein primär sensibles, degenerativ bedingtes radikuläres Ausfallsyndrom C7 rechts dokumentiert sei, wobei sich sowohl die motorische Störung als auch die Ausfälle im Verlauf der konservativen Behandlung fast komplett zurückgebildet hätten. Elektrophysiologisch zeige sich noch eine ausdrücklich diskrete Denervierung im Muskulus trizeps, wobei die Muskelkraft gemäss dem differenzierten neurologischen Untersuchungsbefund nur sehr marginal eingeschränkt seien. In einer leichten körperlichen Tätigkeit liessen sich keine Einschränkungen ableiten. In Ergänzung zur bisherigen RAD-Beurteilung könne bis 11. Oktober 2018 (Untersuchungszeitpunkt im Universitätsspital H.____) eine behandlungsbedingte volle Arbeitsunfähigkeit eingeräumt werden. Darüber hinaus sei auf die bisherige RAD-Beurteilung abzustellen.

6.10 Am 1. Februar 2019 nahm Dr. D.____ erneut Stellung. Neurologisch sei nun ein perakutes radikuläres Ausfallsyndrom C7/C8/Th1 rechts festgestellt worden. Klinisch imponiere jedoch eine bloss geringe Kraftminderung. Hinsichtlich Leistungsfähigkeit habe Dr. G.____ für angepasste Verweistätigkeiten eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit attestiert (Bericht vom 19. Juni 2017). Die von Dr. C.____ im Bericht vom 16. April 2018 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei bei genauer Betrachtung unter Einbezug der objektiven Befunde und der subjektiven Beschwerden

nicht plausibel. Wegen der symptomatisch zervikalen Osteochondrose mit Ausstrahlung in die Schulter sei in einer angepassten Tätigkeit keine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründbar. Insgesamt liesse sich auch aus den neuen medizinischen Daten keine versicherungsmedizinisch wegweisende Verschlechterung ableiten. Auf die RAD-Beurteilung vom 24. Oktober 2018 könne weiterhin abgestellt werden.

6.11 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm Dr. D.____ am 13. März 2019 zu den Einwänden des Versicherten Stellung. Er hielt fest, dass keine neuen medizinischen Befunde vorliegen, die die bisherige RAD-Beurteilung in Frage stellen oder gar widerlegen würden. Ein fachspezifisches Gutachten sei nicht erforderlich. Angesichtes der verdächtigen Selbstlimitierung des Versicherten erscheine auch eine berufliche Abklärung eher nicht zweckmässig.

6.12 Im Bericht vom 12. September 2019 führte Dr. G.____ aus, aus handchirurgischer Sicht dominiere das neurologische Ausfallbild, was quasi einer unteren Plexusläsion entspreche, mit massiver Atrophie der entsprechenden Muskulatur. Diese werde sich einer Dekompression zervikal nicht erholen. Zudem schränke die Radiocarpalarthrose die Hand zusätzlich ein. Die dominante rechte Hand könne selbst als Hilfs hand kaum mehr eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der Immobilisation im Bereich der HWS sei es unmöglich, den Versicherten irgendwo in den Arbeitsprozess zu reintegrieren.

6.13 Am 19. September 2019 führte PD Dr. C.____ aus, mittlerweile habe sich eine deutliche zervikale Myelopathie im Rahmen der zervikalen Spondylose entwickelt mit Parese der rechten oberen Extremität sowie Gangunsicherheit. Der Versicherte erreiche auf einer Skala für die Myelopathie von maximal 18 Punkten nur 11 Punkte, was einer fortgeschrittenen Myelopathie entspreche. Zudem seien die rechte Hand und der rechte Arm überhaupt nicht mehr funktionell einsetzbar. Angesichts der Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten des Versicherten sei eine Re-Evaluation des Invaliditätsgrads nötig.

6.14 In seiner Stellungnahme zu den Vorbringen in der Beschwerde vom 23. September 2019 führte der RAD-Arzt Dr. D.____ am 4. Oktober 2019 aus, dass der mit der Beschwerde eingereichte Bericht von Dr. G.____ vom 12. September 2019 keine neuen Erkenntnisse enthalte. Seine Beurteilung, wonach es unmöglich sei, den Versicherten irgendwo in den Arbeitsprozess zu reintegrieren, erscheine undifferenziert, da er keine medizinisch-theoretisch angepasste Tätigkeit diskutiere und sich allein an den negativen Einschränkungen und den subjektiven, auffallend schmerzhaft geprägten Beschwerden des Versicherten orientiere, obwohl messbar verwertbare funktionelle Ressourcen vorliegen würden. Bemerkenswert erscheine auch der Gesinnungswandel von Dr. G.____: Während er dem Versicherten im Bericht vom 19. Juni 2017 noch eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert habe, stelle er nun offensichtlich auf die subjektiven Angaben des Versicherten ab und verneine eine Restarbeitsfähigkeit, obwohl sich die Befunde im Verlauf nicht wesentlich verändert hätten. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von PD Dr. C.____ (Bericht vom 16. April 2018) sei anzumerken, dass sich mit den inserierten Beschwerden und den notierte objektiven Befunden keine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit begründen lasse. Die RAD-Beurteilung der Zumutbarkeit punkto Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tä-

tigkeit sei unter Berücksichtigung der abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie der objektiven medizinischen Befunde und den daraus ableitbaren Ressourcen erfolgt. Von einer erneuten neurologischen Abklärung seien keine wegweisenden Schlüsse zu erwarten. Aus dem Bericht von PD Dr. C.____ vom 21. August 2018 gehe sodann eindeutig hervor, dass der Versicherte zwar wegen einer Schmerzexazerbation notfallmässig im X.____spital vorstellig worden sei, die Schmerzzunahme aber ausdrücklich belastungsabhängig und zwar im zeitlichen Zusammenhang beim Heben von Bauteilen seines Betonbrunnens ins Auto aufgetreten sei, was per se schon Fragen nach der funktionellen Einschränkung der rechtsdominanten Seite der oberen Extremität sowie der HWS aufwerfe. Selbst wenn der Beschwerdeführer die Betonteile strikt einhändig bewegt hätte, wäre diese körperliche Ressource zweifellos auch in einer körperlich leichten Tätigkeit umsetzbar. Der Fall sei medizinisch komplex dokumentiert und der Versicherte sei bereits fachübergreifend spezialärztlich hinlänglich abgeklärt worden. Wegweisende Befundänderungen seien auch aus dem aktuellen Bericht des Handchirurgen Dr. G.____ nicht zu entnehmen, weshalb sich auch keine weiteren orthopädischen oder neurologischen Abklärungen aufdrängen würden. Bei anscheinend dysfunktionaler Selbstdarstellung wäre jegliche weitere berufliche Abklärung wenig zweckmässig.

6.15 Am 2. Oktober 2019 führte Dr. E.____ aus, dass sich eine weitere leichte Progredienz der Atrophien und Paresen im Bereich des rechten Arms zeige, wobei sich neu auch eine Parese der C-6 versorgten Muskulatur nachweisbar sei. Bezüglich der zervikalen Myelopathie zeige sich klinisch ein progredienter Befund mit neu aufgetretenem Schwindel und sensibler Ataxie. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und eine Umschulung sei zum aktuellen Zeitpunkt bei persistierenden schweren sensomotorischen Defiziten des rechten Arms nicht denkbar. Eine interdisziplinäre Begutachtung sei dringend angezeigt.

6.16 Am 14. Oktober 2019 nahm Dr. D.____ zum Bericht von PD Dr. C.____ vom 19. September 2019 Stellung. Er hielt fest, dass sich daraus keine massgebliche Änderung zu den zeitnahen Vorbefunden feststellen liesse. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne unter versicherungsmedizinischen Kriterien nicht nachvollzogen werden, weil eine angepasste Tätigkeit medizinisch-theoretisch formuliert werden könne, in welcher die medizinisch unstrittigen Funktionseinschränkungen des Versicherten gebührend berücksichtigt würden. Dasselbe gelte für die von PD Dr. C.____ beschriebene Gangunsicherheit. An der bisherigen RAD-Beurteilung sei weiterhin festzuhalten.

6.17 Am 20. November 2019 nahm Dr. D.____ zum Bericht von Dr. E.____ vom 2. Oktober 2019 Stellung. Es würde zwar eine Progredienz der Atrophien und Paresen im Bereich der rechten Arms festgestellt. Diese würden aber ausdrücklich als leicht klassifiziert. Die beschriebene Parese der C-6 versorgten Muskulatur könne unter versicherungsmedizinischen Kriterien keine abweichende Beurteilung der Zumutbarkeit begründen. Zudem sei die Muskelfunktion und Koordination der unteren Extremitäten offensichtlich noch nicht eingeschränkt. Insgesamt würden sich keine neuen medizinisch wegweisenden Befunde ergeben, welche die bisherigen RAD-Beurteilungen punkto Zumutbarkeit in Frage stellen oder gar widerlegen könnten.

6.18 Am 24. Januar 2020 stellte Dr. G.____ klar, dass sich seine Aussage im Bericht vom 19. Juni 2017 hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einzig auf das Handgelenk bezogen habe. Damals sei das sensomotorische Ausfallsyndrom nicht evident gewesen. Der Versicherte präsentiere nach wie vor eine quasi afunktionelle rechte obere Extremität. Dass hier massive neuropathische Schmerzen mit hineinspielen würden, sei bei der evidenten Neuropathie unschwer nachzuvollziehen. Zudem zeige sich eine Progression des SLAC-Wirsts, welches vom Stadium II ins Stadium III gewechselt habe. Eine Arbeit in einem manuellen Beruf sei ausgeschlossen. Die von Dr. D.____ beschriebenen Ressourcen seien im Alltag nicht abrufbar. Die rechte Hand werde dauerhaft maximal als Hilfshand einsetzbar sein.

6.19 Im Bericht vom 11. Februar 2020 beschreibt Dr. E.____ eine weitere Progredienz des multiradikulären sensomotorischen Ausfallsyndroms, mit aktuell klinischen Hinweisen auf eine Ausdehnung der Radikulopathie auf die Wurzeln C5-C1 rechts. Die bei zervikaler Spondylose mit hochgradiger Spinalkanalstenose bereits im August 2018 elektrophysiologisch nachgewiesene zervikale Myelopathie sei bei unverändert bestehender sensibler Ataxie klinisch stationär. Aus neurologischer Sicht bestünde eine funktionale Einhändigkeit. Zudem würde die ausgeprägte Spondylose mit funktionaler Versteifung der zervikalen Wirbelsäule die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränken. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit liege zwischen 30 % bis 40 %. Bei zusätzlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Hand- und Wirbelsäulenproblematik sei eine Begutachtung in den Fachgebieten Neurologie sowie Wirbelsäulen- und Handchirurgie zu empfehlen.

6.20 Am 15. Februar 2020 hielt Dr. F.____ fest, bei der bekannten chronifizierten und ausgeprägten Symptomatik seien die bisherige Tätigkeit als Eisenleger sowie manuelle Berufe nicht mehr möglich. Aufgrund der neurologischen Ausfallsymptome und den chronischen Schmerzen betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit maximal 50 %. Selbst nach einem operativen Eingriff würde sich voraussichtlich keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einstellen.

6.21 Am 27. Februar 2020 nahm Dr. D.____ zu den Berichten von Dr. G.____ vom 24. Januar 2020 und Dr. E.____ vom 11. Februar 2020 Stellung. Er hielt fest, dass der Versicherte aufgrund der radiologischen Erkenntnisse als funktional einarmig einzustufen sei. Darüber hinaus ergäben sich aber keine Befunde, die eine abweichende Beurteilung der bisherigen RAD-Zumutbarkeit nahelegen oder gar belegen könnten. Die erhobenen Befunde würden durchaus noch veritabel Restfunktionen aufzeigen. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen würden eine Beurteilung durch den RAD zulassen. Die bisherigen RAD-Stellungnahmen hätten weiterhin Gültigkeit.

7.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 22. August 2019 gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. D.____ vom 10. September 2018, 24. Oktober 2018, 1. Februar 2019 und 13. März 2019 davon aus, dass der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit als Eisenleger seit dem Unfall vom 9. Dezember 2016 vollständig arbeitsunfähig sei. Indes bejahte sie ab dem 18. Februar 2017 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen

Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.4 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend ergeben sich Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, wie sich aus den nachstehenden Ausführungen ergibt.

7.2 Zunächst fällt auf, dass der Beschwerdeführer nie gutachterlich abgeklärt wurde. Die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D.____ stützt sich einzig auf die Berichte der behandelnden Ärzte Dres. G.____, C.____ und E.____. Zwar ergeben sich daraus umfassende und differenzierte medizinische Befunde, die eine Aktenbeurteilung durch den RAD grundsätzlich als möglich erscheinen lassen. Es bestehen aber unüberwindbare Diskrepanzen hinsichtlich der Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Während Dr. D.____ dem Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten seit dem 18. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, gehen die behandelnden Fachärzte von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % bis 40 % bzw. 50 % oder sogar von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit aus. Zwar erfolgten die Berichte der Dres. G.____, C.____, E.____ und F.____ vom 12. September 2019, 19. September 2019, 2. Oktober 2019, 24. Januar 2020, 11. Februar 2020 und 15. Februar 2020 nach der Verfügung vom 22. August 2019. Sie lassen aber unstreitig Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu, weshalb sie in diesem Verfahren zu berücksichtigen sind. Dies wird auch von der IV-Stelle zu Recht nicht in Abrede gestellt. Die erheblich unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit mögen zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass die behandelnden Fachärzte bei ihrer Einschätzung kein konkretes Profil möglicher Verweistätigkeiten vor Augen haben, sondern davon ausgehen, dass zunächst eine Umschulung durchzuführen wäre, bevor eine solche Einschätzung überhaupt gemacht werden kann. Eine Gesamtschau nahm einzig Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2020 vor, wobei sie dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestiert. Es mag sein, dass die behandelnden Fachärzte bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit – wie Dr. D.____ zu bedenken gibt – auch den subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten Gewicht beigemessen haben. Zudem ist zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb auch aus diesem Grund bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht unbesehen auf die vorliegenden Einschätzungen der Fachärzte abgestellt werden kann. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass der Beschwerdeführer an massiven somatischen Befunden leidet, die geeignet sind, ihn auch in körperlich angepassten Beschäftigungen einzuschränken. So taxierte auch Dr. D.____ den Versicherten als funktionell einarmig. Vor diesem Hintergrund bestehen mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der massgebenden Feststellung des RAD, wonach der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit ab dem 18. Februar 2017 zu 100 % arbeitsfähig sei. Dies gilt vorliegend umso mehr, als keine fachärztlichen Gutachten vorhanden sind und Dr. D.____ den Beschwerdeführer nie persönlich untersuchte. Da Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin

eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. D._____ bestehen, kann nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.4 hiervor) bei diesem Beweisergebnis nicht auf seine 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 einer allfälligen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in angepassten Verweistätigkeiten gemacht werden. Die angefochtene Verfügung vom 22. August 2019 ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

7.3 Rechtsprechungsgemäss 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 22. August 2019 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D._____ in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten in Verweistätigkeiten 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, den Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung und die Leistungsfähigkeit des Versicherten in Verweistätigkeiten unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden durch unabhängige versicherungsexterne medizinische Fachpersonen neurologisch sowie orthopädisch abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktergänzung wird sie allfällige berufliche Eingliederungsmassnahmen prüfen und über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

8.1 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. 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). Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- wer-

den somit ihr auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende 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 Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 11. März 2020 einen Zeitaufwand von 16 Stunden und 10 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zweiten Schriftenwechsels nicht zu beanstanden ist. Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 88.80. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'448.50 (16,16 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 88.80 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 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).

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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. August 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'448.50 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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