



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

vom 7. September 2023 (720 22 327 / 198)

---

**Invalidenversicherung**

**Rückweisung der Angelegenheit zur erneuten psychiatrischen Begutachtung des Versicherten**

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1976 geborene A.\_\_\_\_ rutschte am 16. Februar 2009 auf Glatteis aus und verletzte sich an der rechten Schulter. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 12. August 2013 sprach sie dem Versicherten eine Invalidenrente im Umfang von 10 % und eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 12,5 % zu. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.2 A.\_\_\_\_\_ arbeitete vom 1. November 2014 bis 31. Oktober 2018 bei der B.\_\_\_\_\_ als Lagerist. Am 14. Februar 2018 wurde er bei der Arbeit vom Heck eines Staplers an der rechten Schulter erfasst. Nachdem die Suva auch für dieses Ereignis zunächst die gesetzlichen Leistungen erbracht hatte, stellte sie diese mit Verfügung vom 18. Januar 2019 rückwirkend per 14. November 2018 ein. Sie begründete dieses Vorgehen im Wesentlichen damit, dass der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 14. Februar 2018 eingestellt hätte (Status quo sine), am 14. November 2018 erreicht worden sei. Daran hielt sie auch mit Einspracheentscheid vom 1. März 2019 fest. Auf die dagegen durch den Versicherten erhobene Beschwerde trat das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit der Begründung nicht ein, dass diese nicht formgerecht erhoben worden sei (Urteil des Kantonsgerichts vom 12. Dezember 2019, KGSV 725 19 118). Auch dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

B. Am 1. Oktober 2018 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf Beschwerden an der rechten Schulter bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) untersuchte den erwerblichen und den medizinischen Sachverhalt. Mit Verfügung vom 14. November 2022 lehnte sie das Leistungsbegehren – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – bei einem rentenausschliessenden IV-Grad von 7 % ab.

C. Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde, die A.\_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2022 beim Kantonsgericht einreichte. Er beantragte sinngemäss, es sei der medizinische Sachverhalt in Aufhebung der angefochtenen Verfügung umfassend abzuklären. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, die von der Beschwerdegegnerin für die Berechnung des IV-Grads berücksichtigte Arbeitsunfähigkeit weiche wesentlich von jener der behandelnden Ärzte ab. Diese würden ihm bestätigen, dass er nicht arbeitsfähig sei.

D. Mit Verfügung vom 12. Januar 2023 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung.

E. In der Vernehmlassung vom 17. Februar 2023 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

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 erhobene Beschwerde des Versicherten vom 10. Dezember 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. Demnach finden auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache – wie vorliegend – nach dem 1. Januar 2022, begründet sie jedoch einen allfälligen einen Rentenanspruch vor diesem Zeitpunkt, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Strittig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend für dessen Beurteilung sind die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2022. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 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 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.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des IV-Grads 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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).

4.3 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 Hinwei-

sen). 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 (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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

6.1.1 Betreffend den am 9. Februar 2009 erlittenen Unfall, bei welchem der Beschwerdeführer auf Glatteis ausgeglitten war, wies der Kreisarzt C.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, in seinem Bericht vom 21. Mai 2013 darauf hin, dass primär der Verdacht auf eine Schultersubluxation und eine temporäre leichtgradige Plexusläsion sowie eine partielle Supraspinatussehnen-Ruptur bestanden habe. Nach konservativer Behandlung und zwei Schulterarthroskopien im März 2011 und 2012 erscheine die Rotatorenmanschette in der klinischen Untersuchung intakt und die schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit bis knapp oberhalb der Horizontalen durch den chronischen Zustand im Bereich des Schultergelenks gut erklärbar. Die angestammte Tätigkeit als Magaziner könne der Beschwerdeführer nicht mehr ausüben. Zumutbar seien lediglich leichte bis mittelschwere Arbeiten (15 kg auf Hüfthöhe und 2 kg auf Brusthöhe). Gestützt auf diese Einschätzung des Kreisarztes sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 12. August 2013 eine Invalidenrente von 10 % sowie eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse in der Integrität von 12,5 % zu.

6.1.2 In Bezug auf den Unfall vom 14. Februar 2018 hielt die erstbehandelnde Ärzteschaft der D. \_\_\_\_\_ am 15. Februar 2018 einen Schulteranprall rechts fest. Im Rahmen der Röntgenuntersuchung des Schultergelenks seien keine ossären Läsionen nachweisbar gewesen. Als Diagnose wurde eine Kontusion des Schultergelenks rechts genannt und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 19. Februar 2018 attestiert.

6.1.3 Der Versicherte wurde am 27. März 2018 in der Klinik E. \_\_\_\_\_ untersucht. Dabei wurde MR-arthrographisch eine Partialläsion der Supraspinatussehne festgestellt. Bei erhaltener Kraft sowie bestehenden Kribbelparästhesien im Bereich des Musculus deltoideus bzw. im Versorgungsgebiet des Nervus axillaris und bei Ruptur der Supraspinatussehne wurde eine neurologische Untersuchung veranlasst, welche am 26. Juli 2018 stattfand. Dabei wurde eine neurogene Läsion des Nervus axillaris nach Trauma (Bursitis subacromialis mit Partialruptur der Supraspinatussehne) mit klinisch bestehender Taubheit im Versorgungsgebiet des Nervus axillaris bei leichter Atrophie des Musculus deltoideus festgestellt. Elektromyographisch würden Hinweise auf eine schwere neurogene Läsion fehlen, weshalb eine Funktionseinschränkung durch die Neuropathie aktuell als sehr unwahrscheinlich zu beurteilen sei (vgl. Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 26. Juli 2018).

6.1.4 Am 9. Oktober 2018 teilte der Kreisarzt pract. med. G. \_\_\_\_\_, FMH Chirurgie, mit, dass es sich beim Unfall vom 14. Februar 2018 um eine Kontusion mit fehlender schwerer Nervenschädigung des Nervus axillaris handle. Er erachtete den Status quo sine ab November/Dezember 2018 als gegeben und eine Arbeitsaufnahme mit 100%igem Pensum als möglich. Daran hielt er auch in seinem Bericht vom 10. Januar 2019 fest. Gestützt auf diese kreisärztlichen Beurteilungen schloss die Suva den Fall ab.

6.1.5 In der neurologischen und orthopädisch-chirurgischen Beurteilung der Suva Versicherungsmedizin vom 12. Juni 2019, welche sich in den Akten des Verfahrens des Kantonsgerichts KGSV 725 18 119 (vgl. vorstehend A.2) befand, kam die beurteilende Ärzteschaft zum Schluss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Status nach leichtgradiger Kontusion der rechten Schulter ohne strukturelle Verletzungen mit Hinweisen auf eine sensible Schädigung des Nervus axillaris ohne elektromyographisch gesicherten Nachweis einer neurogenen Schädigung vorliege. Weiter wurde ausgeführt, dass die Diagnose eines Complex Regional Pain Syndroms (CRPS I) aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht nicht erhoben werden könne. Nach Prüfung der im Zeitraum der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen erfolgten Untersuchungen seien die Kriterien für die Diagnosestellung nicht erfüllt.

6.2 Zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstattete Dr. med. H. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten. Am 9. Oktober 2019 erhob er keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Ergebnis hielt er fest, dass aktuell keine Hinweise für das Vorliegen einer leichtgradig depressiven Episode bestünde. Die vom Versicherten geschilderten Ängste bzw. Panikattacken seien in direktem Zusammenhang mit "negativen Schreiben von Versicherungen, Ämtern und Behörden" zu sehen, sodass hier gerade keine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) festgestellt werden könne; auch eine anderweitige Angst- oder Panikstörung habe nicht exploriert werden können. In der Folge

sei beim Versicherten zumindest verdachtsweise an das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu denken. Weiter führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, dass gegenwärtig keine ausreichenden Kriterien für eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis oder für eine (spezifische) Angststörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt seien. Zudem seien die Eingangskriterien für die Diagnosestellung einer leichtgradigen depressiven Episode nicht gegeben. Auch eine Persönlichkeitsstörung könne beim Versicherten nicht angenommen werden. Dr. H.\_\_\_\_ kam aufgrund seiner Befunde zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei.

6.3.1 In den Akten findet sich sodann das von der IV-Stelle veranlasste polydisziplinäre Gutachten der I.\_\_\_\_ AG vom 23. November 2020. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung habe der Versicherte eine komplexe Schmerzsymptomatik des Nackens, der oberen Extremität beidseits und der Brustwand geschildert. Die Schmerzausbreitung folge keinem radikulären Muster. Es sei eine Hypästhesie im Innervationsgebiet des rechten Nervus axillaris festzustellen. Eine diskrete, median begrenzte Hypästhesie brachiofazial rechts sei in der wiederholten Prüfung nicht reproduzierbar. Eine Hypästhesie der Endphalangen der Finger III und IV rechts bestehe seit dem Schultertrauma 2009. In den Kraftprüfungen habe sich eine sakkadierte Innervation bei schmerzbedingt eingeschränkten Untersuchungsbedingungen gezeigt, relevante Paresen hätten jedoch sicher ausgeschlossen werden können. Atrophien der oberen Extremitäten und insbesondere des Musculus deltoideus rechts bestünden aktuell nicht mehr und die Muskeleigenreflexe seien allseits seitengleich auslösbar. Zusammenfassend lasse sich aus neurologischer Sicht eine Läsion des Nervus axillaris rechts bei einer Hypästhesie im entsprechenden Versorgungsgebiet erheben. Klinisch lägen keine Hinweise für Plexus- oder Nervenläsionen oder eine Radikulopathie vor. Die Budapest-Kriterien für ein CRPS seien zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht erfüllt. Die bestehende, schmerzbedingt reduzierte Beweglichkeit der oberen Extremität beidseits und die Angabe einer rechtsbetonten axillären Schweißproduktion seien als einzige erfüllte Kriterien nicht ausreichend für die Diagnosestellung. Aus den genannten Defiziten entstünden aus neurologischer Sicht keine relevanten Einschränkungen und die beklagten Beschwerden gingen weit über die neurologisch objektivierbaren Befunde hinaus. Aktuell sei keine relevante Befunddynamik zu erheben, allenfalls sogar eine Besserungstendenz bei nun nicht mehr bestehender Deltoideus-Atrophie. Die Schmerzausweitung auf Nacken und die linke obere Extremität sowie die Brustwand könne neurologisch nicht erklärt werden. In der MRI des Neurokraniums mit Kontrastmittel und MR-Angiographie vom 1. September 2020 kämen keine relevanten Auffälligkeiten zur Darstellung. Alte postischämische Defekte kortikal und subkortikal frontal beidseits mit geringer Gliose und zystischem Defekt rechts seien am ehesten als prä- oder perinatal zu interpretieren. Der bildgebende Befund sei eventuell mit den anamnestischen Angaben einer geburts-assoziierten, unklaren Komplikation zu korrelieren, was sich aufgrund fehlender medizinischer Unterlagen jedoch nicht näher bestimmen lasse. Die postischämischen Defekte hätten jedoch keine klinische Relevanz und hieraus würden keine Einschränkungen resultieren. Sehstörungen im Sinne von Doppelbildern oder Gesichtsfeldausfällen hätten in der aktuellen neurologischen Untersuchung nicht erhoben werden können und akustische Probleme seien verneint worden.

6.3.2 Aus orthopädischer Sicht bestehe beim Versicherten eine nachvollziehbare Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und mit Sicherheit sei aufgrund der langen Erwerbslosigkeit eine gewisse Dekonditionierung eingetreten. Allerdings könne von orthopädischer Seite das subjektiv empfundene Ausmass der Beschwerden weder anhand des Untersuchungsbefunds noch aufgrund der vorliegenden Bildgebung erklärt werden. In direkter Diskrepanz stehe das angegebene Schmerzlevel und die bedarfsweise Einnahme von Schmerzmitteln der WHO-Stufe I. Zusätzlich zeige sich bei der aktuellen Begutachtung ein teilweise schwankendes Niveau der dargestellten funktionellen Einschränkungen. Trotz der angegebenen Schmerzen (VAS 8-9) an beiden Schultern, links mehr als rechts, habe im Rahmen der Anamnese ein deutliches Gestikulieren mit beiden Armen stattgefunden. Des Weiteren gebe der Versicherte an, trotz der angegebenen Beschwerden weiterhin selbstständig Auto zu fahren. Im Röntgen der Halswirbelsäule (HWS) vom 5. Oktober 2020 zeige sich eine regelrechte Lordose. In dieser Hinsicht müsse von einer gewissen Syndromverdeutlichung ausgegangen werden. Da aber von orthopädischer Seite für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausschliesslich die objektivierbaren Befunde herangezogen worden seien, sei eine valide Einschätzung der Arbeitsfähigkeit möglich. Demnach sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit sei er zu 80 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei mit den im Tagesverlauf zu erwartenden muskulären Verspannungen im Bereich des Schultergürtels und des Nackens zu begründen.

6.3.3 Im psychiatrischen Teilgutachten erhob der Gutachter pract. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, neben der leichtgradigen depressiven Episode auch einen Verdacht auf eine Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gegenwärtig mit Substanzgebrauch mit/bei möglicherweise aktuell Entzugssymptomen, unkompliziert, ohne Krampfanfälle. Die Verdachtsdiagnose leitete der Gutachter gestützt auf einen erhöhten CDT (CE)-Laborwert her. Es sei möglich, dass der Versicherte in der letzten Zeit regelmässig grössere Mengen Alkohol getrunken habe. Die Symptome der inneren Anspannung, der Unruhe und der Nervosität sowie das Zittern und das Stottern könnten durch die Einnahme von Alkohol verursacht werden. Es sei auch möglich, dass es sich dabei um Entzugssymptome von Alkohol handle. Das wäre dann denkbar, wenn der Versicherte vor der Untersuchung weniger oder keinen Alkohol getrunken hätte. Die Diagnosekriterien für ein Alkoholabhängigkeitssyndrom seien nicht erfüllt. Weil er aber mit der inneren Anspannung, der Unruhe, der Nervosität, dem Zittern und dem Stottern psychische Symptome aufweise, die durch die Einnahme von Alkohol verursacht sein könnten, könne die Diagnose eines Verdachts auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol gestellt werden. In der Befunderhebung führte pract. med. J.\_\_\_\_ aus, dass der Versicherte innerlich angespannt, unruhig und nervös sei und immer wieder zittere und stottere. Er habe auch einige Male eine Schmerzattacke gehabt und dabei die Schulter festgehalten. Die Mimik und die Gestik seien manchmal normal. Sie seien aber auch immer wieder von den Gefühlen geprägt. Die Lautstärke und die Modulation der Sprache seien unauffällig. Er sei wach und allseits orientiert. Die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien normal und würden im Laufe des Gesprächs nicht abnehmen. Er beantworte die Fragen am Schluss des Gesprächs adäquat und genau. Das Gedächtnis und das formale sowie das inhaltliche Denken seien normal. Es bestünden auch keine Anhaltspunkte für Zwänge, obwohl der Versicherte angebe, nach dem zweiten Unfall Zwangssymptome zu haben und immer wieder alles kontrollieren zu müssen. Hinweise für Halluzinatio-

nen, Wahnvorstellungen oder für Ich-Störungen würden fehlen und die Grundstimmung sei nicht betrübt. Er wirke aber ängstlich und verunsichert. Der affektive Rapport sei nur teilweise herstellbar und der Antrieb sei etwas eingeschränkt. Der Versicherte habe beim Gespräch keinen äthylichen Foetor gehabt und habe auch nicht "verladen" gewirkt.

6.3.4 In ihrer Konsensbeurteilung diagnostizierten die Gutachter der I.\_\_\_\_ AG sodann gesamthaft mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) chronische, belastungsabhängige und in Ruhe auftretende Schulterschmerzen beidseits, aktuell links mehr als rechts, (2) chronische Nackenschmerzen mit teils Ausstrahlung in die oberen Extremitäten beidseits, (3) intermittierende Kreuzschmerzen, (4) eine leichtgradige depressive Episode und (5) einen Verdacht auf Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gegenwärtiger Substanzgebrauch. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Neurontin- und eine Sirdalud-Unverträglichkeit, ein Nikotinkonsum, ein Status nach traumatischer Bursitis subacromialis mit Partialruptur der Supraspinatussehne und begleitender neurogener Läsion des Nervus axillaris rechts am 14. Februar 2018, eine residuelle Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus axillaris rechts und ein Status nach Schulterdistorsion und traumatischer Supraspinatussehnen-Ruptur rechts am 16. Februar 2009. Insgesamt kamen die Gutachter zum Schluss, dass die festgestellten Befunde in Verbindung mit den daraus resultierenden Diagnosen zu Funktionseinbussen führen würden. Demnach sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist aus polydisziplinärer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestünde jedoch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ab 14. Februar 2018. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit stütze sich auf im Tagesverlauf zu erwartende muskuläre Verspannungen im Bereich des Schultergürtels und des Nackens. Das Zumutbarkeitsprofil laute dahingehend: kein Heben/Tragen von Gewichten über 5 kg, das Heben/Tragen sollte grundsätzlich nur fallweise gefordert sein mit anschliessender ausreichender Ruhezeit, keine Arbeit in Zwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals- und Lendenwirbelsäule, keine Arbeiten, welche mit Bücken unter Tischkantenniveau verbunden seien, keine höhenexponierte Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten und keine stehende oder gehende Tätigkeit über 60 Minuten am Stück mit anschliessender Möglichkeit zum Wechsel in eine sitzende Arbeitsposition. Zu empfehlen seien leichte, wechselbelastende Arbeiten mit der Möglichkeit zu vermehrten Ruhepausen. Weiter solle der Versicherte wegen der aktuellen Einnahme von Alkohol möglichst keine Tätigkeiten ausüben, bei denen er Autofahren oder Staplerfahren oder auf Gerüste oder auf Leitern steigen müsse. Der Versicherte sollte wegen Angst-, aber auch wegen möglichen Entzugssymptomen durch den Alkohol möglichst nicht alleine arbeiten.

6.4 Nachdem im Gutachten der I.\_\_\_\_ AG ein Verdacht auf eine Störung durch Alkohol genannt wurde, musste sich der Versicherte einer verkehrsmedizinischen Begutachtung beim Institut K.\_\_\_\_ unterziehen. Im Gutachten vom 1. Dezember 2021 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Untersuchungszeitpunkt zu allen Qualitäten orientiert, adäquat, freundlich zugewandt und kooperativ sowie im Affekt schwingungsfähig gewesen sei. Über den gesamten zweistündigen Gutachtensverlauf hätten keine Anhaltspunkte für inhaltliche oder formale Denkstörungen oder Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Merkfähigkeit bestanden. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass das Urinscreen negativ gewesen sei. Hingegen sei die Einzelsubstanz Ethylglucuronid im Umfang von 42 pg/mg bei der Haaranalyse in

der Stoffgruppe Alkohol erhoben worden. In der zusammenfassenden Beurteilung wurde dazu festgehalten, dass dieser Befund für einen übermässigen Alkoholkonsum im Zeitraum der letzten fünf bis sechs Monate vor der aktuellen verkehrsmedizinischen Begutachtung spreche und mit den Angaben des Versicherten zu seinem (moderaten) Alkoholtrinkverhalten nicht vereinbar sei. Da sowohl in den psychiatrischen Berichten als auch im Rahmen der aktuellen verkehrsmedizinischen Begutachtung die Kriterien einer Suchterkrankung nach ICD-10 nicht erfüllt seien und bezüglich Alkoholkonsum der fahrerische Leumund unauffällig sei, müsse dieser Befund nicht als verkehrsrelevant interpretiert werden. Der nachgewiesene übermässige Alkoholkonsum sollte jedoch im weiteren psychiatrischen Setting thematisiert werden.

6.5 Hinzuwiesen ist auch auf die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Dr. L.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 5. Juli 2019 eine Anpassungsstörung, eine Angst- und Panikstörung, einen Status nach chronischer Schmerzstörung nach dem zweiten Unfall im Jahr 2018 und einen Verdacht auf eine depressive Entwicklung bei agitierter Depression und erachtete den Beschwerdeführer als 100 % arbeitsunfähig. Am 30. April 2020 bestätigte sie unter anderem die Anpassungsstörung, die (inzwischen larviert-agitierte) depressive Entwicklung, sowie die Angst- und Panikstörung. Neu diagnostizierte sie eine Schmerzstörung und Zwangsstörungen, vorwiegend Handlungszwänge, und bestätigte die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. In ihrer Stellungnahme zum Gutachten der I.\_\_\_\_\_ AG vom 23. November 2020 schloss Dr. L.\_\_\_\_\_ am 12. Februar 2021 eine Störung durch Alkohol aus und gab an, der Versicherte habe kein Problem mit Alkohol. Die auffällige Symptomatik sei auf eine Angst- und Panikstörung sowie eine Anpassungsstörung zurückzuführen.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in ihrer Verfügung vom 14. November 2022 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Ausführungen im polydisziplinären Gutachten der I.\_\_\_\_\_ AG vom 23. November 2020. Sie ging daher davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte leichte Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Expertisen sprechen. Diese beweisrechtlichen Vorgaben erfüllt das Gutachten der I.\_\_\_\_\_ AG vom 23. November 2020 nur in Bezug auf die Ausführungen in den neurologischen, orthopädischen und allgemein-medizinischen Teilgutachten. Diese erfüllen die bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts, sind in materieller Hinsicht umfassend und leuchten sowohl betreffend die erhobenen Befunde als auch in Bezug auf die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung ein. Es wird deutlich, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht an chronischen belastungsabhängigen und in Ruhe auftretenden Schulterschmerzen beidseits, chronischen Nackenschmerzen mit teils Ausstrahlung in die oberen Extremitäten beidseits und intermittierenden Kreuzschmerzen leidet, aufgrund welchen er die angestammte Arbeit als Lagerist nicht mehr ausüben kann, jedoch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufweist. Einleuchtend und nachvollziehbar wird auch dargelegt, dass

der Beschwerdeführer – entgegen der Auffassung von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, in seinem zuhanden der Taggeldversicherung erstellten Gutachten vom 8. März 2019 (act. 41) – nicht an einem CRPS leidet. Dem neurologischen Teilgutachten ist nach ausführlicher Befunderhebung zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die für die Bejahung dieser Diagnose notwendigen Budapest-Kriterien nicht erfülle, hätten doch nur die schmerzbedingte reduzierte Beweglichkeit der oberen Extremitäten und rechtsbetonte axilläre Schweissproduktion bestätigt werden können, was für die Bestätigung der Diagnose nicht reiche (vgl. IASP-Diagnosekriterien [Budapest-Kriterien] für CRPS). Diese Auffassung stimmt mit der im vorliegenden Beschwerdeverfahren berücksichtigten neurologischen und orthopädisch-chirurgischen Beurteilung der Suva vom 12. Juni 2019 (vgl. vorstehend E. 6.1) überein. Dabei setzte sich die Ärzteschaft ausführlich und methodisch mit der Frage auseinander, ob die Diagnose eines CRPS gestellt werden könne. Sie kam einleuchtend zum Schluss, dass – gleich wie gemäss dem neurologischen Teilgutachten der I.\_\_\_\_ AG – die Kriterien dafür nicht erfüllt seien. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle betreffend die somatischen Beschwerden auf die überzeugenden Ausführungen im Gutachten der I.\_\_\_\_ AG abstellte, wird daraus doch nachvollziehbar ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit, welche das von den Experten genannte Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt, zu 80 % arbeitsfähig ist.

7.2.1 Demgegenüber erweist sich das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweistauglich. Es überzeugt weder in Bezug auf die erhobenen Diagnosen noch betreffend die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung. So wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode und ein Verdacht auf Störungen durch Alkohol ev. mit Entzugssymptomen gestellt. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Begründung brachte der Gutachter vor, dass die im Rahmen der Begutachtung festgestellten Symptome wie Angst, Zittern und Stottern durch Alkoholkonsum oder Alkoholentzug verursacht sein könnten. Diese Auffassung wiederholte der Gutachter mehrmals im Teilgutachten. In der Folge unterliess er es jedoch, sich mit den hierfür erforderlichen klassifikatorischen Merkmalen auseinanderzusetzen und verwies auf die bereits erwähnte Einordnung der festgestellten Beschwerden wie Zittern und Stottern unter die Verdachtsdiagnose einer Störung durch Alkohol ev. mit Entzugssymptomen. Diese Beurteilung ist ungenügend und widerspricht den Vorgaben des Bundesgerichts an ein beweistaugliches medizinisches Gutachten.

7.2.2 Pract. med. J.\_\_\_\_ setzte sich sodann auch widersprüchlich und nicht nachvollziehbar mit den Diagnosen der behandelnden Ärzteschaft auseinander. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. L.\_\_\_\_ zu verweisen (vgl. vorstehend E. 6.5), die den Beschwerdeführer wegen einer Anpassungsstörung, einer Angst- und Panikstörung, einem Status nach chronischer Schmerzstörung nach dem zweiten Unfall im Jahr 2018, einem Verdacht auf eine depressive Entwicklung und Zwangsstörungen, als nicht mehr arbeitsfähig erachtete. So hielt pract. med. J.\_\_\_\_ in Bezug auf die Zwangsstörungen fest, dass Dr. L.\_\_\_\_ sich dabei nur auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stütze und die Diagnose nicht genügend begründet sei, weshalb er sie nicht bestätigen könne. Er denke, dass die vom Versicherten berichteten und auch von Dr. L.\_\_\_\_ beschriebenen Zwangssymp-

tome am ehesten im Zusammenhang mit den Angstsymptomen, aber auch im Rahmen der depressiven Episode zu sehen seien. Betreffend die Angst- und Panikstörung folgte pract. med. J.\_\_\_\_ der behandelnden Psychiaterin ebenfalls nicht und liess verlauten, dass die Angstsymptome der aktuellen leichtgradigen depressiven Episode oder der Angst- und Panikstörung oder der Einnahme von Alkohol oder den Entzugssymptomen zuzuordnen seien (vgl. Seite 37 des psychiatrisches Teilgutachten). Im Widerspruch dazu führte pract. med. J.\_\_\_\_ sodann aus, dass er die in den Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen weitgehend übernehmen könne (vgl. Seite 38 des psychiatrisches Teilgutachten). Pract. med. J.\_\_\_\_ verzichtete damit auf eine nachvollziehbare Herleitung der von ihm erhobenen Diagnosen, weshalb seine Einschätzung weder rechtsgenügend noch nachvollziehbar ist.

7.2.3 Auch die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung leuchtet nicht ein. Der Gutachter wies im Rahmen der Feststellung der Arbeitsfähigkeit auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hin und führte aus, dass diese das Durchhaltevermögen einschränke. Weshalb er diese Diagnose sodann als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete, ist den weiteren Ausführungen nicht plausibel zu entnehmen. Weiter hielt er fest, dass aufgrund der leichten depressiven Episode und dem Verdacht auf Störungen durch Alkohol ev. mit Entzugssymptomen eine gewisse Einschränkung, aber – entgegen der Auffassung der behandelnden Psychiaterin – keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle beruflichen Tätigkeiten nachvollziehbar sei. Der Versicherte sei aktuell in der zuletzt durchgeführten Tätigkeit und auch für alle anderen Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht zu 20 % eingeschränkt. Diese Beurteilung begründete pract. med. J.\_\_\_\_ nicht bzw. nur sehr oberflächlich, weshalb erhebliche Zweifel an ihrer Begründetheit bestehen. Das Teilgutachten erwies sich daher auch diesbezüglich als nicht beweistauglich.

7.2.4.1 Das Gutachten wirft noch weitere Fragen auf. So bestehen in Bezug auf die durch pract. med. J.\_\_\_\_ erhobene Verdachtsdiagnose auf Störungen durch Alkohol ev. mit Entzugssymptomen erhebliche Unsicherheiten. Dabei fällt zunächst in zeitlicher Hinsicht auf, dass pract. med. J.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 1. Oktober 2020 begutachtete. Die Laborwerte, welche einen erhöhten CDT-Wert bestätigten und damit einen allfälligen erhöhten Alkoholkonsum des Beschwerdeführers vermuten liessen, lagen jedoch erst am 2. Oktober 2020 vor. Es ist unter diesen Umständen fraglich, wie pract. med. J.\_\_\_\_ bereits im Rahmen der persönlichen Begutachtung einen Verdacht auf eine Störung durch Alkohol erheben konnte, nachdem der Versicherte angab, nur selten Alkohol zu konsumieren und noch nie grössere Mengen getrunken zu haben. Zudem gab der Gutachter an, beim Gespräch keinen aethylichen Foetor als Hinweis auf Alkoholkonsum festgestellt zu haben.

7.4.2.2 Zu beachten ist ferner, dass die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er nur wenig Alkohol konsumiere, zwar in den Berichten der behandelnden Psychiaterin bestätigt werden. Sie schloss in ihrer Stellungnahme zum Gutachten der I.\_\_\_\_ AG am 12. Februar 2021 eine Störung durch Alkohol aus und gab an, der Versicherte habe kein Problem mit Alkohol. Die auffällige Symptomatik sei vielmehr auf eine Angst- und Panikstörung sowie eine Anpassungsstörung zurück. Gegen diese Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ und demnach eher für die Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ spricht nunmehr aber das Ergebnis der Haaranalyse des Instituts K.\_\_\_\_. Dem-

nach wies der Befund auf einen übermässigen Alkoholkonsum im Zeitraum der letzten fünf bis sechs Monaten vor der verkehrsmedizinischen Begutachtung hin und war weder mit den Angaben des Versicherten zu seinem (moderaten) Trinkverhalten noch mit der Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_, die einen problematischen Umgang des Versicherten mit Alkohol verneinte, vereinbar.

7.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Gutachten der I.\_\_\_\_ AG vom 23. November 2020 einzig in Bezug auf die Ausführungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie überzeugt (vgl. oben E. 7.1). Hingegen kann aufgrund der vorstehenden Erwägungen nicht auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden. Im Ergebnis ist deshalb festzustellen, dass das Gutachten der I.\_\_\_\_ AG nicht beweistauglich ist. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hätte daher vor Erlass des angefochtenen Entscheids bei der I.\_\_\_\_ AG eine entsprechende Ergänzung des psychiatrischen Teilgutachtens verlangen müssen. Bei dieser Sachlage ist der rechtserhebliche Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG ungenügend abgeklärt. Eine erneute Prüfung des Rentenbegehrens in Form ergänzender Abklärungen ist bei dieser Aktenlage unerlässlich.

7.4 Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin – wie vorstehend ausgeführt – nicht alle notwendigen Abklärungen für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers vorgenommen und ihren Entscheid auf ein widersprüchliches und somit nicht beweistaugliches Gutachten gestützt. Aus diesem Grund ist es im vorliegenden Verfahren nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen. Einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz steht daher nichts entgegen. Die IV-Stelle hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nochmals umfassend psychiatrisch zu untersuchen und dafür ein externes Gutachten einzuholen. Dabei wird sie auch die Frage einer allfälligen Störung durch Alkohol zu klären haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Ob dabei aufgrund der neuen Explorationsergebnisse eine Konsensbeurteilung erforderlich ist, wird der RAD zu beurteilen haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in

denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Da die IV-Stelle unterliegende Partei ist, sind ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit g ATSG e contrario).

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 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.

9.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wiedergutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 645 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_567/2008, E. 2 - 4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2014, 8C\_692/2014, E. 2).

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. November 2022 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.

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