

BL_GERICHTE 720 21 94/227 vom 28. Juli 2016

BL Gerichte, 2016-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_94_227

FR: BL_GERICHTE 720 21 94/227 du 28 juillet 2016

IT: BL_GERICHTE 720 21 94/227 del 28 luglio 2016

Regeste

IV-Rente

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 form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente zu Recht verneint hat.

E. 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

E. 2.2

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung

der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was vom Beschwerdeführer - zu Recht - nicht bestritten wird.

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 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 Berufstätigkeit 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: Schaffhauser/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 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). 4.3 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, zu welchen Berichte des RAD gehören, kommt nicht derselbe Beweiswert zu 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 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit dem Beweiswert von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, wenn sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, 9C_323/2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen werden aber stets externe Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet sowie wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können. Dasselbe gilt, wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht (BGE 137 V 210, E. 1.2.1).

E. 5

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen seit dem im Jahre 2014 erlittenen Unfall zahlreiche medizinische Unterlagen vor, welche vom Gericht gewürdigt wurden. Nachfolgend werden nur die wesentlichsten Arztberichte aufgeführt.

E. 5.1

Gemäss Austrittsbericht des Spitals B.____ vom 29. Januar 2014 erlitt der Beschwerdeführer im Rahmen eines Arbeitsunfalls am 20. Januar 2014 eine mehrfragmentäre dislozierte distale Oberarmschaftfraktur links sowie eine Rippenprellung

links, woraufhin am 22. Januar 2014 eine Reposition des Humerus mit Plattenosteosynthese vorgenommen wurde. Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Postoperativ habe sich ein regelrechter Befund mit reizlosen Wundverhältnissen gezeigt.

E. 5.2

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte im Zwischenbericht der Suva vom 12. April 2014 fest, dass der Versicherte weiterhin über Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit im linken Ellbogen und in der linken Schulter geklagt habe. Zudem kämen auch Schmerzen im Nackenbereich links und im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule hinzu, welche am ehesten muskulär bedingt auf eine Fehlhaltung zurückzuführen seien.

E. 5.3

Im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 21. Juli 2014 diagnostizierten die involvierten Ärzte sodann einen Verdacht auf ein zervikales/lumbales Schmerzsyndrom, bildgebend ohne Anhalt für posttraumatische Veränderungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule (HWS/LWS) sowie degenerative Veränderungen ohne Hinweis auf eine Neurokompression. Des Weiteren sei eine Anpassungsstörung mit psychotraumatologischer Angstsymptomatik und differenzialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt worden.

E. 5.4

Am 4. Februar 2015 wurde sodann im Spital B.____ beim Beschwerdeführer die bei der Reposition des Humerus mit Plattenosteosynthese eingesetzte Metallplatte wieder vollständig entfernt und eine Neurolyse des Nervus radialis durchgeführt. Auch hier sei der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos ausgefallen.

E. 5.5

Nach Durchsicht aller vorliegenden Akten diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung vom 28. Mai 2015 einen Status nach Arbeitsunfall am 20. Januar 2014 mit Oberarmschaftfraktur links, ein Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese am linken Oberarm am 20. Januar 2014 (recte: 22. Januar 2014), ein Status nach Metallentfernung am linken Oberarm am 4. Februar 2015 sowie aktuell invalidisierende Beschwerden im Bereich des Kopfes, des Nackens, der linken Schulter und des gesamten linken Armes sowie des linken Brustkorbs, wobei sich die Beurteilung der Beschwerden als schwierig erwiesen habe. Unstrittig sei, dass die Fraktur des linken distalen Oberarmschaftes überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 20. Januar 2014 zurückzuführen sei. Diese sei allerdings in praktisch anatomischer Stellung verheilt und das Metall entfernt. Darüber hinausgehende relevante Verletzungen an Weichteilstrukturen des Oberarms seien nicht nachgewiesen. Die Wiederherstellung der vollen Funktionalität des linken Armes sowie der Schulter und des Ellbogengelenks sei zu erwarten, wobei erfahrungsgemäss endgradige funktionelle Einschränkungen im Ellbogengelenk in einigen Fällen möglich seien. Befunde, welche zumindest überwiegend wahrscheinlich dem Unfallereignis zugeordnet werden könnten, hätten bei wiederholter magnetresonanztomographischer Abklärung der HWS und LWS nicht festgestellt werden können. Die Aufnahmen des Kopfes und der Wirbelsäule würden die Beschwerdesymptomatik des Versicherten nicht erklären, seien sie auch von den

unfallunabhängigen, diskreten degenerativen Veränderungen her typisch für das Lebensalter des Versicherten. Zusammenfassend seien die Beschwerden von der Wirbelsäule ausgehend sowie im Kopfbereich bei nicht nachgewiesenen strukturellen Läsionen überwiegend wahrscheinlich unfallfremd.

E. 5.6

Mit Bericht vom 14. August 2015 beurteilte Dr. E.____ die Beschwerden an der linken Schulter im Bereich der LWS und HWS erneut - unter Hinweis auf seine kreisärztliche Beurteilung vom 28. Mai 2015 - als nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. Januar 2014 stehend, weil diese Region nicht in das primäre Unfallgeschehen involviert gewesen sei. Eine gewisse Restsymptomatik am Ellbogen komme bei einer distalen Oberarmschaftfraktur gelegentlich im Sinne von endgradigen Funktionseinschränkungen und Restbeschwerden vor, jedoch keinesfalls so, wie sie vom Versicherten im Rahmen der Kreisarztuntersuchung demonstriert worden seien. Die gezeigte Symptomatik lasse sich anhand der vorhandenen objektiven Befunde nicht erklären. Für den linken Arm seien dem Versicherten leichte und mittelschwere Arbeiten ganztags zumutbar, für die übrigen Körperregionen gebe es keine unfallbedingten Einschränkungen der Zumutbarkeit. Ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden liege nicht vor. Von einer weiteren Behandlung sei aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht kein namhaftes Besserungspotenzial ersichtlich. Am 24. November 2015 korrigierte er sodann - aufgrund der neuen Kenntnis des Polizeirapports und der MRT vom 29. Oktober 2015 - seine ursprüngliche Aussage. Er stellte fest, dass sich hinsichtlich der medizinischen Befunde prinzipiell nichts geändert habe. Allerdings stelle sich der Unfallhergang im Polizeirapport anders dar, als ursprünglich im Dossier dokumentiert. Dadurch seien die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule offensichtlich natürlich kausal zum Unfallereignis. Strukturelle, unfallbedingte Läsionen seien in der Wirbelsäule allerdings nicht nachgewiesen worden. Knapp zwei Jahre nach dem Unfall lägen damit aktuell keine Unfallfolgen mehr vor. Die minimalen differenten Befunde zwischen den beiden MRT der Schulter würden zudem eine erhebliche Einschränkung nicht erklären.

E. 5.7

Im Rahmen von weiteren Untersuchungen stellte Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 16. Oktober 2016 fest, dass offensichtlich wiederholt diverse und fassbare Inkonsistenzen vorliegen würden, die sich aus der Diskrepanz der subjektiven Beschwerden sowohl somatischer als auch psychischer Art ergeben würden, was auch von den medizinischen Institutionen des Unfallversicherers wie mehrheitlich auch von involvierten Behandlern bestätigt worden sei. Versicherungsmedizinisch könne deshalb weder unfallkausal noch unfallfremd zumindest in einer angepassten Tätigkeit eine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Bei genauerer versicherungsmedizinischer Auslegung sei auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit keine massgebliche Funktionseinschränkung begründet.

E. 5.8

Nachdem das Kantonsgericht mit Entscheid vom 18. Mai 2017 (725 16 373) die medizinische Sachlage als genügend abgeklärt erachtete, holte die IV-Stelle mit Schreiben vom 7. Februar 2018 einen Bericht von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Darin hielt Dr. G.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine schwergradige depressive Episode mit psychotischen Symptomen seit Februar 2017 fest. Differenzialdiagnostisch sei zudem eine paranoide Schizophrenie festzustellen, deren Verlauf aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums nicht beurteilt werden könne. Dr. G.____ stellte im Weiteren fest, dass der Versicherte sich aufgrund seiner Erkrankung weder konzentrieren noch irgendwelche kognitiven Leistungen erbringen könne. Er sei so eingeschränkt, dass er weder die bisherige Tätigkeit noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit ausführen könne.

E. 5.9

Infolge des Berichts von Dr. G.____ bat die IV-Stelle den RAD um eine kurze Stellungnahme. Mit Stellungnahme vom 12. April 2018 schätzte Dr. F.____ die gerichtlich als inadäquat unfallkausal eingestuften somatischen (persistierende Schmerzen am gesamten linken Arm, der linken Schulter sowie der HWS und LWS) und psychischen Beschwerden (psychische Überlagerung bzw. Symptomausweitung, zuletzt schwere depressive Episode) unter anderem aufgrund des Berichts von Dr. G.____ vom 19. Februar 2018 als abklärungswürdig ein.

E. 5.10

Daraufhin wurde eine Begutachtung durch Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, angeordnet. Dieser hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 20. Juni 2018 fest, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren. Das Ausmass der geklagten Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Versicherte gab an, sich seit Januar 2017 in ambulanter psychiatrischer Behandlung zu befinden und mit Olanzapin (einem Neuroleptikum) behandelt zu werden. Er leide an angsterregenden Träumen und habe an Gewicht verloren. Eine Blutuntersuchung zur Medikamentencompliance sei verweigert worden. Die Beziehung des Versicherten zu seinen Familienangehörigen sei gut, er unternehme regelmässig Spaziergänge, treffe sich mit Verwandten seiner Ehefrau und sei im Januar 2018 alleine nach X.____ gereist.

E. 5.11

In Ergänzung zur psychiatrischen Begutachtung von Dr. H.____ wurde der Versicherte am 20. Juni 2018 und am 24. August 2018 durch Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, rheumatologisch untersucht. Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. H.____ und Dr. I.____ wurde sodann am 15. Januar 2019 fertiggestellt. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde einerseits ein akutes lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit sensomotorischem Ausfall S1 rechtsseitig seit Juli 2018 bei kernspintomographischer Osteochondrose LWK5/SWK1, grösserer nach kaudal luxierter Diskushernie postolateral rechts mit einem Sequester dorsal, klinischer Parese des Fussenkens M4+ und Hypästhesie im Dermatome S1 rechtsseitig, neu progredient seit Juli 2018, einem anamnestisch chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom sowie andererseits ein chronifiziertes Nacken-/Schulter-/Armsyndrom links mit/bei Status nach Humerusschaftfraktur links, bei Zustand nach Plattenosteosynthese und Metallentfernung und Neurolyse der Nervus radialis, ohne Anhaltspunkte für ein organisches Substrat im linken Arm, bei kernspintomographisch leichtgradiger Tendinopathie der

Supraspinatussehne, ohne sichtbaren Einriss, diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus rheumatologischer Sicht handle es sich um zweierlei Problematik: Zum einen diejenige einer chronifizierten Schmerzsymptomatik nach erlittenem Arbeitsunfall, ohne organische posttraumatische Läsionen, vor dem Hintergrund einer Schmerzverarbeitungsstörung und zum anderen diejenige einer akuten radikulären Symptomatik S1 rechtsseitig auf dem Grund einer massiven Bandscheibenherniation mit Luxatbildung auf Höhe LWK5/SWK1 mit Kompression der Wurzel S1 und S2 rechtsseitig seit Ende Juli 2018. Der klinische Zustand des Exploranden sei indes nicht genügend stabil, um definitiv die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht durchzuführen. Aufgrund der dekompensierten radikulären sensomotorischen Ausfall-Symptomatik der Wurzel S1 rechtsseitig sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine erneute Beurteilung könne frühestens innerhalb von sechs bis neun Monaten diskutiert werden.

E. 5.12

Der Beschwerdeführer wurde sodann am 30. und 31. Oktober 2019 sowie am 13. November 2019 von der medexperts AG in den Fachgebieten Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Neuropsychologie begutachtet. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten vom 11. Dezember 2019 ein Kreuzbeinschmerz rechts bei einem Bandscheibenvorfall und einer Abnützung L5/S1 mit Bedrängung der Nervenwurzel S1 rechts, Schmerzen an der HSW linksseitig, ein Zustand nach einem Oberarmschaftbruch links im Rahmen eines Arbeitsunfalls am 20. Januar 2014, ein Schulteranpassungssyndrom links sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger depressiver Episode festgestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert.

E. 5.13

Mit Schreiben vom 30. Januar 2020 nahm die medexperts AG zu den mit Schreiben vom 19. Dezember 2019 gestellten Rückfragen zum Gutachten vom 11. Dezember 2019 bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit Stellung. Med. prakt. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte diesbezüglich aus, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Zeitraum vom 20. Januar 2014 bis 15. Januar 2019 nicht eingeschränkt gewesen sei. Weiter bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit vom 16. Januar 2019 bis zur Untersuchung am 31. Oktober 2019 eingeschränkt gewesen sei. Dr. med. univ. K.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 20. Januar 2014 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter im Baugewerbe zu 100% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Hingegen würde in einer adaptierten Tätigkeit seit dem 31. Oktober 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 80% bestehen. Retrospektiv gesehen habe zwischen dem 20. Januar 2014 bis zum 30. Oktober 2019 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden.

E. 5.14

Im Rahmen des Einwandverfahrens wurde der RAD aufgefordert, zu den im Einwand vom 5. Mai 2020 vorgebrachten Punkten Stellung zu nehmen. Mit Stellungnahme vom 17. August 2020 wurde festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit für die Vergangenheit im Zweifel anhand echtzeitlicher Beurteilungen vorzunehmen sei, weshalb der

Beschwerdeführer in der Zeit vom 1. April 2015 bis mindestens Ende November 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Die ergänzenden Ausführungen der medexperts-Gutachter vom 30. Januar 2020 würden diesbezüglich nicht überzeugen, weil sie die Taggeldzahlungen und die echtzeitlichen Abklärungen der SUVA ausblenden würden. Im Sinne einer justiziablen Klärung sei mit den bezeichneten Gutachten der medexperts AG, nämlich bei med. prakt. J.____ und bei Dr. K.____ erneut Rücksprache zu halten.

E. 5.15

Am 9. November 2020 wurde sodann aufgrund von Schmerzen an der HWS und an der Schulter rechts eine MRT der HWS durchgeführt. Dabei stellte Dr. med. L.____, FMH Radiologie, eine grössenprogrediente, bekannte mediolateral rechts gelegene Hernierung HWK 5/6 mit deutlicher Hernierung in den Recessus C7 rechts mit gut möglicher Tangierung C7 rechts sowie eine Chondrose HWK 5/6 mit grössenprogredienter, flacher, mediolateral rechts gelegener Hernierung mit möglicher Tangierung am Beginn des Foramens mit beginnender Forminalstenose C6 rechts fest.

E. 5.16

Mit Schreiben vom 2. Dezember 2020 wurde die medexperts AG erneut aufgefordert, im Rahmen des Einwandsverfahrens zu den Fragen des RAD und des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. In der Folge hielt Dr. K.____ mit Schreiben vom 8. Januar 2021 fest, dass im Zeitpunkt des Gutachtens (Dezember 2019) noch kein klinisches Korrelat für eine rechtsseitige Nervenwurzel-Bedrängung bestanden habe. Ausschliesslich auf Basis des rezenten MRT Befundes vom 19. November 2020, wo bei der Indikation ein Nackenarmschmerz rechts mit Ausstrahlung bis in den Unterarm angeführt sei, könne keine valide Einschätzung über etwaige Einschränkungen bzw. das aktuelle Ausmass der Beschwerden vorgenommen werden. Diesbezüglich seien fachärztliche Untersuchungsbefunde (neurologisch und orthopädisch) notwendig und gegebenenfalls auch eine erneute gutachterliche Untersuchung.

E. 5.17

Infolge erneuter Anfrage an den RAD vom 12. Januar 2021 hielt Dr. F.____ mit Schreiben vom 25. Januar 2021 fest, dass im Zeitraum vom 20. Januar 2014 bis 17. Juli 2014 und vom 4. Februar 2015 bis 27. Mai 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit vorlag. Im Zeitraum vom 28. Mai 2015 bis 30. Oktober 2019 sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig gewesen. Ab dem 31. Oktober 2019 sei von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Auf das polydisziplinäre Gutachten vom 12. Dezember 2019 könne weiterhin abgestellt werden. Gestützt auf diese Ausführungen verfügte die IV-Stelle am 5. Februar 2021 die Ablehnung des Leistungsanspruchs.

E. 5.18

Mit der Replik wurde sodann eine Stellungnahme von Dr. G.____ vom 29. März 2021 zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingereicht. Darin wurde festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 13. Oktober 2014 mit kleinem Unterbruch und ab dem 3. Februar 2017 aufgrund von mittel- bis schwergradigen depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen in ambulanter psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie medikamentöser Behandlung befinde. Durch eine Chronifizierung der Depression sei auch eine paranoide psychotische Symptomatik beim Versicherten festgestellt worden, wodurch eine neuroleptische Medikation mit Olanzapin,

Aripiprazol und Risperidon verordnet und gegeben worden sei. Es sei erstaunlich, dass, obwohl in den den Gutachtern zur Verfügung stehenden Berichten Befunde wie eine formale Denkstörung, Denkhemmung, Denkverlangsamung sowie inhaltliche Denkstörungen wie kommentierende Stimmen beschrieben worden seien, Dr. H.____ und med. prakt. J.____ dieser Befunderhebung keine Relevanz zugeordnet hätten. An der fachpsychiatrischen Begutachtung durch med. prakt. J.____ im Gutachten der medexperts AG vom 12. Dezember 2019 sei zu bemängeln, dass der Versicherte als deutschsprachiger Explorand beschrieben werde, obwohl dieser überhaupt kein Deutsch verstehe. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass med. prakt. J.____ im Gutachten schreibe, dass keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vorhanden seien, obwohl in den der IV-vorliegenden Berichten von Dr. G.____ explizit erwähnt werde, dass der Patient imperative Stimmen höre und an Gedankenentzug und Gedankeneingebungen leide. Die psychotische Symptomatik werde auch durch den Nachweis von Olanzapin im Blut des Versicherten bestätigt. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass med. prakt. J.____ versuche, den Exploranden gesünder darzustellen als er ist. Fraglich und nicht nachvollziehbar sei im Weiteren, dass eine leichte depressive Episode neuropsychologische Defizite verursachen könne. Dies sei nicht möglich. Auch könnten die neuropsychologischen Defizite nicht auf die Einnahme von Olanzapin und Temesta Expidet zurückgeführt werden, da es widersprüchlich sei, dass Medikamente, die im Blutspiegel lediglich unterhalb des Normbereichs nachgewiesen worden seien, neuropsychologische Defizite verursachen könnten.

E. 5.19

Mit Stellungnahme vom 14. April 2021 hielt Dr. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass Dr. G.____ in seinem Bericht vom 29. März 2021 nicht berücksichtige, dass beim Beschwerdeführer in erheblichem Masse maladaptives Verhalten ohne Krankheitswert eine Rolle spiele. Da die Symptomvalidierung gemäss psychiatrischem Teilgutachten von Dr. H.____ auffällig gewesen sei, habe die kognitive Leistungsfähigkeit nicht anhand der neuropsychologischen Untersuchung beurteilt werden können. Daher sei der psychiatrische Gutachter auf den psychopathologischen Befund angewiesen gewesen, bei welchem lediglich aufgefallen sei, dass die Konzentration und Aufmerksamkeit am Ende des Gespräches etwas abgenommen hätten. Eine leichtgradige Ausprägung der neuropsychologischen Defizite sei daher nachvollziehbar. Entgegen der Darstellung von Dr. G.____ könne es zudem durchaus sein, dass die Medikamente Olanzapin und Temesta die kognitiven Funktionen leichtgradig beeinträchtigen würden, auch wenn sie - wie im vorliegenden Fall - deutlich unterhalb des therapeutischen Wirkspiegels liegen. Auch der Nachweis von Olanzapin im Blut des Versicherten bedeute nicht automatisch, dass jemals eine psychotische Symptomatik vorgelegen habe, denn obwohl das Antipsychotikum nicht im therapeutischen Wirkspiegelbereich lag, seien keine psychotischen Symptome im objektiven Befund festzustellen gewesen. Die Gutachten von Dr. H.____ vom 20. Juni 2018 und von med. prakt. J.____ vom 11. Dezember 2019 seien zudem kompatibel. Weiter hätten Dr. O.____, Dr. H.____ und med. prakt. J.____ entgegen den Ausführungen von Dr. G.____ festgestellt, dass der Beschwerdeführer über gute Deutschkenntnis verfüge und die Kommunikationsfähigkeit auf Deutsch ausreichend gegeben sei. Letztlich sei die von Dr. G.____ geäußerte Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode mit psychotischen Symptomen nicht kompatibel mit dem von ihm verordneten Therapieumfang und der verordneten Medikation, erhalte der Versicherte doch keine Antidepressiva. Auch die Befunde von Dr. H.____ und med. prakt. J.____

entsprechen nicht einer schwergradigen depressiven Episode. Auffällig sei zudem, dass Dr. G.____ in keinem seiner Berichte eine Schmerzsymptomatik erwähne und auch keine Schmerzstörung diagnostiziere. Zudem bestehe auch kein Widerspruch der gestellten Diagnosen zu der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht auf das Gutachten von med. prakt. J.____ abgestellt und am bisherigen Entscheid festgehalten werden.

6.1 Bei der Durchsicht der vorliegenden medizinischen Berichte und Gutachten fällt auf, dass im Gutachten vom 15. Januar 2019 aus rheumatologischer Sicht seit Juli 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit festgestellt wurde, wodurch der gesundheitliche Zustand als instabil zu beurteilen sei und eine erneute Begutachtung frühestens innerhalb von sechs bis neun Monaten diskutiert werden könne. Eine erneute Begutachtung erfolgte sodann erst Ende Oktober 2019. Daraus resultiert ein Zeitraum von fünfzehn Monaten, in dem die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus rheumatologischer Sicht nicht restlich geklärt ist. Auch wurde mit Schreiben von Dr. K.____ vom 8. Januar 2021 darauf hingewiesen, dass aktuell keine Einschätzung über etwaige Einschränkungen bzw. das aktuelle Ausmass der Beschwerden vorgenommen werden könne. Diesbezüglich seien weitere neurologische und orthopädische Untersuchungsbefunde und gegebenenfalls eine erneute gutachterliche Untersuchung notwendig. Gemäss der vorliegenden Aktenlage wurden allerdings keine weiteren Untersuchungen durchgeführt und auf Grundlage der unvollständigen Aktenlage verfügt. Es wird nicht erklärt und es ist deshalb auch nicht nachvollziehbar, warum der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 28. Mai 2015 bis 30. Oktober 2019 zu 100% arbeitsfähig und ab dem 31. Oktober 2019 zu 80% arbeitsfähig sei, obwohl ab Ende Juli 2018 bis mindestens dem 15. Januar 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorlag und die aktuelle Arbeitsfähigkeit nicht restlos geklärt ist. Anzumerken bleibt, dass der Beschwerdeführer aus der Stellungnahme von Dr. G.____ vom 29. März 2021 nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag. Wie Dr. M.____ mit Stellungnahme vom 14. April 2021 zu Recht ausführt, wurden beim Beschwerdeführer mehrfach maladaptives Verhalten ohne Krankheitswert und aggravatorisches Verhalten diagnostiziert, was die Diagnoseerhebung erheblich erschwerte. Auch konnte sie glaubhaft darlegen, dass eine schwere depressive Episode nicht mit der Medikamentenverordnung übereinstimmt. Das Vorliegen psychotischer Symptome scheint ebenso für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant, lag die Konzentration von Olanzapin im Blut des Versicherten deutlich unterhalb des therapeutischen Wirkspiegels. Zudem wurden in den Berichten von Dr. H.____ wie auch von med. prakt. J.____ keine psychotischen Symptome mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Weiter wurde in mehreren ärztlichen Berichten festgehalten, dass der Beschwerdeführer über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt, um die Fragen bei der Untersuchung adäquat und genau beantworten zu können. Insgesamt kann bezüglich der psychischen Gesundheitseinschränkung die medizinische Sachlage aufgrund der fehlenden Widersprüchlichkeit der ärztlichen Berichte als vollständig abgeklärt angesehen werden. Diesbezüglich sind keine weiteren gutachterlichen Untersuchungen durchzuführen und es kann unter ausschliesslicher Berücksichtigung der psychischen Beschwerden von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ab dem 20. Januar 2014 bzw. 80%-igen Arbeitsfähigkeit ab dem 31. Oktober 2019 ausgegangen werden.

6.2 Kann auf die vorhandenen Abklärungsberichte nicht abgestellt werden, so lässt sich die strittige Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist bzw. war, gestützt auf die vorhandene Aktenlage nicht beurteilen. Der Sachverhalt bedarf

diesbezüglich weiterer Abklärung, wobei diese durch die Einholung eines neurologischen, orthopädischen sowie rheumatologischen Gutachtens zu erfolgen haben wird.

E. 7

Weiter wird die Bemessung des Valideneinkommens und die Höhe des leidensbedingten Abzugs beanstandet.

E. 7.1

Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

7.2.1 Bei der Bemessung des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschädigung (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht anzuwendenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 115 V 142 E. 8b mit weiteren Hinweisen) als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2010, 8C_647/2009, E. 4.3; vgl. auch: BGE 134 V 325 E. 4.1).

7.2.2 Der Beschwerdeführer bringt erneut vor, dass sich die Beschwerdegegnerin bei er Bemessung des Valideneinkommens zu Unrecht auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik und nicht auf den letzten, bei dem ehemaligen Arbeitgeber erzielten Lohn, stützt. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, ist der letzte Arbeitgeber des Beschwerdeführers indessen zwischenzeitlich in Konkurs gefallen, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschädigung noch bei ihm arbeiten würde (vgl. Urteil des Kantonsgerichts vom 18. Mai 2017, 725 16 373/133, E. 7.2.2 mit Verweis auf Urteile des Bundesgerichts vom 10. November 2014, 8C_526/2014, E. 6.2 und vom 5. Juni 2012, 8C_183/2012, E. 8.3; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2016, 8C_586/2016, E. 6.1). Angesichts der im Übrigen schwankenden Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr vor dem Unfall ist daher - wie bereits im Verfahren 725 16 373/133 rechtskräftig entschieden - nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Valideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne ermittelt hat.

7.3.1 Das Invalideneinkommen wurde von der IV-Stelle gestützt auf die Lohnstrukturerhebung der LSE (2014) festgelegt. Sie hat dabei auf die Tabelle TA 1, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer, Fr. 5'312.-- abgestellt und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sowie der betriebsüblichen Arbeitszeit einen Jahresverdienst von Fr. 67'052.-- bzw. ab 31. Oktober 2019 bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% gemäss LSE (2016) einen Jahresverdienst von Fr. 53'803.-- ermittelt. Der Besonderheit von Tabellenwerten wird rechtsprechungsgemäss dadurch Rechnung getragen, dass bei statistisch ausgewiesenen Zentralwerten bestimmte Korrekturen

vorgenommen werden. Das anhand von Tabellenwerten ermittelte Invalideneinkommen kann nach Ermessen des Rechtsanwenders bzw. der Rechtsanwenderin dann reduziert werden, wenn anzunehmen ist, dass eine versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit nur noch mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Für die Festlegung dieser behinderungsbedingten Reduktion (sog. leidensbedingter Abzug) sind sämtliche Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird der maximale Abzug vom Tabellenlohn auf 25% festgelegt. Diese Obergrenze wurde bis anhin beibehalten (Bittel Thomas , Festlegung des IV-Grades in Haftpflicht und Sozialversicherung/I. - II., in: Weber Stephan/Schmid Markus (Hrsg.), Personen-Schaden-Forum 2020, Zürich/Basel/Genf 2020, S. 183). Vorliegend wurde vom ermittelten Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 5% vorgenommen, womit sich ab dem 20. Januar 2014 ein Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 63'700.-- und ab 31. Oktober 2019 in Höhe von Fr. 51'113.-- ergibt. Der Beschwerdeführer beantragt in Bezug auf das Invalideneinkommen, es sei entgegen der Auffassung der IV-Stelle nicht nur ein leidensbedingter Abzug von 5%, sondern ein höherer Abzug unter Berücksichtigung seiner psychischen Beschwerden vorzunehmen. 7.3.2 Da sich der leidensbedingte Abzug anhand sämtlicher Umstände des Einzelfalls bemisst, der medizinische Sachverhalt allerdings im vorliegenden Fall nicht abschliessend abgeklärt ist, kann die Frage, ob der leidensbedingte Abzug in Höhe von 5% hier angemessen ist, bis zur vollständigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts offengelassen werden.

E. 8

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 5. Februar 2021 aufgrund der Notwendigkeit weiterer Abklärungen bezüglich dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab Juli 2018 sowie den aktuellen Einschränkungen bzw. dem Ausmass der aktuellen Beschwerden aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Diese hat zur Ermittlung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Juli 2018 weitere Abklärungen vorzunehmen und darüber hinaus im Sinne der Ausführungen von Dr. K._____ im Schreiben vom 8. Januar 2021 (vgl. hierzu E. 5.16 und 6.1) die etwaigen Einschränkungen bzw. das aktuelle Ausmass der Beschwerden zu ermitteln. Anschliessend hat sie den Rentenanspruch des Versicherten gestützt auf die weitergehenden Abklärungen neu zu bemessen und zu verfügen.

E. 9

Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden.

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Die ordentlichen Kosten sind neuerdings auch den unterliegenden

Vorinstanzen zu auferlegen. Vorliegend ist die IV-Stelle mehrheitlich unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt und dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

E. 9.2

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. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 26. April 2021 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Aufwand von 7 Stunden und 20 Minuten sowie Auslagen in Höhe von Fr. 47.90 zuzüglich Mehrwertsteuer geltend gemacht. Diese Kostennote ist in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist folglich für den Aufwand von Rechtsanwalt Nicolai Fullin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'026.10 (7 Stunden und 20 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 47.90 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. 10.1 Des Weiteren beantragt der Beschwerdeführer, es seien die Kosten für den eingeholten medizinischen Bericht bei Dr. G.____ in Höhe von Fr. 700.-- von der IV-Stelle zu erstatten. 10.2 Der Versicherungsträger hat die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG). Erfolgte keine Anordnung von Massnahmen, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2020, N 30 zu Art. 45). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wäre das Kantonsgericht auch ohne den Bericht von Dr. G.____ zum gleichen Schluss gekommen, zumal die Angelegenheit aufgrund der unvollständigen neurologischen sowie orthopädischen fachärztlichen Untersuchungsbefunde an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Die psychiatrische Beurteilung durch die medexperts wird indessen nicht beanstandet. Mit anderen Worten war der Bericht von Dr. G.____ zum Gutachten der medexperts für den Entscheid des Gerichts nicht unerlässlich, weshalb von einer Überbindung der Kosten an die IV-Stelle abzusehen ist.

E. 11

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. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausgangsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden 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). 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 erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 5. Februar 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 3. Der Antrag des Versicherten, die Kosten für das Parteigutachten von Dr. G.____ vom 29. März 2021 in Höhe von Fr. 700.-- seien der IV-Stelle Basel-Landschaft aufzuerlegen, wird abgelehnt. 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'026.10 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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