Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. August 2013 (720 13 1 / 187)

Invalidenversicherung

Rückweisung, erhebliche Diskrepanzen zwischen den beruflichen- und den medizinischen Abklärungsergebnissen

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach
	gegen
	IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1975 geborene A.____ arbeitete zuletzt vom 1. März 2005 bis 22. Februar 2009 als Bauarbeiter bei der B____AG. Am 29. April 2009 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) für die Früherfassung und am 1. Dezember 2009 zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) führte Frühinterventions- sowie berufliche Massnahmen durch und veranlasste eine berufliche Abklärung im Spital C____. Nachdem sie die

gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, ermittelte sie beim Versicherten ab 23. Februar 2010 einen IV-Grad von 50% und ab 1. November 2010 einen solchen von 31%. Gestützt auf diese Ergebnisse sprach sie A.____ nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit zwei Verfügungen vom 16. November 2012 für die Zeit vom 1. Juni 2010 bis 31. Januar 2011 eine befristete halbe Rente zu.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 28. Dezember 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es seien die Verfügungen vom 16. November 2012 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e- Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die Verfügungen auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhen würden. Zudem sei der Einkommensvergleich nicht korrekt durchgeführt worden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. Januar 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen einer amtlichen Erkundigung forderte das Kantonsgericht die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers am 23. Januar 2013 und 27. Februar 2013 auf, zum Lohn des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. Zu den diesbezüglichen Eingaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 22. Februar 2013 und 13. März 2013 nahmen die Parteien am 4. April 2013 und 24. Mai 2013 Stellung.

E. Am 4. Juni 2013 zog das Kantonsgericht bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) die Akten des Versicherten bei.

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

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 28. Dezember 2012 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist die Höhe des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 16. November 2012 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 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).

4.1 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, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) 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 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils 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 Beweiswürdigung 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 (Urteile des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). 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 Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) 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).

4.4 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

5.1 Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie, diagnostizierte am 6. April 2009 ein sensomotorisches Ausfallsyndrom C7, fraglich auch C6 rechts bei/mit grosser mediolateraler Diskushernie C5/6 rechts. Der Versicherte weise seit dem 21. Februar 2009 heftige Nackenbeschwerden, eine Brachialgie rechts und Parästhesien in den Fingern 1 und 2 auf. Aktuell bestünden vor allem Nackenschmerzen mit Bewegungssteifigkeit und eine erheblich eingeschränkte Belastbarkeit. Der Versicherte sei seit 21. Februar 2009 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig.

5.2 Auf Anfrage der IV-Stelle stellte die Hausärztin Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 6. Januar 2010 fest, dass der Versicherte nebst der von Dr. D.____ im Bericht vom 6. April 2009 gestellten Diagnose auch eine kleine rechtsseitige Diskushernie C6/7 aufweise. Aktuell bestünden Kopf- und Nackenschmerzen, ausstrahlend in die rechte Hand, eine Krafteinbusse in der rechten Hand und eine Gefühlsstörung im kleinen Finger rechts. Der Versicherte sei seit dem 4. Mai 2009 zu 50% arbeitsfähig. Für eine angepasste Tätigkeit sei mit einer Steigerung des Pensums auf 100% zu rechnen.

5.3 Am 27. Mai 2010 hielt Dr. D.____ zu Handen von Dr. E.____ fest, dass der Verlauf günstig sei, auch wenn keine grossen Fortschritte hinsichtlich der Belastbarkeit zu verzeichnen seien. Das Arbeitspensum von 50% sei der Behinderung angepasst. Längerfristig sei mit einem weiterhin günstigen Verlauf zu rechnen.

5.4 Dr. med. F.____, FMH Neurologie, Spital G.____, diagnostizierte am 9. November 2010 ein chronisches zerviko-spondylogenes Syndrom mit schweren degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) und mit Diskushernien HWK 5/6 und HWK 6/7 sowie eine Spinalkanalstenose, eine leichte zervikale Myelopathie bei Spinalkanalstenose und ein lumbales Schmerzsyndrom. Die Abklärungen mittels motorisch evozierter Potentiale würden leicht pathologische Befunde zeigen, sodass von einer leichten zervikalen Myelopathie auszugehen sei. Hinsichtlich der lumbalen Rückenschmerzen zeige das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 22. Oktober 2010 keine relevanten Befunde. Als Bauarbeiter sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig, wobei er keine schweren körperlichen Arbeiten ausführen könne. Für eine angepasste berufliche Tätigkeit bestünde eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

5.5 Die IV-Stelle veranlasste eine berufliche Abklärung. Im Schlussbericht der BEFAS vom 8. April 2011 wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass vom 3. bis 31. Januar 2011 eine elementare Abklärung (ELA), vom 14. bis 25. Februar 2011 eine vertiefte Abklärung in der industriellen Montage und vom 28. Februar 2011 bis zum Abbruch der Massnahme am 8. März 2011 ein Praktikum im Werkhof der Gemeinde X.____ durchgeführt worden seien. Der Versicherte sei beschwerdebedingt auch dann nicht in der Lage gewesen, einfachste handwerkliche Arbeiten über mehr als zwei Stunden auszuführen, wenn der Arbeitsplatz ergonomisch auf ihn angepasst gewesen sei. Allgemein wirke der Versicherte belastet und niedergeschlagen. Um den Grund der zunehmenden Schmerzen zu erkennen, sei eine sorgfältige medizinische Abklärung zu empfehlen. Zudem sei eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll.

5.6 Gemäss den Berichten des Spitals G.____ vom 31. März 2011 und 12. April 2011 war der Versicherte vom 22. März 2011 bis 1. April 2011 in dieser Klinik hospitalisiert. Diagnostiziert

wurden ein chronisches zervikovertebrales, spondylogenes Syndrom beidseits, ein Lumbovertebralsyndrom mit intermittierendem Reizsyndrom S1 rechts, ein Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, ein Tinnitus rechts, erhöhte Leberwerte unklarer Ätiologie und ein Vitamin D-Mangel. Der Versicherte sei am 22. März 2011 infolge eines exazerbierten zervikovertebralen spondylogenen Schmerzsyndroms aufgenommen worden. Unter Therapie mit Lyrica und Novalgin seien die Beschwerden rückläufig und die in die Finger ausstrahlenden Schmerzen verschwunden. Die Beschwerden seien am ehesten auf die Wurzelkompression C6 und C7, fraglich C8 zurückzuführen. Für körperlich schwere und/oder monotone, repetitive Tätigkeiten mit Belastung der HWS bestünde eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

5.7 Gemäss Abschlussbericht der beruflichen Massnahmen vom 6. September 2011 hätten die Arbeitsversuche während der ELA auch bei nur geringen körperlichen Belastungen aufgrund zu hoher Schmerzbelastung abgebrochen werden müssen. Wegen den Rückmeldungen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen und der Anzahl der gesundheitsbedingten Absenzen seien weitere Massnahmen zwecklos. Die beruflichen Massnahmen würden deshalb abgeschlossen.

5.8 Auf Anfrage der IV-Stelle hielt Dr. E.____ am 30. September 2011 fest, dass der Versicherte ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom mit schweren degenerativen Veränderungen der HWS und mit Diskushernie HWK 5/6 und HWK 6/7, eine Spinalkanalstenose und eine leichte zervikale Myelopathie bei Spinalkanalstenose, weiterhin ohne klinische Manifestation, aufweise. Für schwere körperliche Tätigkeiten bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dem Versicherten sollte aber dringend eine leichte körperliche Tätigkeit ermöglicht werden.

5.9 Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, wiederholte am 28. November 2011 die von Dr. E.____ am 30. September 2011 genannten Diagnosen. Er erachtete den Beschwerdeführer für körperlich schwere Arbeiten sowie monotone, repetitive Zwangshaltungen, insbesondere für die HWS, seit Anfang 2009 als vollständig arbeitsunfähig. Indes seien ihm gemäss den Angaben der behandelnden Ärzte im Bericht des Spitals G.____ vom 31. Mai 2011 ab April 2011 körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne monotone, repetitive Zwangshaltungen des Rumpfes und Nackens, ohne häufigere Überkopfarbeiten und Arbeiten am langen Arm-Hebel möglich.

5.10 Am 1. März 2012 hielt Dr. H.____ im Wesentlichen fest, dass aus medizinischer Sicht keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt seien.

5.11 Auf Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. H.____ im Bericht vom 25. Mai 2012 aus, der Bericht des Spitals G.____ vom 31. März 2011 erwähne einen kurzzeitigen stationären Aufenthalt in der letzten Märzwoche 2011 mit deutlichem Beschwerderückgang. Im Vergleich zum neurologischen Bericht von Dr. F.____ vom 9. November 2010 würde sich keine dauerhafte oder relevante Befundverschlechterung präsentieren, die eine Reduktion der von Dr. F.____ im Bericht vom 9. November 2010 attestierten zumutbaren Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten begründen würde.

6.1 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt den medizinischen Abklärungen gegenüber denjenigen der Fachleute der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung zwar ein grösseres Gewicht zu. Indessen darf Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden: Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2). Eine solche Konstellation liegt hier vor, wie sich aus Folgendem ergibt.

6.2 Die Vorinstanz ging in den angefochtenen Verfügungen vom 16. November 2012 gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. H.____ vom 28. November 2011, 1. März 2012, und 25. Mai 2012 davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Arbeit als Bauarbeiter ab Januar 2010 im Umfang von 50% und ab November 2010 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei. Diese medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit steht aber in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu der Leistung, wie sie der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Abklärung realisieren konnte. So wurde im Schlussbericht der BEFAS vom 8. April 2011 festgestellt, dass der Versicherte beschwerdebedingt nicht in der Lage gewesen sei, einfachste handwerkliche Arbeiten über mehr als zwei Stunden auszuführen. Auch im Abschlussbericht der beruflichen Massnahmen vom 6. September 2011 wurde darauf hingewiesen, dass die Arbeitsversuche während der ELA aufgrund zu hoher Schmerzbelastung abgebrochen werden mussten und unter diesen Umständen weitere berufliche Massnahmen zwecklos seien. Dabei wurde der Beschwerdeführer im Bericht der BEFAS vom 8. April 2011 als motiviert und interessiert sowie einsatz- und leistungsbereit beschrieben. Da sich in den Akten keine Hinweise auf eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers finden, tragen die Schlussfolgerung des RAD-Arztes Dr. H.____ den Beurteilungen im Bericht der beruflichen Abklärung nicht in nachvollziehbarer und einleuchtender Weise Rechnung. Unter diesen Umständen hätte sich der RAD-Arzt zumindest mit der Frage auseinandersetzen müssen, wie diese grossen Unterschiede zu erklären sind, und weshalb er trotz den Erkenntnissen im Bericht der BEFAS vom 8. April 2011 zur Auffassung gelangte, dass dem Beschwerdeführer ab November 2010 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei. Mangels Kohärenz erweist sich seine Beurteilung augenscheinlich nicht geeignet, die bestehenden Widersprüche aufzulösen. Indem die Vorinstanz es unterlassen hat, weitere Abklärungen zu veranlassen, um die erhebliche Diskrepanz zwischen den medizinischen und den beruflichen Berichten nachvollziehbar erklären zu können und die offenkundig mit Ungereimtheiten behafteten, nicht schlüssigen Beurteilungen des RAD ausschlaggebenden Beweiswert beigemessen hat, hat sie den Sachverhalt auf unvollständiger Beweisgrundlage, mithin rechtsfehlerhaft festgestellt. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, weshalb die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden können. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch geeignete weitere medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Von weiteren Abklä-

rungen kann nicht abgesehen werden, da nicht von vornherein angenommen werden kann, eine ergänzende Begutachtung vermöge zu keinen besseren Erkenntnissen führen. Damit steht fest, dass die angefochtenen Verfügungen vom 16. November 2012 auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruhen und deshalb aufzuheben sind.

7.1 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, E. 4.4.1 ff.).

7.2 Da es die Vorinstanz unterlassen hat, weitere Abklärungen zu veranlassen, um die erhebliche Diskrepanz zwischen den medizinischen und den beruflichen Berichten nachvollziehbar erklären zu können und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Die Vorinstanz wird angehalten, die medizinische Sachlage umfassend abklären zu lassen. Da die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers die vom Kantonsgericht im Rahmen der amtlichen Erkundigen gestellten Fragen nur teilweise beantworte, besteht auch bei der Bemessung des Valideneinkommens weiterer Abklärungsbedarf. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die IV-Stelle über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. Demzufolge ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die Verfügungen vom 16. November 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

8.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die beschwerdeführende Partei als obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. 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 auferlegt werden. Dies

hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 6. Juni 2013 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11,9 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 75.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung von Fr. 3'294.-- (11,9 Stunden à Fr. 250.– + Auslagen von Fr. 75.-- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügungen vom 16. November 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz 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. 3'294.-- (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht