



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Januar 2023 (720 22 19 / 21)

Invalidenversicherung

Invalidenrente: ungenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts, Rückweisung an Vorinstanz

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Melina Tzikas, Rechtsanwältin, schadenanwaelte.ch AG, Totentanz 5, Postfach 2039, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1975 geborene A.____ arbeitete zuletzt vom 1. April 2005 bis 31. Juli 2015 als CNC-Dreher bei der Firma B.____ AG in C.____. Am 15. Februar 2016 meldete er sich unter Hinweis auf unfallbedingte Schulterbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab. Nach Durchführung von beruflichen Massnahmen sowie eines Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle A.____ mit Verfügung vom

3. Dezember 2021 für die Zeit vom 1. August 2016 bis 31. Oktober 2016 aufgrund einer vollständigen Invalidität vom 22. Juni 2016 bis 15. Juli 2016 eine befristete ganze Rente der IV zu. Für die Zeit ab 1. November 2016 wurde der Leistungsanspruch des Versicherten gestützt auf einen ab 16. Juli 2016 ermittelten Invaliditätsgrad von 26% abgelehnt.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Melina Tzikas, am 17. Januar 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung über den 1. November 2016 hinaus eine Invalidenrente zuzusprechen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Rechtsanwältin Tzikas als Rechtsvertreterin; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt ungenügend abgeklärt habe und sich zu Unrecht auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Klinik D.____ stütze. Vielmehr hätten die anschliessenden erfolglosen beruflichen Massnahmen gezeigt, dass sich die dort abgegebene Prognose zur Arbeitsfähigkeit nicht bewahrheitet habe. Ferner sei das chronische Schmerzsyndrom, an welchem der Beschwerdeführer leide, bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Januar 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Der Beschwerdeführer reichte mit Eingaben vom 3. Februar 2022, 2. März 2022 sowie 15. März 2022 weitere Unterlagen zu seiner prozessualen Bedürftigkeit ein.

E. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 31. März 2022 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwältin Tzikas bewilligt.

F. Nach Beizug der Akten des zuständigen Unfallversicherers wurde der vorliegende Fall mit Verfügung vom 31. März 2022 der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

G. Anlässlich der Urteilsberatung vom 25. August 2022 ist das Kantonsgericht zur Auffassung gelangt, dass der Entscheid auszustellen sei. Es führte aus, dass es in Betracht ziehe, die Verfügung vom 3. Dezember 2021 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen und anschliessender Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit seien Bestand und Umfang des Rentenanspruchs wieder offen und es stehe die Möglichkeit einer Verschlechterung der Rechtsposition des Beschwerdeführers im Raum, weshalb ihm in Nachachtung von BGE 137 V 314 die Möglichkeit einzuräumen sei, seine Beschwerde zurückzuziehen. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass – falls bis zum genannten Termin am 3. Oktober 2022 kein Beschwerderückzug erfolgt und kein Fristerstreckungsgesuch eingeht – davon ausgegangen werde, dass an der Beschwerde festgehalten werde.

H. Innert der mit Beschluss vom 25. August 2022 angesetzten Frist ist seitens des Beschwerdeführers keine Eingabe an das Gericht erfolgt.

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

1.1 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 17. Januar 2022 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 3. Dezember 2021 und damit vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 1. November 2016 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2021 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 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 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 (BGE 128 V 29 E. 1).

3.4 Gemäss 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.

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 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 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, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es 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). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5. 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 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles 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.

5.1 Mit Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 15. Juli 2016 wird ein Unfall vom 22. Oktober 2011 mit antero-inferiorer Schulterluxation links mit kleinem knöchernen Bankart-Fragment bei Status nach Schulterluxation vor vielen Jahren diagnostiziert. Ferner sei eine chronische Schulterinstabilität links festzustellen mit einer Normvariante, einem Hill-Sachs-Defekt am posterosuperioren Humeruskopf und einer intakten Rotatorenmanschette bei Schulterarthroskopie und offener Latarjet-Operation am 23. Juni 2015; Schulterarthroskopie, Biopsie, Naht Supraspinatussehne sowie offener Osteosynthesematerialentfernung am 23. November 2015; sowie MR-Arthrographie mit Feststellung von postoperativen Veränderungen der Supraspinatussehnennaht und schmaler artikularseitiger Partialruptur (PASTA-Läsion), ohne Anzeichen einer Frozen Shoulder.

Bei Austritt lägen weiterhin belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen der linken Schulter, ein Kraftdefizit des linken Armes, eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter, eine Hyperästhesie des linken Armes sowie eine allgemeine Dekonditionierung vor. Es bestehe eine mässige Symptomausweitung, jedoch keine psychische Störung, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne. Die angestammte Tätigkeit als CNC-Dreher in der Metallbearbeitung sei nicht mehr zumutbar. Es handle sich um eine schwere körperliche Tätigkeit, die Anforderungen seien zu hoch. In einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit sollten die speziellen Einschränkungen der linken, dominanten Schulter berücksichtigt werden: keine Arbeiten mit dem linken Arm längerdauernd über Kopfhöhe, kein körperfernes Hantieren, keine Exposition des linken Armes gegenüber Schlägen oder Vibrationen.

5.2 Beim Versicherten wurde am 9. Januar 2018 eine glenohumerale Infiltration durchgeführt. Mit Bericht vom 8. Februar 2018 stellten die behandelnden Orthopäden des Spitals E.____ fest, dass bei den umfangreichen Abklärungen sowie der diagnostisch-therapeutischen Infiltration keine Ursache der Schmerzen habe eruiert werden können. Sie gingen von einem chronifizierten Schmerzsyndrom aus. Die schulterchirurgischen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft, der Patient werde in eine Klinik zur Schmerzbehandlung überwiesen.

5.3 Vom 16. Oktober 2017 bis 15. Januar 2018 sollte der Versicherte an einem Arbeitstraining bei der Einrichtung F.____ teilnehmen. Gemäss Abschlussbericht der Einrichtung habe der Versicherte indes lediglich während insgesamt sieben Tagen an der Massnahme teilgenommen. Er habe häufig über starke Schmerzen im Bereich der linken Schulter geklagt und wurde ab 25. Oktober 2017 100% arbeitsunfähig geschrieben. Die Massnahme sei in der Folge per 30. November 2017 beendet worden. Aufgrund der kurzen Einsatzdauer seien keine Aussagen über die Vermittelbarkeit möglich. Es seien Ressourcen erkennbar gewesen und der Versicherte sei willens gewesen, das Arbeitstraining zu versuchen. Er sei jedoch nicht in der Lage gewesen, den Arbeitseinsatz langfristig zu absolvieren.

5.4 Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm im Auftrag des Unfallversicherers am 18. Dezember 2018 eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten vor. Der Versicherte zeige nach langjährigem Verlauf und mehreren operativen Eingriffen insgesamt einen konsolidierten klinischen Befund. Es finde aktuell eine Betreuung durch die Schmerztherapie des Spitals E.____ statt. Termine in der orthopädischen Abteilung seien derzeit nicht geplant; es könne von einem medizinischen Endzustand bezüglich der linken Schulter ausgegangen werden. Die am 15. Juli 2016 von der Klinik D.____ festgelegte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt habe weiterhin Gültigkeit. Es sei eine Integritätsentschädigung geschuldet.

5.5 Ab 27. Mai 2019 absolvierte der Versicherte bei der Genossenschaft H.____ eine berufliche Abklärung. Mit Zwischenbericht vom 9. September 2019 wurde festgehalten, dass der Versicherte nach der Instruktion in das CAD Programm selbstständig gearbeitet, sich initiativ gezeigt und sich auch selbstständig beschäftigt habe. Es verfüge über gute schulische Grundkompetenzen, sei kognitiv fit und sei im Stande, sein gutes praktisches und theoretisches Fachwissen zu transferieren. Für eine Ausbildung in den Bereichen Konstruktion, Prozessfachmann oder Produktionsfachmann erfülle er die theoretischen Grundanforderungen deutlich. Eine Ausbildung in einem dieser Bereiche sei auch aus kognitiver Sicht realistisch. Ebenso wäre eventuell eine Tätigkeit im angestammten Berufsfeld (Techniker TS) denkbar. Das vereinbarte Pensum habe indes infolge stärker werdender Schmerzen in der linken Schulter nicht gehalten werden. Nach sechs Tagen habe der Versicherte aufgrund der Schmerzen während 19 Tagen gefehlt, anschliessend habe er in einem reduzierten Pensum gearbeitet (30% und 37.5%). Obschon er aufgrund der sehr guten Resultate bei den durchgeführten Tests bei gutem gesundheitlichen Allgemeinzustand einer Ausbildung in einem der genannten Bereiche gewachsen wäre, sei aus heutiger Sicht eine Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit wegen des reduzierten Pensums, der geringen körperlichen Resilienz und der noch fraglichen Selbstmotivation nicht gegeben. Eine weiterführende Massnahme solle jedoch Aufschluss darüber geben, ob die Ausbildungsfähigkeit erreicht werden könne.

5.6 Mit Verlaufsbericht vom 30. September 2019 führte Dr. med. I.____, FMH Anästhesie, aus, dass der Patient die neue Schmerzmedikation als unwirksam empfinde, weshalb die bisherige fortgesetzt würde. Durch den aktuellen Arbeitsversuch fühle er sich massiv belastet. Er komme mit dem Druck nicht klar, was sich negativ auf die Schmerzen auswirke. Aktuell könnten dem Patienten keine sinnvollen medikamentösen oder interventionellen Therapieoptionen mehr angeboten werden. Bezüglich der linken Schulter sei der medizinische Endzustand erreicht. Als einzige bisher nicht eingesetzte Therapie stünden WHO Stufe II Opiate im Raum, welche jedoch ein Schadensrisiko aufweisen und sich höchstwahrscheinlich nicht positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Der Patient werde nochmals ein Beratungsgespräch betreffend Ressourcen und Copingstrategien anstreben.

5.7 Die IV-Stelle teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 mit, dass die Abklärungsmassnahme bei der H.____ aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit von Anfang September 2019 bis 11. November 2019 per 31. Oktober 2019 vorzeitig abgebrochen werde.

5.8 Dem definitiven Abschlussbericht der H.____ betreffend berufliche Massnahmen vom 11. November 2019 ist zu entnehmen, dass die vom Versicherten vorgebrachten Schmerzen aus IV-Sicht derzeit nicht vollständig nachvollziehbar seien. In der Abklärungsmassnahme bei der H.____ seien Zweifel hinsichtlich der Motivation des Versicherten aufgekommen. So hätten die Schmerzen statt der Arbeit stets sehr dominant im Vordergrund gestanden; dies in deutlicher Diskrepanz zu den Aussagen des Versicherten, dass er unbedingt arbeiten wolle. Theoretisch wäre der Versicherte sowohl in einer qualifizierten als auch in einer Hilfsarbeitertätigkeit einsetzbar, sofern die Arbeitsfähigkeit entsprechend gegeben sei. Das Dossier werde an die Rentensachbearbeitung zurückgegeben.

5.9 Dr. G.____ nahm im Auftrag des Unfallversicherers am 2. Dezember 2019 erneut eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten vor, wobei er im Wesentlichen unveränderte klinische Befunde und Beweglichkeitsausmasse an der linken Schulter feststellte. Der Versicherte beklage eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit und befinde sich derzeit in psychiatrischer Behandlung. Die formulierte Zumutbarkeit der Klinik D.____ vom 15. Juli 2016 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne weiter bestätigt werden. Rein aus somatischer Sicht sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erklärbar.

5.10 Mit Bericht zuhanden der IV-Stelle (Eingang: 14. Januar 2020) diagnostizierte Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) auf dem Boden einer Anpassungsstörung im Jahr 2015 (ICD-10 F43.2) mit akuter reaktiver Exazerbation seit September 2019 im Rahmen eines Konfliktes am Arbeitsplatz, eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) im Sinne einer Anpassungsstörung mit Verbitterungssyndrom und schleichender Entwicklung seit 2015 sowie diverse bekannte somatische Diagnosen. Eine Arbeitstätigkeit sei aktuell weder dem Patienten noch allfälligen Vorgesetzten und Arbeitskollegen zumutbar. Die Prognose sei zum aktuellen Zeitpunkt schlecht, es bestehe eine chronische Verbitterung, die bereits an eine Persönlichkeitsänderung grenze. Dabei sei der Patient unkorrigierbar auf die Schmerzsymptomatik versteift und die Änderung seiner Umstände vom kompetenten Familienversorger zum Invaliden.

5.11 Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle, nahm am 23. März 2020 zur Krankengeschichte sowie zur Rentenzusprache durch den Unfallversicherer (basierend auf einem unfallkausalen Invaliditätsgrad von 29%) Stellung. Im Verlauf könne betreffend die somatischen Einschränkungen von der im Bericht der Klinik D.____ attestierten Zumutbarkeit ausgegangen werden. Von somatischer Seite lägen ausschliesslich die unfallbedingten Erkrankungen der linken Schulter vor, weshalb derzeit keine Indikation für eine weitere somatische Abklärung bestehe. Jedoch finde sich aktuell ein instabiler psychischer Gesundheitszustand mit der Empfehlung einer tagesklinischen Therapie.

5.12 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem im Rahmen des Einspracheverfahrens bei der Unfallversicherung eingeholten Bericht vom 30. März 2020 aus, dass der Patient seit der letzten Operation unverändert Beschwerden

mit Schmerzen im Bereich der linken Schulter habe. Im Bereich der rechten Schulter sei er prinzipiell nicht limitiert, aufgrund der Verspannungen im gesamten Nacken- und Schulterbereich müsse er jedoch bei starken Belastungen der rechten Schulter ebenfalls vorsichtig sein. In psychischer Hinsicht gehe es dem Patienten deutlich besser, da er nicht mehr dauernd mit Konfrontationen mit und Forderungen von Vorgesetzten konfrontiert sei. Er sei ausserdem in psychiatrischer und medikamentöser Behandlung. Gesamthaft stehe die somatische Problematik im Vordergrund und wirke sich arbeitslimitierend aus. Medizinisch-theoretisch sei der Patient in einer Tätigkeit mit nur geringem und seltenem Einsatz der linken oberen Extremität arbeitsfähig. Der linke Arm könne allenfalls unterstützend eingesetzt werden. Aufgrund der Verspannungen sei auch die Belastbarkeit des rechten Armes nicht unlimitiert. Insgesamt seien dem Patienten die vom Unfallversicherer attestierten mittelschweren Tätigkeiten im Bereich des linken Armes nicht und schon gar nicht ganztags zumutbar. Allenfalls bestehe eine Einsatzfähigkeit des linken Armes für leichteste Tätigkeiten mit nur gelegentlichem Einsatz, beispielsweise als Unterstützung von mässigen Tätigkeiten mit dem rechten Arm. Für eine reine Kontroll- und Überwachungsfunktion bestehe hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit.

5.13 Nachdem der Versicherte der IV-Stelle mit Schreiben vom 10. Februar 2021 mitgeteilt hat, dass er die psychiatrische Behandlung abgebrochen habe, nahm der RAD-Arzt Dr. K._____ am 24. März 2021 erneut Stellung. Die psychiatrische Behandlung sei nach wenigen Behandlungen im Frühjahr 2020 beendet worden. Nach eigener Auskunft fühle sich der Versicherte in psychischer Hinsicht gut und habe die Therapie deshalb beendet. Es könne somit von einer vorübergehenden gesundheitlichen Störung ausgegangen werden. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand lägen unverändert die unfallkausalen Schulterbeschwerden links vor, weshalb weiterhin auf die von der Klinik D._____ attestierte und von den Kreisärzten bestätigte Zumutbarkeit abgestellt werden könne. Dementsprechend sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit waren und seien ihm indes leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei die Tätigkeit keine Arbeiten länger dauernd über Kopfhöhe sowie kein körperfernes Hantieren und keine Exposition des linken Armes gegenüber Schlägen und Vibrationen beinhalten sollte. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte seit dem Austritt aus der Klinik D._____ am 16. Juli 2016.

5.14 In der RAD-Stellungnahme zu den Einwänden des Versicherten vom 9. August 2021 hielt Dr. K._____ an seinen Ausführungen fest. Die gescheiterten Eingliederungsversuche seien bei den kreisärztlichen Untersuchungen bekannt gewesen, weshalb sie die vom zuständigen Unfallversicherer attestierte Arbeitsfähigkeit nicht in Frage stellen könnten.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2021 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse des aus den Unfallakten der Suva beigezogenen Austrittsberichts sowie der beruflichen Grundabklärung der Klinik D._____ und auf die Stellungnahmen von Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) vom 26. August 2016, 24. März 2021 und 9. August 2021. Sie gelangte zur Auffassung, dass der Versicherte ab 22. Juni 2016 (Ablauf des Wartjahres) vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Aufgrund der verspäteten IV-Anmeldung entstehe der Rentenanspruch jedoch erst ab 1. August 2016. Ab dem 16. Juli 2016

sei dem Beschwerdeführer aber die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit wieder ganztags zumutbar gewesen.

6.2 Der Beschwerdeführer lässt dagegen vorbringen, dass sich die von der Klinik D._____ attestierte Zumutbarkeit bei der Eingliederung nicht bewahrheitet habe. Die Ergebnisse der Eingliederungsmassnahmen könnten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden, zumal der Beschwerdeführer sich stets einwandfrei verhalten und Einsatzbereitschaft gezeigt habe. Dass keine Arbeitsfähigkeit entsprechend dem Zumutbarkeitsprofil der Klinik D._____ bestanden habe, ergebe sich auch aus den echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen. Das chronische Schmerzsyndrom sei ausserdem als eigenständige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzuerkennen.

6.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kommt den genannten medizinischen Dokumenten im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Insbesondere findet sich weder im Austrittsbericht der Klinik D._____ noch in der darauffolgenden beruflichen Abklärung die Attestierung einer *vollschichtigen* Arbeitsfähigkeit ab 16. Juli 2016. Vielmehr wird zwar ein Verweisprofil definiert, jedoch ohne Angabe eines Pensums. Sofern die Kreisärzte aus dieser (unvollständigen) Angabe anschliessend eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit interpretierten, vermag dies nicht zu überzeugen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer vom Unfallversicherer bis 31. Januar 2020 ein Taggeld basierend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet wurde. Der behandelnde Arzt Dr. med. L._____ attestierte seinem Patienten zuhause der Suva zwar eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, indes lediglich in einer leichten bis sehr leichten Tätigkeit mit nur geringem Einsatz des linken Arms. Der Bericht datiert überdies erst vom 30. März 2020. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht ist nach dem Ausgeführten für den Zeitraum bis Anfang 2020 völlig unklar. Aus den Akten ist lediglich bekannt, dass dem Beschwerdeführer in der Zeit ab Juli 2016 verschiedentlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, weitere diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt wurden und die angestrebten beruflichen Massnahmen gescheitert sind. Unter diesen Umständen erscheint es nicht sachgerecht, auf die im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle über fünf Jahre alte Einschätzung der Klinik D._____ abzustellen. Sofern sich die Beschwerdegegnerin auf eine mangelnde Kooperation des Beschwerdeführers im Rahmen der beruflichen Massnahmen beruft, ist ihr entgegenzuhalten, dass eine solche nicht aktenkundig ist. Eine medizinische Auseinandersetzung mit dem Scheitern der Integrationsmassnahmen wurde nicht angestrebt. Dies wäre jedoch vor dem Hintergrund der Schmerzproblematik des Beschwerdeführers angezeigt gewesen. Ferner bestehen in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand Mängel in der Sachverhaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin. So wurden die vom behandelnden Facharzt Dr. med. J._____ mit Bericht vom 2. Januar 2020 gestellten Diagnosen unter Hinweis auf ihre vorübergehende Natur nicht näher abgeklärt, obschon dieser den psychischen Krankheitsbeginn retrospektiv auf das Jahr 2015 datiert. Die Annahme einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab 16. Juli 2016 vermag bei der vorhandenen Aktenlage jedenfalls nicht zu überzeugen. Ob die vorhandenen Unterlagen für die Zeit ab Anfang 2020 eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bilden, ist zumindest fraglich. Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, ist seine (weiterhin bestehende) Schmerzproblematik von der Beschwerdegegnerin völlig unberücksichtigt gelassen

worden. Festzuhalten ist auch, dass der Therapieabbruch bei Dr. J.____ gemäss Sprechstundennotizen von Dr. L.____ (IV-Akten Nr. 201, Eintrag vom 15. Oktober 2020) aufgrund der COVID-19 Pandemie stattgefunden habe. Insgesamt erweist sich der massgebliche medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und die Annahme einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Arzt erscheint vor diesem Hintergrund als weder begründet noch nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf nicht abstellen durfte.

6.4 Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass anhand der medizinischen Aktenlage der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Frage nach der ihm verbleibenden Restarbeitsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilt werden kann und weitere medizinische Abklärungen notwendig sind.

7. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht 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 gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall aber unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird angehalten, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend, jedoch insbesondere in Bezug auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes seit 2016, die chronische Schmerzstörung sowie in psychiatrischer Hinsicht abzuklären und notwendigenfalls eine (orthopädisch-rheumatologische, psychiatrische) Begutachtung anzuordnen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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. 1000.-- 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. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind.

8.2.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende 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 beschwerdeführenden 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 (vgl. 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.

8.2.2 Die Vertreterin des Beschwerdeführers ist mit Verfügung vom 31. März 2022 aufgefordert worden, innert unerstreckbarer Frist bis 14. April 2022 ihre detaillierte Honorarnote nach Zeitaufwand einzureichen. Gleichzeitig ist sie darauf hingewiesen worden, dass das Honorar nach Ermessen festgesetzt werde, falls bis zum genannten Termin keine Honorarnote eingehen sollte. Die angesetzte Frist ist unbenutzt abgelaufen, weshalb das Honorar nach Ermessen festzusetzen ist. Der erbrachte Aufwand setzt sich vorliegend im Wesentlichen aus einem Instruktionsgespräch mit dem Mandanten, dem Verfassen der Beschwerde sowie einem Kurzbrief zusammen. Ferner hat die Rechtsvertreterin einige kleinere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege tätigen müssen. Hält man sich die erbrachten Bemühungen vor Augen, erscheint es angemessen, für diese einen Zeitaufwand von insgesamt 10 Stunden zu entschädigen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 der Tariffordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'692.50 (10 Stunden à Fr. 250.-- und 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9. 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 (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 materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 477 E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich um solchen 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 3. Dezember 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen 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.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'692.50 (inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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