



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

**vom 8. März 2012 (720 11 318 / 66)**

---

**Invalidenversicherung**

**IV-Rente (Überprüfung der Anspruchsberechtigung bei umstrittenem medizinischen Sachverhalt)**

**Besetzung** Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Elisabeth Joller

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Javier Ferreiro, Advokat, Gerbergasse 1, 4001 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Der 1951 geborene A.\_\_\_\_ war seit 1979 bei der B.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ als angelernter Schleifer tätig. Am 15. Dezember 1997 erlitt A.\_\_\_\_ einen Verkehrsunfall, bei welchem er sich Verletzungen an der rechten Schulter zuzog. Am 9. Februar 2002 stürzte A.\_\_\_\_ von einer Leiter und zog sich dabei eine Luxation des bereits lädierten rechten Schultergelenks und eine Kopfkontusion zu. Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis auf Ende Juni 2003 auf, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 28. Januar 2003 war. Am 22. September 2003 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf unfallbedingte Schulterprobleme bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte für beide Unfälle Leistungen und sprach A.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 30. November 2004

für die verbleibenden Unfallfolgen ab dem 1. Mai 2004 eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 21% zu. Eine hiergegen erhobene Beschwerde mit dem Begehren, es sei ihm eine Invalidenrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 61% auszurichten, wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 28. September 2005 ab. Mit Schreiben vom 30. November 2005 beantragte A.\_\_\_\_ bei der SUVA, die mit Verfügung vom 30. November 2004 festgesetzte Invalidenrente sei in Revision zu ziehen und es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Mit Verfügung vom 9. Mai 2006 lehnte die SUVA dieses Revisionsbegehren ab, was durch den Einspracheentscheid der SUVA vom 26. Oktober 2006 und das Urteil des Kantonsgerichts vom 27. Juli 2007 bestätigt wurde. Die IV-Stelle sprach A.\_\_\_\_ ihrerseits mit Verfügung vom 21. März 2005 eine befristete ganze Invalidenrente vom 9. Oktober 2003 bis zum 31. März 2004 zu; ab dem 11. Dezember 2003 betrage der Invaliditätsgrad weniger als 40%, weshalb weitergehende Rentenansprüche abgelehnt wurden. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Daniel Borter, Rechtsanwalt in Liestal, am 2. Mai 2005 Einsprache. Nachdem das Einspracheverfahren zunächst bis zur Erledigung des Verfahrens gegen die SUVA sistiert wurde, holte die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, sowie Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Am 19. August 2008 schrieb die IV-Stelle das Einspracheverfahren zufolge Rückzugs der Einsprache als gegenseitig ab. Mit Schreiben vom 19. Juli 2010 meldete der Hausarzt des Versicherten der IV-Stelle, dass sich der Gesundheitszustand von A.\_\_\_\_ verschlechtert habe. Am 23. August 2010 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf krankheits- und unfallbedingte Probleme an der rechten und neu auch an der linken Schulter erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Nachdem sie weitere medizinische Berichte eingeholt und das Vorbescheidverfahren durchgeführt hatte, lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Juli 2011 einen Rentenanspruch des Versicherten unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 28% ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Javier Ferreiro, Advokat in Basel, am 14. September 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte unter o/e Kostenfolge, es sei die Verfügung vom 25. Juli 2011 aufzuheben und ihm mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; eventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines fachärztlichen Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter aus, es sei unbestrittenermassen eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. Neben den Beschwerden an der rechten Schulter seien neue Beschwerden am linken Knie und eine Tendinitis der Supraspinatussehne mit Partialruptur sowie eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose links aufgetreten. Trotz entsprechender Aufforderung habe die IV-Stelle kein fachärztliches Gutachten eingeholt. Stattdessen stelle sie auf die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ab, wonach eine leichte wechselbelastende Tätigkeit zu sechs Stunden am Tag zumutbar sei. Diese Einschätzung finde in den vorhandenen medizinischen Akten keine Stütze. Vielmehr sei die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, massgebend. Er gehe von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50% aus. Sollte das Gericht dieser Einschätzung nicht folgen, so sei ein fachärztliches Gutachten einzuholen. Um den Instanzenzug nicht zu verkürzen, sei die Streitsache an die IV-Stelle zurückzuweisen. Schliesslich sei dem Beschwerdeführer ein leidensbedingter Abzug von 25% zu gewähren.

C. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 28. Dezember 2011 auf Abweisung der Beschwerde. Die Einschätzung des RAD beruhe auf der Kenntnis der Vorakten, sei schlüssig begründet und nachvollziehbar. Dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach ein neues fachärztliches Gutachten eingeholt werden müsse, könne nicht gefolgt werden. Die medizinische Situation betreffend rechter Schulter, Lendenwirbelsäule und psychiatrischem Gesundheitszustand sei durch das Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ umfassend abgeklärt worden. Zu den neu aufgetretenen Beschwerden am rechten Knie und an der linken Schulter liege keine gutachterliche Einschätzung vor; die medizinische Aktenlage habe es dem RAD jedoch erlaubt, die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

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 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgegliche-

nen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweismittelwürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen 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 Beweismittelwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (MEYER-BLASER ULRICH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Auflage, Zürich 2010, S. 353; BGE 125 V 353, BGE 122 V 162 E. 1c, 120 V 367 E. 3b). Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt zwischen Behandlung und Begutachtung kann - namentlich in umstrittenen Fällen - auch nicht unbesehen auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (Urteil des EVG vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Dies gilt allerdings nicht im Sinne einer Beweisformel, wonach Berichte behandelnder Ärzte in der Regel von vornherein weniger Beweiswert hätten, sondern sie sind unvoreingenommen auf ihre Beweiskraft zu prüfen. Zu beachten und bei der Entscheidungsfindung zu gewichten ist in diesem Zusammenhang, dass Hausärzte in der Regel die einzigen Medizinalpersonen sind, die über eine Langzeitbeobachtung berichten

können (LOCHER THOMAS, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 452). Sind keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, die die Glaubwürdigkeit ärztlicher Atteste zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, die Angaben behandelnder Ärzte bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Vertrauensstellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte beispielsweise einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (LOCHER, a.a.O., S. 453).

4. Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

4.1 Die SUVA stützte sich in ihrer Verfügung vom 30. November 2004 auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. Dezember 2003. Dieser diagnostizierte beim Beschwerdeführer einen Status nach Schulterkontusion rechts mit dorsaler Labrumpathologie, eine AC-Gelenksluxation Tossy II bis III an der rechten Schulter, einen Status nach AC-Gelenksbandplastik rechts und temporärer K-Drahtfixation, einen Status nach Metallentfernung an der rechten Schulter sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische intermittierende Plexusneuropathie rechts. Bei der Untersuchung zeige sich ein nahezu identischer Zustand im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 17. April 2003. Die zunehmend neuralgisch werdenden Beschwerden liessen sich hinsichtlich ihrer neurologischen Ausgestaltung am ehesten einer Mitbeteiligung von Plexusfasern zuordnen. In Bezug auf die artikuläre Situation an der rechten Schulter seien die objektiven und subjektiven Befunde konkordant. Der Gebrauch des rechten Armes sei aufgrund der Bewegungs- und Belastungseinschränkung ausgehend von der rechten Schulter deutlich eingeschränkt. Unterhalb der Horizontalen sei die Beweglichkeit nur noch zu zwei Drittel möglich. Oberhalb der Horizontalen seien keine Bewegungen mehr möglich. Es sei zu einer "frozen shoulder" gekommen und es sei ein Endzustand eingetreten. Aufgrund der verbleibenden Unfallrestfolgen seien dem Versicherten ausschliesslich noch leichte Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen zumutbar. Nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten in den oberen Graden zur Horizontalen und oberhalb der Horizontalen. Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien mittelschwere und schwere Arbeiten, Tätigkeiten in Gefahrenbereichen sowie Tätigkeiten, welche einen forcierten Armeinsatz rechts notwendig machten. Ebenfalls sei von Zeit- und Stückakkord abzusehen. Unter diesen Prämissen kämen beispielsweise Kontroll- und Überwachungsfunktionen, leichte Produktions- oder Montagetätigkeiten ohne Zeitdruck, leichte Archiv- oder Magazinertätigkeiten sowie Portierdienste und administrative Tätigkeiten in Frage. Diese Tätigkeiten seien unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen ganztags zumutbar.

4.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens zur Verfügung vom 21. März 2005 holte die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten bei den Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ ein. Das Gutachten wurde am 16. April 2008 erstellt.

4.2.1 Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im rheumatologischen Fachgutachten eine Periarthropathia humero-scapularis (PHS) rechts bei Status nach Schultertraumatisierung am 15. Dezember 1997, Status nach AC-Gelenksluxation Tossy II bis III am 9. Februar 2002, Status nach AC-Gelenksplastik rechts mit temporärer Kirschnerdraht-Fixation am 10. Oktober 2002, Status nach Metallentfernung an der rechten Schulter am 5. Dezember 2002, einer im Arthro-MRI vom

9. Juli 2003 sichtbaren Tendinose der Supraspinatussehne und beginnenden Omarthrose sowie aktuellen Zeichen einer Schonung mit Atrophie der Infra- und Supraspinatusportion rechts bei symmetrischen Kraftverhältnissen betreffend Ober- und Unterarme beidseits und beginnender Omarthrose. Als rheumatologische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei freier LWS-Beweglichkeit und mit einer Insertionstendinose über der Spina iliaca posterior superior rechts. Der Versicherte klagte über Schmerzen in der Schulter rechts, welche bis in den rechten Arm auf Ellbogenhöhe ausstrahlen würden, sowie lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung bis ins rechte Knie. Aufgrund der Beweglichkeit der Schulter könne eine wesentliche Frozen Shoulder eigentlich ausgeschlossen werden. Zu erwähnen sei, dass sich eine leichte Atrophie der Supra- und Infrapinatusportionen rechts zeige, dies als Hinweis, dass die rechte Schulter nicht voll eingesetzt werde. Es seien also Schonungszeichen vorhanden. Im Gegensatz dazu fände sich an den Ober- und Unterarmen eine kräftig ausgebildete, athletische Muskulatur. Eindeutige radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Die verminderte Kraft für Aussen- und Innenrotation, Bizeps und Trizeps könne keiner neurogenen Läsion zugeschrieben werden, da keinerlei Verschmächtigung der Muskulatur vorhanden sei; der Mindereinsatz werde vielmehr kompensatorisch gesehen, zum Teil wahrscheinlich auch schmerzbedingt. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei frei, die Brustwirbelsäulenbeweglichkeit leicht eingeschränkt, aber ohne Schmerzen, die Lendenwirbelsäule sei frei beweglich. Bei der Palpation ergäben sich Druckdolenzen über der Spina iliaca posterior superior rechts entsprechend Insertionstendinosen. An den unteren Extremitäten seien Kraft, Sensibilität und Reflexe unauffällig. Aufgrund der Schulterproblematik rechts könne der Beschwerdeführer nicht heben, stossen oder ziehen über 7.5 kg und er könne nicht über Schulterhöhe mit der rechten oberen Extremität arbeiten. Ideal sei es, wenn der Versicherte mit dem rechten Arm nicht über Tischhöhe arbeiten müsse. Für eine Tätigkeit, welche diese Einschränkungen berücksichtige, bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe Gültigkeit seit dem 10. Dezember 2003, also ab dem Zeitpunkt der SUVA-Kreisarztuntersuchung, bei der ein Endzustand festgestellt worden sei.

4.2.2 Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im psychiatrischen Fachgutachten eine Dysthymie, welche keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Bis auf eine subdepressive Grundstimmung bestünden keinerlei Auffälligkeiten im Psychostatus. Demgegenüber beschreibe der Versicherte Phasen, in denen seine Grundstimmung gedrückter sei und er emotional labiler, schneller reizbar, auch manchmal aufbrausend sei. Auch in diesen bedrückten Phasen würden indessen "harte Zeichen" für eine Depression fehlen. Bei der genauen Analyse der Angaben des Versicherten und insbesondere deren Gegenüberstellung zum fast blanden Psychostatus würden sich keine Anhaltspunkte ergeben, welche eine regelrechte depressive Störung begründen könnten. Hingegen entsprächen die vom Beschwerdeführer geschilderten Stimmungsschwankungen sowie die phasenweise gedrückte Grundstimmung sehr gut den Kriterien für eine Dysthymie gemäss ICD-10. Hinweise für andere psychiatrische Diagnoseentitäten würden fehlen. So bestünden beim Versicherten keine eigentlichen Symptome einer Angststörung. Es fehlten auch Hinweise auf eine Ausgestaltung der somatischen Beschwerden. Somit könne aus psychiatrischer Sicht lediglich eine Dysthymie diagnostiziert werden, welche nicht zu relevanten Einbussen der Funktionsfähigkeit beziehungsweise der innerpsychischen Ressourcen führe. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht also vollständig arbeitsfähig; eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht habe nie bestanden.

4.3 Nach der Neuanmeldung des Beschwerdeführers gingen bei der IV-Stelle weitere ärztliche Berichte ein.

4.3.1 Am 5. März 2010 berichteten Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ über die Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal. Sie diagnostizierten eine Faszitis der Schulter links durch Staphylococcus aureus nach Infiltration der Schulter am 15. Februar 2010. Am 19. Februar 2010 sei eine diagnostische Arthroskopie und Fasziektomie an der linken Schulter erfolgt. Am 5. März 2010 habe der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

4.3.2 Am 9. Juli 2010 berichteten Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ von der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal über die MRI-Untersuchung vom 15. Juni 2010. Sie diagnostizierten eine Tendinitis der Supraspinatussehne bei aktivierter hypertropher AC-Gelenksarthrose und Partialruptur der Supraspinatussehne links bei Status nach einer Faszitis an der Schulter links (Staph. aureus) nach Infiltration am 25. Februar 2010 (recte: 15. Februar 2010). Das MRI habe eine Tendinose/ Tendinitis der Supraspinatussehne bei aktivierter hypertropher AC-Gelenksarthrose gezeigt. Es bestehe ein Einriss im Bereich des hinteren Rotatorenmanschettenintervalls mit Risseinstrahlungen im Sinne einer tendinösen Partialruptur des Supraspinatus. Bei der aktuellen Problematik einer AC-Gelenksarthrose mit Impingement der Supraspinatussehne und lokaler Tendinitis empfehle sich eine operative Revision mittels AC-Gelenksresektion und subakromialer Dekompression sowie Naht der Sehne. Der Versicherte sei diesbezüglich aber zurückhaltend. Der Gesamtbeschwerdekomplex entspreche aktuell eher der degenerativen Veränderung am AC-Gelenk und sei nicht auf die Faszitis und die entsprechenden Komplikationen zurückzuführen.

4.3.3 Am 20. Oktober 2010 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle einen Status nach hinterer Luxation/ Subluxation der rechten Schulter am 15. Dezember 1997, einen Status nach AC-Luxation rechts am 9. Februar 2002 mit Bandplastik am 10. Oktober 2010, einen Status nach einer Faszitis an der linken Schulter nach Steroidinfiltration im Februar 2010, eine AC-Arthrose links, eine chronische Lumbalgie sowie eine mässige Depression, behandelt fraglich seit 2004. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien Restbeschwerden nach Entrapment des Nervus cutaneus dorsalis intermedius links. Bei der rechten Schulter handle es sich um einen Endzustand, altersgemäss könne es allenfalls zu einer Verschlechterung kommen. Bezüglich der linken Schulter könne gemäss dem Kantonsspital Liestal unter konservativer Therapie noch eine Besserung erwartet werden, vorgeschlagen sei allerdings eine Operation, welche der Versicherte jedoch ablehne. Er sei im Gebrauch beider Arme eingeschränkt und habe ausserdem immer wieder akute Rücken- und Kreuzschmerzen sowie eine mässige Depression. Er sei oft antriebslos, bei manuellen Arbeiten sei er stark eingeschränkt wegen Schulterschmerzen beidseits; zeitweise sei auch das Stehen, Gehen und Sitzen stark schmerzhaft eingeschränkt. Die Beschwerdeintensität sei wechselnd; von der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal sei noch keine Arbeitsfähigkeit festgelegt worden. Durch eine Operation des AC-Gelenks lasse sich die Gebrauchsfähigkeit des linken Armes möglicherweise steigern.

4.3.4 Am 7. März 2011 nahm Dr. E.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit Stellung. Er hielt fest, die Prob-

ematik der rechten Schulter und der Lendenwirbelsäule sowie die psychiatrische Situation sei durch das Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ umfassend abgeklärt worden. Seitdem habe sich diesbezüglich keine Änderung der Situation ergeben. Neu aufgetreten sei die Problematik an der linken Schulter. Hier sei nach einer Infiltration ein Infekt entstanden, welcher im Februar 2010 zu einem operativen Eingriff geführt habe. Postoperativ sei eine Antibiotika-Therapie durchgeführt worden. Bildgebend bestehe an dieser Schulter eine Teiltraktur einer Sehne der Rotatorenmanschette und eine Arthrose des Acromio-Clavicular-Gelenks. Dem Versicherten sei zu einer Operation geraten worden, was dieser jedoch ablehne. Vor dem Hintergrund des Schulterinfekts sei diese Ablehnung nachvollziehbar. Ergonomisch sei der Versicherte für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten auf Tischhöhe arbeitsfähig. Stossende, ziehende, hebende oder Über-Kopf-Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Wegen der bestehenden Schmerzen der Schultern und der Lendenwirbelsäule sei von einer Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden bei ganztägiger Präsenz aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs auszugehen.

4.3.5 Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ von der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal berichteten am 6. Januar 2011 erneut über den Gesundheitszustand des Versicherten. Sie nannten die gleichen Diagnosen wie schon in ihrem Bericht vom 9. Juli 2010. Eine Wiedereingliederung in den Beruf als Schleifer sei bei beidseitigen Schulterbeschwerden unmöglich. Es werde daher eine Umschulung in einen anderen Beruf empfohlen.

4.3.6 Im Bericht vom 28. Februar 2011 diagnostizierte Dr. K.\_\_\_\_ von der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal ein Knochenmarksödem im lateralen Femurcondylus. Der Versicherte sei wegen seit drei Monaten bestehenden Knieschmerzen rechts lateral zugewiesen worden. Eine konventionell-radiologische Untersuchung habe mit Ausnahme einer leichten Chondrocalcinose lateral keine pathologischen Befunde ergeben. Eine MRI-Untersuchung vom Unispital Basel vom 9. Februar 2011 zeige ein ausgeprägtes Knochenmarksödem im lateralen Femurcondylus, möglicherweise einer avasculären Knochennekrose oder einer transienten Osteoporose entsprechend. Die Ursache des ausgeprägten Knochenmarksödems sei unklar. Ein Trauma sei nicht erinnerlich, und es bestehe keine ausgeprägte Valgusfehlstellung des Beins. Insgesamt beschreibe der Versicherte regrediente Beschwerden, so dass zugewartet werde.

4.3.7 Der neue Hausarzt des Versicherten, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, berichtete am 12. Mai 2011 zuhause des Rechtsvertreters über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Er diagnostizierte eine eingeschränkte Schulterfunktion links bei Tendinitis der Supraspinatussehne mit Partialruptur und hypertropher Gelenksarthrose, rezidivierende Exazerbationen von Schulterschmerzen rechts und eine eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter bei Status nach AC-Gelenksluxation Tossy II bis III der rechten Schulter am 9. Dezember 2002 sowie persistierende Knieschmerzen rechts bei Knochenmarksödem des lateralen Femurcondylus unklarer Ätiologie. Die Festlegung einer definitiven Arbeitsfähigkeit im Gesamtkontext der linken und der rechten Schulter sowie des rechten Knies sei sehr schwierig und sei aktenkonsiliarisch kaum zu klären. Vermutlich müsse der Grad der Arbeitsunfähigkeit in einem Fachgutachten geklärt werden. Aufgrund der Beschwerden sei kürzlich noch eine Beurteilung in der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal erfolgt, der Bericht sei noch ausstehend. Wahrscheinlich bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit kein volles Rendement mehr. Aufgrund der Diagnosen betreffend die linke und die rechte Schulter erscheine die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit über sechs Stunden eher zu hoch gegriffen.

4.3.8 Nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Einwände gegen die medizinische Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vorgebracht hatte, hielt dieser mit Bericht vom 18. Mai 2011 fest, die vorgebrachten Argumente seien nicht stichhaltig und unzutreffend. Die Knieproblematik führe bei abnehmenden Beschwerden nicht zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. L.\_\_\_\_ sei zuzustimmen, wenn er ein volles Rendement verneine und eine Arbeitsleistung über sechs Stunden als zu hoch gegriffen sehe. In seiner Einschätzung habe er eine Einschränkung des Rendements formuliert und auf sechs Stunden zeitliche Leistung begrenzt.

5.1 Die IV-Stelle stellte in ihrer Verfügung vom 25. Juli 2011 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vollumfänglich auf die RAD-Stellungnahmen von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. März 2011 sowie vom 18. Mai 2011 ab. Der Beschwerdeführer wandte dagegen ein, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD, wonach dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden pro Tag bei ganztägiger Präsenz in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne stossende, ziehende, hebende oder Überkopf-Arbeiten zumutbar sei, finde in den vorhandenen medizinischen Berichten keine Stütze. Eine entsprechende Einschätzung finde sich nur im Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_; dieses Gutachten könne indessen schon aufgrund seines Alters nicht Grundlage für die Ablehnung des Rentenbegehrens des Beschwerdeführers bilden. In den entscheidrelevanten Berichten sei eine solche Einschätzung nicht vorhanden. Die Berichte des Kantonsspitals Liestal würden sich nicht über eine zumutbare Verweistätigkeit äussern; Dr. F.\_\_\_\_ bestätige aufgrund seiner dekadenlangen Behandlung des Beschwerdeführers eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% in leidensangepassten Tätigkeiten mit eingeschränktem Rendement. Dr. L.\_\_\_\_ sei seinerseits der Auffassung, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur aufgrund eines Fachgutachtens erfolgen könne. Der RAD setze sich nicht mit der Beurteilung der behandelnden Ärzte auseinander, sondern nehme die nicht mehr aktuelle Beurteilung der Dres. C.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ als Bemessungsgrundlage. Wie der RAD zu seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit komme, werde auch nicht näher begründet. Somit sei die Beurteilung des RAD nicht schlüssig und unvollständig, weshalb ihr kein Beweiswert zukomme. Massgebend sei daher einzig die Beurteilung in Bezug auf die Restarbeitskraft von Dr. F.\_\_\_\_, wonach eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe.

5.2 Die IV-Stelle hielt dem in ihrer Vernehmlassung vom 28. Dezember 2011 entgegen, die Einschätzung des RAD beruhe auf der Kenntnis der Vorakten, sei schlüssig begründet und nachvollziehbar. Sie entspreche der damaligen Einschätzung der SUVA betreffend die rechte Schulter. Der RAD weiche zugunsten des Beschwerdeführers von der Einschätzung Dr. C.\_\_\_\_'s ab, indem er die Gewichtslimite von 7.5 kg nicht mehr nenne. Zudem sei eine adaptierte Verweistätigkeit auf 6 Stunden pro Tag beschränkt worden. Die Formulierung Dr. L.\_\_\_\_'s weise darauf hin, dass auch er eine Arbeitsfähigkeit im vom RAD zugemuteten Rahmen durchaus für möglich halte. Bezüglich des rechten Knies habe der RAD keine Hinweise auf einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkennen können. Insgesamt erweise sich die Beurteilung des RAD in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden als umfassend und schlüssig, womit ihr voller Beweiswert zukomme.

5.3 Zu den Berichten des RAD vom 17. März 2011 sowie vom 18. Mai 2011 ist zunächst festzuhalten, dass es sich dabei um versicherungsinterne Beurteilungen handelt. Auch die Berichte versicherungsinterner Ärzte haben nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung Beweiswert, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 E. 3b/ee; MÜLLER URS, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rn 1726; vgl. auch E. 3.2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person vom RAD selbst untersucht wird; das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist noch kein Grund, eine RAD-Stellungnahme in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1). Werden diese Anforderungen erfüllt, kommt verwaltungsinternen Stellungnahmen ein vergleichbarer Beweiswert zu wie verwaltungsexternen Gutachten (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.2). Einschränkend hält das Bundesgericht fest, dass eine versicherungsinterne Beurteilung keine volle Beweiskraft mehr hat, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

5.4 Vorliegend steht der medizinische Sachverhalt im Hinblick auf die Diagnosen betreffend die rechte und die linke Schulter fest. Die von den medizinischen Fachpersonen gestellten Diagnosen sind weitgehend deckungsgleich. Aus den Akten geht jedoch hervor, dass sich die behandelnden Ärzte nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit äusserten. Fest steht lediglich, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Schleifer nicht mehr zumutbar ist. Dies geht schon aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im rheumatologischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ hervor und wurde von der Orthopädischen Klinik des Kantonsspitals Liestal im Bericht vom 6. Januar 2011 explizit festgehalten. Dr. L.\_\_\_\_ äusserte in seinem Schreiben vom 12. Mai 2011 die Meinung, dass sich die Frage nach der definitiven Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aktenkonsiliarisch nicht beantworten lasse und nur durch ein fachärztliches Gutachten zu klären sei. Die Tatsache, dass sich die behandelnden Ärzte nicht zu einer Verweistätigkeit zu äussern vermögen, weckt Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch den RAD. Zudem findet die Knieproblematik des Versicherten keine Berücksichtigung im Bericht des RAD, dies mit der Begründung, die Beschwerden seien regredient und hätten keine zusätzlichen einschränkenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Annahme wird in den Akten indessen nicht belegt. Zwar schilderte der Versicherte gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ im Februar 2011 abnehmende Beschwerden; Dr. L.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Mai 2011 jedoch persistierende Knieschmerzen. Ob die Kniebeschwerden des Versicherten weiterhin bestehen und wie sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wurde vom RAD somit nicht geklärt. Schliesslich ist zu erwähnen, dass es sich bei Dr. E.\_\_\_\_ um einen Facharzt in Allgemeinmedizin und nicht um einen Orthopäden oder Rheumatologen handelt und er somit nicht über die fachärztliche Qualifikation zur Beurteilung der Beschwerden des Versicherten verfügt. Insgesamt bestehen daher erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch den RAD, so dass ihr keine volle Beweiskraft mehr zukommt. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes im Gesamtkontext der rechten und der linken Schulter sowie

des rechten Knies drängt sich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die Einholung eines rheumatologischen Verlaufsgutachtens auf. Obwohl die Erkrankungen am Bewegungsapparat im Vordergrund stehen und der Versicherte in seiner Beschwerde vom 14. September 2011 keine psychischen Beschwerden mehr geltend machte, ist der Vollständigkeit halber jedoch auch die psychiatrische Problematik erneut abzuklären, zumal Dr. F.\_\_\_\_ noch in seinem Bericht vom 20. Oktober 2010 die Diagnose einer Depression mässigen Grades stellte. Da sie mit der Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers bereits vertraut sind, erscheint es zweckmässig, die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ mit der bidisziplinären Begutachtung in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie zu beauftragen.

6.1 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff, E. 4.4.1 ff.).

6.2 Vorliegend hat der Beschwerdeführer beantragt, dass zur Vermeidung des Verlusts einer Instanz die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen sei, sofern nicht ohnehin eine Gutheissung seiner Beschwerde erfolge. Diesem Antrag kann entsprochen werden. Indem das Bundesgericht die kantonalen Sozialversicherungsgerichte in die Pflicht nimmt, bei abklärungsbedürftigen Fragen selbst Gerichtsgutachten einzuholen, bezweckt es einen Paradigmenwechsel bei der Sachverhaltsabklärung im Hinblick auf die Waffengleichheit im Prozess sowie auf die Straffung des Gesamtverfahrens (BGE 137 V 210 ff, E. 4.4.1.2, 4.4.1.3). Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist jedoch auch weiterhin möglich. Da der medizinische Sachverhalt abklärungsbedürftig ist und der Beschwerdeführer dies ausdrücklich beantragt, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit nichts entgegen.

7. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Juli 2011 aufzuheben und die Angelegenheit ist zur erneuten Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese wird ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten einzuholen haben, wobei es aus Sicht des Kantonsgerichts zweckmässig erscheint, wiederum die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ damit zu beauftragen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die IV-Stelle über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten aufer-

legt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen im Sinne der genannten Bestimmung gilt grundsätzlich auch die Rückweisung der Angelegenheit an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 137 V 61 f. E. 2.1, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 24. Januar 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11.27 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 181.50. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'240 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle 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 (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 25. Juli 2011 aufgehoben und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- zurückerstattet.
  3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'240.-- (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) zu bezahlen.

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