

BL_GERICHTE 720 2024 303 vom 3. Juli 2025

BL Gerichte, 2025-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2024_303

FR: BL_GERICHTE 720 2024 303 du 3 juillet 2025

IT: BL_GERICHTE 720 2024 303 del 3 luglio 2025

Regeste

IV-Rente / Rückweisung der Angelegenheit aufgrund unvollständiger Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts

Erwägungen

E. 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 4. Oktober 2024 ist demnach einzutreten.

2.1 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 wieder herstellen, 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Absätze 1 bis und 1 ter IVG nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG).

2.2 Nach Art. 6 ATSG 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 Geburts-gebrechen, 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). 2.3 Gemäss Art. 28b IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozessualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 % und 49 % wird der prozentuale Anteil anhand der in Abs. 4 wiedergegebenen Tabelle festgesetzt; er beträgt zwischen 47,5 % (bei einem Invaliditätsgrad von 49 %) und 25 % (bei einem Invaliditätsgrad von 40 %). Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht kein Rentenanspruch. 2.4 Die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten richtet sich nach Art. 16 ATSG (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungsoder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29). 3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte oder vorweg genommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (zur Publikation vorgesehenes Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2025, 8C_515/2024, E. 4.4 mit zahlreichen Hinweisen). 3.2 Geht es um die Feststellung des Gesundheitszustands und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person, stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3). 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). 3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (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). 3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). 4.1 Die IV-Stelle zog im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts die Akten der C. Versicherungen AG, der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers, bei. Diese hatte im Zusammenhang mit der Beurteilung ihrer Leistungspflicht bei Dr. med. D., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine fachärztliche Begutachtung des Versicherten in Auftrag gegeben. In seinem Gutachten, welches er am 21. April 2023 erstattete, führte Dr. D. aus, beim Exploranden bestehe eine "Pes Valgus Fuss-Stellung rechtslinks bei einer nicht vollständig ausgeprägten Talus verticalis ähnlichen Situation, wahrscheinlich congenital bedingt." Eine Tätigkeit in seinem Beruf als Elektro-Installateur sei ihm mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr zumutbar, da der rechte Fuss nach Pronations-Valgusdeformität keine ausreichende Stabilität mehr in Gefahrenbereichen und unebenem Gelände biete und eine Gehbelastung der Einsatzzeit entsprechend nicht mehr erreicht werden könne ("quasi den ganzen Tag auf den Beinen"). Gleiches entwickle sich zurzeit am linken Fuss. Es liege eine ausgeprägte Valgusdeformierung rechts vor. Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit hielt Dr. D. fest, der Explorand könne aufgrund der beidseitigen Fussdeformation unter Berücksichtigung einer aktuell fast symptomlosen LWS-Situation (Spinalkanalstenose) ohne Probleme eine wechselbelastende, stets leichte Tätigkeit, die er ebenerdig und mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Stehen, Gehen und vor allem Sitzen) verrichten

könne, vollschichtig zu 100 % ausüben, wobei Knien, Kauern und Bücken ebenso wie Nässe, Kälte und Zugluft zu meiden seien. 4.2 In den medizinischen Akten des vorliegenden Falles finden sich diverse Arztberichte, die sich mit anderweitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers befassen. 4.2.1 PD Dr. med. E. , Oberarzt am Spital F. , Orthopädie, diagnostizierte beim Versicherten am 26. Oktober 2023 - nebst den Fussbeschwerden - eine beginnende medialsseitige Gonarthrose, DD eine degenerative Meniskusläsion, am rechten Knie und hielt dazu fest, er interpretiere die Beschwerden des Patienten am ehesten belastungsbedingt auch infolge der Fussproblematik auf der rechten Seite. 4.2.2 Dr. med. G. , Oberarzt am Spital F. , Angiologie, berichtete am 1. Dezember 2023 über seine fachärztliche Untersuchung, in der er beim Versicherten eine chronischvenöse Insuffizienz im Stadium C4a nach CEAP-Klassifikation beidseits diagnostizierte. 4.2.3 Dr. med. H. , Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, diagnostizierte beim Versicherten laut Bericht vom 11. Januar 2024 in erster Linie extrakardiale Brustbeschwerden. Er hielt fest, dass kein Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz bestehe. Die Symptome seien erklärt durch eine Kombination von progredienter Adipositas, Bewegungsmangel, wahrscheinlicher COPD aggraviert unter Concor (Bronchoobstruktion) und Verunsicherung. 4.2.4 In seinem Bericht vom 29. Januar 2024 diagnostizierte Dr. med. I. , Leitender Arzt der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals J. , beim Versicherten chronische belastungsabhängige Lumboglutealgien ohne eindeutige Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose L3-S1 (Schizas C) aufgrund epiduraler Lipomatose. Die Hauptsymptomatik der Rückenbeschwerden liege im tiefen lumbalen Bereich und sei insbesondere morgens beim Aufstehen vorhanden. Durch körperliche Aktivitäten wie Treppensteigen, Bücken oder beispielsweise durch das Hochheben eines Wäschekorbes würden die Rückenbeschwerden exazerbieren. 4.2.5 Im Rahmen einer Zweitbeurteilung der Rückenproblematik diagnostizierte Dr. med. K. , Klinik L. , beim Versicherten am 7. Februar 2024 ein bekanntes chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, teils mechanisch imponierend, weniger claudicativ, bei bekannter hoch- bis höchstgradiger Spinalkanalstenose L3 bis S1, osteodiskoligamentär aber vorwiegend durch eine epidurale Lipomatose bedingt, mit auch multietager degenerativen Veränderungen der gesamten LWS, hauptbefundlich L4/5, und bei vorangeschrittener erosiver, rechts dominanter Osteochondrose und ausgeprägten bilateralen Facettengelenksarthrosen L3 bis S1. 4.2.6 Die Hausärztin des Versicherten, Dr. med. M. , Allgemeine Innere Medizin FMH, wies im Bericht vom 13. Februar 2024 darauf hin, dass das Hauptproblem ihres Patienten die Schmerzen der Füße sei. Er sei deswegen in orthopädischer Dauerbehandlung. Ansonsten bestünden weitere Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates und eine arterielle Hypertonie, die schwierig einstellbar sei. Aufgrund der komplexen Problematik sei der Versicherte im erlernten Beruf als Elektro-Installateur nicht arbeitsfähig, aber auch in anderen Tätigkeiten werde er nur eingeschränkt "berufsfähig" sein. 4.2.7 Am 22. Mai 2024 wurde im Spital F. eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt. Im Bericht vom selben Tag wurden die daraus erhaltenen Ergebnisse wie folgt beurteilt: Linker Ventrikel mit konzentrischem Remodelling bei knapp noch normaler Gesamtmuskelmasse mit normaler systolischer Funktion (LVEF 57 %), keine regionalen Wandbewegungsstörungen; diastolische Funktion nicht konklusiv beurteilbar bei E/A-Fusion und Tachykardie, jedoch Hinweise auf eine mögliche Dysfunktion; mittelschwer dilatierter linker Vorhof; leichte Aortenklappeninsuffizienz bei degenerativ veränderter Aortenklappe; keine weiteren relevanten Klappenvitien; normal dimensionierter rechter Ventrikel mit normaler

Pumpfunktion; normaler systolischer pulmonalarterieller Druck (sPAP ca. 34 mmHg); normal grosser rechter Vorhof; kein Perikarderguss. Im Weiteren wurden im Bericht stark erhöhte arterielle Blutdruckwerte bei "white coat"-Komponente und nicht eingenommener häuslicher antihypertensiver Therapie beschrieben. 4.2.8 Im Bericht des Spitals F. , Pneumologie, vom 30. Juli 2024 wurden beim Versicherten ein allergisches Asthma bronchiale (ED 30.07.2024) und eine hypertensive Kardiopathie diagnostiziert. 4.3.1 Bei den medizinischen Unterlagen des Falles findet sich sodann die von der IV-Stelle eingeholte Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. B. vom 30. Oktober 2023. Darin wies diese darauf hin, dass der Versicherte im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durch Dr. D. seitens des Bewegungsapparates begutachtet worden sei. Die vom genannten Facharzt erhobenen Befunde könnten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, nicht jedoch in einer körperlich leichten und angepassten Verweistätigkeit begründen. Auf diese Beurteilung von Dr. D. könne, so das Fazit von Dr. B. , abgestellt werden. 4.3.2 Im März 2024 unterbreitete die IV-Stelle Dr. B. mehrere der oben (vgl. E. 4.2.3 hiervor) erwähnten, aus verschiedenen fachärztlichen Disziplinen stammenden Berichte mit der Bitte, diese aus versicherungsmedizinischer Sicht zu beurteilen. In ihrer ersten Antwort vom 15. April 2024 ging die RAD-Ärztin inhaltlich noch nicht auf diese Berichte ein, sie ersuchte die IV-Stelle vielmehr darum, beim Versicherten weitere von ihm angesprochene, aber nach wie vor fehlende Unterlagen einzuholen. Die IV-Stelle kam dieser Bitte nach, worauf Dr. B. am 3. September 2024 die gewünschte Beurteilung vornahm. Darin beschränkte sie sich aber auf eine Würdigung der Berichte von Dr. H. vom 11. Januar 2024 (vgl. E. 4.2.3 hiervor) und von Dr. I. vom 29. Januar 2024 (vgl. E. 4.2.4 hiervor). Inhaltlich gelangte sie dabei zum Schluss, dass sich eine objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustands seit ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2023 nicht konstatieren lasse. Somit könne versicherungsmedizinisch an der damaligen Beurteilung festgehalten werden. 4.3.3 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens holte die IV-Stelle eine nochmalige Beurteilung von Dr. B. ein. Am 18. November 2024 nahm die RAD-Ärztin nunmehr zu den restlichen der in E. 4.2 hiervor wiedergegebenen, von ihr bis anhin noch nicht gewürdigten medizinischen Berichten Stellung. Als Fazit hielt sie fest, dass auf ihre versicherungsmedizinische Beurteilung nachvollziehbar abgestellt werden könne, auch wenn sie diese nach Aktenlage vorgenommen habe. Die klinischen Befunde seien im Dossier gut dokumentiert, so dass kein zusätzliches Gutachten erforderlich sei. Die medizinische Sachlage sei klar dargelegt, weshalb ein Gutachten keinen Mehrwert bringe. Versicherungsmmedizinisch würden sich aus den teils neu vorgebrachten Berichten keine neuen Aspekte ergeben, so dass weiterhin auf die RAD-Beurteilung abgestellt werden könne. 5.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2024 bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf das orthopädische Gutachten von Dr. D. vom 21. April 2023 und die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. B. vom 30. Oktober 2023. Dabei gelangte sie zur Auffassung, dass der Versicherte eine wechselbelastende, stets leichte Tätigkeit, die das von Dr. D. formulierte Belastbarkeitsprofil berücksichtige, vollschichtig zu 100 % ausüben könne. 5.2 Entgegen der Auffassung der IV-Stelle kann den genannten Beurteilungen der Dres. D. und B. im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine ausschlaggebende Beweis-kraft beigemessen werden. Bei der beweisrechtlichen Würdigung ihrer Einschätzungen ist vorab daran zu erinnern, dass Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen - wie bereits weiter oben festgehalten (vgl. E. 3.4 hiervor) - nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder

gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). Solche Zweifel liegen hier in verschiedener Hinsicht vor. Von Bedeutung ist insbesondere, dass das Gutachten von Dr. D. vom Krankentaggeldversicherer im entsprechenden, bei ihm hängigen Krankentaggeldverfahren eingeholt wurde. Aus diesem Grund beschränkte sich der Fokus der Untersuchung und Beurteilung von Dr. D. denn auch auf die Frage, ob und in welchem Ausmass der Versicherte durch die damals im Zentrum stehenden Beschwerden am rechten Fuss in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf als Elektro-Installateur und allenfalls in einer angepassten Verweistätigkeit eingeschränkt sei. Wegen dieser (begrenzten) Fragestellung wurden Dr. D. zusammen mit dem Auftrag denn auch nur medizinische (Vor-) Akten unterbreitet, welche die Fussbeschwerden des Versicherten betrafen (vgl. die Zusammenfassung der Unterlagen auf den Seiten 1-3 seines Gutachtens). Was die Beurteilung von Dr. B. vom 30. Oktober 2023 betrifft, so beschränkt sich diese ebenfalls auf die Fussproblematik des Versicherten und entsprechend auf die Frage, ob auf das orthopädische Gutachten von Dr. D. abgestellt werden könne. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), leidet der Versicherte aber zusätzlich auch an Knie- und Rückenbeschwerden sowie an weiteren kardiologischen, pneumologischen und angiologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ihn allenfalls in seiner Leistungsfähigkeit einschränken. Vor diesem Hintergrund erweisen sich die genannten Einschätzungen der Dres. D. und B., die sich auf die Fussbeschwerden des Versicherten fokussieren und deswegen auch nicht auf einer kompletten Aktenkenntnis beruhen, für die Beurteilung des hier zur Diskussion stehenden invalidenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers als unvollständig. Im Ergebnis liegt somit mit den Berichten der Dres. D. und B. vom 21. April 2023 und 30. Oktober 2023, auf welche die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung abstellte, keine rechtsgenügende Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten vor. 5.3 An dieser Feststellung ändert auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nachgereichte Beurteilung von Dr. B. vom 18. November 2024 nichts. Darin äussert sich die RAD-Ärztin nunmehr zu den von ihr bis anhin noch nicht gewürdigten, grossmehrheitlich im Jahr 2024 - aber noch vor Verfügungserlass - verfassten medizinischen Berichten. Ihre Ausführungen sind inhaltlich aber allesamt sehr knapp und entsprechend eher oberflächlich begründet. Dazu kommt, dass Dr. B. die jeweiligen fachärztlichen Berichte einzeln - und insofern isoliert betrachtet - kommentiert. Dadurch fehlt eine Gesamtbeurteilung, die sich zur Frage äussert, ob und inwieweit sich die in den einzelnen Disziplinen erhobenen Einschränkungen in ihrem Zusammenspiel verstärken und ob sie sich entsprechend kumulativ auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten auswirken. In diesem Umstand liegt ein wesentlicher Mangel des Berichts von Dr. B. vom 18. November 2024. Zusätzliche, zumindest geringe Zweifel an dessen Beweiswert ergeben sich sodann auch aus dem Umstand, dass Dr. B., die über den Facharzttitel für Physikalische und Rehabilitative Medizin verfügt, nicht nur die vorliegenden orthopädischen Gutachten und Berichte, sondern auch die in den Disziplinen Kardiologie, Pneumologie und Angiologie eingeholten fachärztlichen Berichte kommentiert und würdigt. Man darf sich in diesem Zusammenhang durchaus fragen, ob sie für solche Einschätzungen in anderen medizinischen Disziplinen als dem eigenen Fachgebiet auch hinreichend qualifiziert ist. 5.4 Nach dem Gesagten bieten die

Berichte der Dres. D. und B. - entgegen der Auffassung der IV-Stelle - keine zuverlässige Grundlage, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit festzustellen und abschliessend über dessen Rentenanspruch zu befinden. Die Vorinstanz erhob den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt unvollständig und sie muss sich insofern - wie der Beschwerdeführer zu Recht moniert - eine Verletzung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. E. 3.1 hiervor) vorwerfen lassen. Die Angelegenheit ist deshalb an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein polydisziplinäres Gutachten zu den gesundheitsbedingten Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten und deren Entwicklung seit der Anmeldung zum Leistungsbezug einholt. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben.

E. 6

Zu ergänzen bleibt Folgendes: In seiner Beschwerde bringt der Versicherte vor, dass eine allenfalls noch bestehende Restarbeitsfähigkeit aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung mit seinem vorgerückten Alter nicht mehr verwertbar wäre. Auf diesen Einwand ist im vorliegenden Verfahrensstadium nicht weiter einzugehen. Solange nicht abschliessend geklärt ist, ob beim Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Verweistätigkeit überhaupt - und bejahendenfalls in welchem Ausmass und ab wann - eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestand, kann die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig beurteilt werden.

E. 7

Somit ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 6. September 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

E. 8

Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

E. 8.1

Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen).

E. 8.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind.

E. 8.3

Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer Honorarnote vom 23. Januar 2025 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 13 Stunden und 25 Minuten geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen 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 die geltend gemachten Auslagen von Fr. 134.90. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'771.60 (13 Stunden und 25 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 134.90 und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. 9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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 öffentlichrechtlichen 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 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 öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 6. September 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'771.60 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.