



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Oktober 2017 (720 17 209 / 275)

Invalidenversicherung

Eintreten auf Leistungsbegehren / Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin i.V.
Andrea Scheidegger

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Guido Ehrler, Advokat,
Rebgasse 1, Postfach 477, 4005 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente / Nichteintreten

A. Der 1957 geborene A.____ arbeitete zuletzt als Polymechaniker bei der B.____ AG. Am 5. Januar 2015 meldete er sich unter Hinweis auf eine koronare Herzkrankheit, nach Myokardinfarkt im Juli 2014, erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) einen Rentenanspruch aufgrund Nichterfüllens des Wartejahres mit Ver-

fügung vom 6. Juni 2016 ab. Nachdem am 29. September 2016 erneut ein Leistungsbegehren bei der IV-Stelle eingegangen war, trat diese mit Verfügung vom 6. Juni 2017 darauf nicht ein.

B. Gegen die Verfügung vom 6. Juni 2017 erhob A._____, vertreten durch Advokat Guido Ehrler, am 3. Juli 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Verfügung vom 6. Juni 2017 aufzuheben und die IV-Stelle anzuweisen, auf das Gesuch vom 5. Januar 2015 (recte: 29. September 2016) einzutreten. Eventualiter sei die IV-Stelle anzuweisen, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2015 eine IV-Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 60 % auszurichten; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 18. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 3. Juli 2017 ist einzutreten.

2. Zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle auf die Neuanmeldung zum Leistungsbezug des Beschwerdeführers vom 29. September 2016 (Eingang) zu Recht nicht eingetreten ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Gericht im Rahmen des vorliegenden Prozesses keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs vornehmen kann, gehört eine solche doch weder zum Anfechtungs- noch zum Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Soweit der Beschwerdeführer in seinem Rechtsbegehren die Ausrichtung von Rentenleistungen beantragt, kann daher auf die Beschwerde nicht eingetreten werden. Indes geht der Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle anzuweisen, auf sein Leistungsbegehren vom 5. Januar 2015 (recte: 29. September 2016) einzutreten, nicht über den Streitgegenstand des vorliegenden Prozesses hinaus. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde einzutreten.

3.1 Wurde ein Rentenanspruch einer versicherten Person wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine Neuanmeldung zum Rentenbezug nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erhebli-

chen Weise geändert hat. Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht damit einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen). Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Spielraum. So wird sie zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind allerdings herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

3.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wie das Bundesgericht im Entscheid 130 V 64 ff. bekräftigt hat, spielt der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen), insoweit nicht. Wird in der Neuanmeldung bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person nach der Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 64 f. E. 5.2.5 mit Hinweisen). Wenn die der Neuanmeldung beiliegenden ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist es der Verwaltung zwar unbenommen, entsprechende Erhebungen anzustellen oder bei der versicherten Person Belege nachzufordern, eine Verpflichtung der IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben (analog zu BGE 130 V 64 ff.) besteht indessen nur, wenn den – für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Im Übrigen bedeutet eine bloss Abklärung durch die Verwaltung, so

das Einholen eines einfachen Arztberichtes, allein noch kein materielles Eintreten auf die Neu- anmeldung (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.3 mit Hinweis).

3.4 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungs- prozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfas- send und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entschei- den hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsan- spruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berich- ten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Grün- de anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwer- den berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darle- gung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.5 Zeitlicher Ausgangspunkt für die Prüfung der veränderten Verhältnisse bildet die letzte materielle Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Be- weiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs. Vorliegend fand im Rahmen der erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug vom 5. Januar 2015 eine umfassende Abklä- rung des Sachverhalts statt. Die IV-Stelle lehnte gestützt darauf mit Verfügung vom 6. Juni 2016 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers aufgrund Nichterfüllens des Warte- jahres ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhält- nissen erfolgt ist, die ein Eintreten auf die Neuanschuldung rechtfertigen würde, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 6. Juni 2016 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 6. Juni 2017.

4.1 Die IV-Stelle stützte ihre rentenablehnende Verfügung vom 6. Juni 2016 auf die Beur- teilung von Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewe- gungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 21. März 2016. Dem- nach wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers sei nicht als derart körperlich anspruchsvoll einzustufen, dass sich – gemessen an den letztlich objektivierbaren medizinischen Befunden – eine massgebliche und dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit plausibel ergeben könnte. Vom 13. Juli 2014 bis zum 18. September 2014 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Nach der Entlassung aus der Herzrehabilitation könne eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit im Sin- ne eines schrittweisen beruflichen Wiedereinstiegs ab dem 19. September 2014 aus versiche- rungsmedizinischer Sicht nachvollzogen werden. Ab diesem Zeitpunkt seien – mit Ausnahme der subjektiven Beschwerden mit Selbstlimitierung – keine funktionellen Einschränkungen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mehr ausgewiesen. Deshalb bestehe spätestens ab dem 20. Oktober 2014 aus versicherungsmedizinischer Sicht in seiner beruflichen Tätigkeit als Polymechaniker keine Arbeitsunfähigkeit mehr.

4.2.1 Im Rahmen seiner Neuanmeldung mit Eingang vom 29. September 2016 reichte der Versicherte das Wiedererwägungsgesuch vom 19. September 2016 von Dr. med. D.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, ein. Demnach habe sich seine Leistung bzw. sein Allgemeinbefinden seit der letzten Kontrolle im Juli 2015 weiter verschlechtert, so dass er kaum mehr beschwerdefreie Tage erlebe. Bei bereits geringer Anstrengung komme es zu Atemnot sowie zu rezidivierenden, atypisch anmutenden thorakalen Beschwerden. Objektiv zeige sich auch eine Verschlechterung seiner Leistung bzw. der linksventrikulären Auswurfleistung bei neuem Nachweis eines Aneurysmas im Herzspitzenbereich. Dies erkläre die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sowie einen Teil seiner Thoraxbeschwerden. Zusammenfassend handle es sich somit um eine progrediente koronare Herzerkrankung, deren Prognose im Falle einer künftig möglichen Herzinsuffizienz insgesamt schlecht sei. Die Registerdaten würden aus den grossen internationalen Studien dokumentierte 5-Jahres-Mortalitäten um 30 % bis 50 % ergeben. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen bzw. der Befunde der kardialen Funktionsdiagnostik sei der Patient aus kardialer Sicht für seinen bisherigen Beruf als Arbeiter bei der B.____ AG zu mindestens 60 % arbeitsunfähig. Daher erachte er eine Wiedererwägung der Arbeitsfähigkeit bzw. eine erneute Anmeldung bei der IV-Stelle für gerechtfertigt und er bitte den Hausarzt, eine Revision einzuleiten.

4.2.2 Dem Schreiben des Hausarztes Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 19. September 2016 an die F.____ ist zu entnehmen, dass der Patient am 13. Juli 2015 einen antero-lateralen Herzinfarkt erlitten habe. Nach diesem Herzinfarkt habe er seine Arbeit nur noch zu 60 % ausführen können. Er habe auch immer atypische Thoraxschmerzen gehabt. Kardiologisch könnten diese aber nicht erklärt werden. Die Taggeldversicherung habe wegen nicht objektivierbarer Befunde (vor allem Müdigkeit) die Zahlungen eingestellt, so dass der Patient nur noch 60 % seines Lohnes bekomme. Nun habe ihm die Arbeitgeberin geschrieben, dass sie sein Arbeitspensum weiter reduzieren wolle. Der Patient sei dadurch sehr gekränkt und reagiere mit einem depressiven Verhalten. Er fühle sich schlecht behandelt, sei traurig und könne nicht schlafen. Des Weiteren führt Dr. E.____ aus, dass er die F.____ bitte, den Patienten zur psychiatrischen Therapie – wenn möglich in italienischer Sprache – anzubieten.

4.2.3 In der rheumatologischen Untersuchung vom 10. Oktober 2016 bei Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, berichtete der Beschwerdeführer, dass er seit ca. 30 Jahren an chronisch-rezidivierenden Rückenschmerzen leide. Diese hätten sich in den letzten Monaten und Jahren massiv verstärkt. Sie würden beim Liegen, Sitzen und Stehen sowie beim Gehen auftreten, bei Belastungen seien sie stärker. Oft leide er auch an einer Schwäche in den Beinen, so dass er zum Teil auf der Strasse einknicke. Darauf folgend diagnostizierte Dr. G.____ in seinem ärztlichen Bericht vom 13. Oktober 2016 einen Status nach leichtgradigen Segment-Degenerationen der unteren Lendenwirbelsäule in der Magnetresonanztomographie (MRT). Die nozizeptive Schmerzkomponente erkläre sich durch die nachgewiesenen Segment-

Degenerationen. Eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis ab und zu mittelschwere Tätigkeiten, also auch für den bisherigen Beruf, sei zumutbar.

4.2.4 Dr. med. H.____, FMH Innere Medizin und Pneumologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 17. Oktober 2016 über die Pulsoxymetrie, welche er in der Nacht vom 12. Oktober 2016 auf den 13. Oktober 2016 durchführte. Der Beschwerdeführer leide an schlafbezogenen Atemstörungen, welche mit leichten und mittelschweren Sauerstoffentsättigungen und mit leichten Pulsschwankungen verbunden seien. Die subjektiven Beschwerden tagsüber und nachts seien durch den erhobenen Befund erklärbar. Aufgrund des Schweregrades und bei den bekannten zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren werde eine CPAP-Heimtherapie empfohlen. Anhand der vorliegenden Untersuchung könne nicht entschieden werden, ob das Apnoe-/Hypopnoe-Syndrom vom zentralen oder obstruktiven Typ sei.

4.2.5 Der RAD-Arzt Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 21. Oktober 2016 fest, dass es sich bei den subjektiven Beschwerden des Versicherten gemäss kardiologischer Anamnese und Beurteilung ausdrücklich um atypische Thoraxschmerzen handeln würde, die jedoch nur „relativ bedingt“ mit einem apikalen Aneurysma zu erklären seien. Gegen eine funktionelle Relevanz würden jedoch die objektiven Messdaten sprechen, zum Beispiel die einer regelrechten myokardialen Wandkontraktibilität. Zum Zeitpunkt des Ergometrie-Abbruchs hätten sich trotz der gegenwärtigen kardialen Belastung keine Ischämiezeichen in der Elektrokardiographie gezeigt, was klar für eine objektiv nicht ausgeschöpfte kardiale Leistungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt spreche. Der Versicherte wäre somit bei kritischer Auswertung der ergometrischen Auslastungskriterien noch höher belastbar gewesen. Die körperlich leichte Arbeit des Versicherten weise nicht andeutungsweise kardiopulmonale Belastungsspitzen auf. Inkohärent erscheine es auch, dass der behandelnde Kardiologe noch im Juli 2015 der Überzeugung gewesen sei, die Beschwerden des Versicherten seien als am ehesten muskuloskelettaler Natur zu interpretieren, während nun trotz fehlender wegweisender Befunde eher eine kardiale Diagnose zu finden sei. Die subjektiven, letztlich nur vordergründig kardiopulmonal einzustufenden Beschwerden des Versicherten würden sich auch ohne grössere Belastung weder organisch zuordnen lassen, noch lasse sich damit versicherungsmedizinisch eine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in einer bereits körperlich angepassten Tätigkeit begründen. Die Beschwerden würden bei genauer Betrachtung der Angaben jedoch eher einer vorausseilenden Angsthaltung bezüglich möglicher Restenosierungen entsprechen. Eine massgebliche Verschlechterung sei nicht glaubhaft, bzw. medizinisch nicht nachvollziehbar.

Des Weiteren erklärte Dr. C.____ in seinem RAD-Bericht vom 18. November 2016, dass sich aus versicherungsmedizinischer Sicht aus der neu vorgebrachten psychischen Problematik aus mehreren Gründen bis auf weiteres keine massgebliche und dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit und damit eine Verschlechterung im postulierten Sinne der IV-Anmeldung ableiten lasse. Bezüglich einer subjektiv erhöhten Tagesmüdigkeit werde ein mittelschweres Schlaf-Apnoe-Syndrom mit leichten bis mittelschweren Sauerstoffentsättigungen in Zusammenhang gebracht, das jedoch bei aufgezeigten Behandlungsoptionen und noch ausstehender Behandlung aus versicherungsmedizinischer Sicht als behandelbar und damit nicht als dauerhaft eingestuft werden könne. Vor dem Hintergrund der diversen Befundinkonsistenzen seien die sub-

jektiven Beschwerden des Versicherten punkto Tagesmüdigkeit jedoch auch hinsichtlich ihrer tatsächlichen Ausprägung und vor allem Auswirkung zu hinterfragen, auch wenn die Beschwerden vorderhand mit den objektiven Befunden erklärbar scheinen würden. Auch mit den nachgereichten Berichten sei bei genauer Betrachtung der medizinischen Befunde unter versicherungsmedizinischen Kriterien keine wegweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft vorgebracht. Es entstehe dagegen eher der Eindruck, dass nun mit einem auffällig wechselnden Diagnosespektrum – nicht nur somatischer, sondern auch psychischer Art – versucht werde, dem Verschlechterungsantrag medizinisch Nachdruck zu verleihen.

4.2.6 Der RAD-Arzt Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, bestätigte in seinem Bericht vom 9. März 2017 die Beurteilung der kardialen Leistungsfähigkeit durch Dr. C.____. Eine Stellungnahme durch einen Kardiologen sei nicht notwendig. Die Äusserungen von Dr. D.____ dem Hausarzt gegenüber seien ausreichend.

4.2.7 Dem Bericht des RAD-Arztes Dr. C.____ vom 20. März 2017 ist weiter zu entnehmen, dass der RAD sich bezüglich der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf die objektiven medizinischen Eckdaten und nicht auf die subjektiven Beschwerden des Versicherten abgestützt habe. Dem möglicherweise psychiatrischen Sachverhalt sei bereits entsprechend Rechnung getragen worden. Neue fachpsychiatrische Daten, die nach ausgeschöpfter leitliniengerechter psychiatrischer Behandlung eine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten, würden nicht vorgelegt. Ausserdem sei die psychische Anamnese bis September 2016 absolut leer gewesen, so dass sich anhand der beschriebenen Eckdaten eine reaktive psychische Verstimmung als überwiegend wahrscheinlich aufdränge. Es sei am ehesten eine Anpassungsstörung als wahrscheinlich einzustufen, die aber als behandelbar und versicherungsmedizinisch ohne Relevanz gelten könne. Des Weiteren seien durch die degenerativen Veränderungen intermittierende Schmerzzustände ausgelöst worden, die aber eine altersentsprechend mögliche Varianz nicht überschreiten und angesichts der umrissenen Befunde letztlich als symptomatisch soweit behandelbar eingestuft werden könnten. So werde eine Rücken angepasste Tätigkeit, wie sie bereits vorliege, nicht massgeblich eingeschränkt, zumal auch der optimale Behandlungsrahmen nicht ausgeschöpft worden sei. Die kardiologisch von Dr. D.____ postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 % lasse sich gestützt auf die kardiologischen Eckdaten unter versicherungsmedizinischen Kriterien nicht nachvollziehen.

5.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Wesentlichen auf die RAD-Berichte von Dr. C.____ vom 21. Oktober 2016, 18. November 2016 und 20. März 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Dieser Auffassung der IV-Stelle kann nicht beigeplichtet werden. Wie in Erwägung 3.2 hiervor ausgeführt, genügt es für das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Solche Anhaltspunkte sind vorliegend aufgrund der neu aufgelegten medizinischen Unterlagen zu bejahen. So bescheinigte Dr. D.____ im Wiedererwä-

gungsgesuch vom 19. September 2016 eine Verschlechterung der Herzleistung des Versicherten seit der letzten Kontrolle im Juli 2015, insbesondere der linksventrikulären Auswurfleistung bei neuem Nachweis eines Aneurysmas im Herzspitzenbereich. Weiter beauftragte Dr. E.____ die F.____ mit Schreiben vom 19. September 2016, den Versicherten zur psychiatrischen Therapie anzubieten, da dieser aufgrund der beruflichen Situation gekränkt sei und mit depressivem Verhalten reagiere. Schliesslich ist dem Bericht von Dr. G.____ vom 13. Oktober 2016 zu entnehmen, dass im MRT leichtgradige Segment-Degenerationen der unteren Lendenwirbelsäule festgestellt wurden, welche die nozizeptive Schmerzkomponente erklären. Damit ist aus den vom Beschwerdeführer neu eingereichten medizinischen Unterlagen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten zumindest glaubhaft gemacht. Demgegenüber ist die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. C.____ nicht stichhaltig. Dies gilt umso mehr, als er in seiner Beurteilung der medizinischen Sachlage zu weit geht und teilweise bereits eine materielle Prüfung der Invalidität des Versicherten vornimmt. Dabei hätte er lediglich dazu Stellung nehmen müssen, ob Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten vorliegen. Zu erwähnen ist ausserdem, dass gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV eine Neuanmeldung zum Rentenbezug auf die Konstellation zugeschnitten ist, in welcher ein Rentenanspruch einer versicherten Person wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde (vgl. E. 3.1 hiervor). Vorliegend hat die IV-Stelle jedoch in der Verfügung vom 6. Juni 2016 den Rentenanspruch des Versicherten nicht mangels eines rentenrelevanten Invaliditätsgrades abgelehnt, sondern mit der Begründung, das Wartejahr sei nicht erfüllt. Die Frage, ob die Verfügung vom 6. Juni 2017 auch in diesem Punkt in formeller Hinsicht zu beanstanden wäre, kann allerdings offen gelassen werden, da ohnehin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Versicherten glaubhaft gemacht wurde. Insofern hat die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten materiell zu prüfen.

5.2 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass der Beschwerdeführer die Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation in einer Weise glaubhaft gemacht hat, welche ein Eintreten auf das Leistungsbegehren erforderlich macht. Folglich ist die IV-Stelle zu Unrecht auf die Leistungsanmeldung nicht eingetreten. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese die glaubhaft gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes weiter abklärt. Demnach ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 6. Juni 2017 aufzuheben und diese anzuweisen, das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Eingang vom 29. September 2016 materiell zu prüfen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt; gegenüber der Vorinstanz bzw. den kantonalen Behörden werden indes keine Verfahrenskosten erhoben. Da vorliegend die Vorinstanz unterlegen ist, ist demnach auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten und dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

6.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer in casu obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 28. September 2017 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 13,42 Stunden geltend gemacht, was umfangmässig angesichts der sich stellenden Sach- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 40.80. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung von Fr. 3'667.45 (13,42 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 40.80 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin 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 Guttheissung 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).

7.2 Beim vorliegenden Entscheid, durch welchen die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, das Leistungsbegehren materiell zu prüfen, 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. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen mit der Anweisung, das Gesuch vom 29. September 2016 materiell zu prüfen.

Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'667.45 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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