Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Mai 2026 (720 25 89)

Invalidenversicherung

Unvollständige Berücksichtigung der medizinischen Akten; Zweifel an den versicherungsinternen Stellungnahmen des RAD; Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärung.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Andreas Blattner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Sabrina Lützelschwab
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Claudia Rohrer, Rechtsanwältin, Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1980 geborene A.____ war von 1. Dezember 2019 bis 30. April 2024 bei der B.____ AG als Maschinenführer angestellt. Mit Gesuch vom 28. Mai 2024 meldete er sich unter Hinweis auf ein ISG-Syndrom, Muskelverspannungen und Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Zur Abklärung des medizinischen

Sachverhalts holte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) eine Beurteilung beim Regionalen Ärztlichen Dienst beider Basel (RAD) ein. Die RAD-Ärztin pract. med. C.____, Master of Advanced Studies Insurance Medicine, kam in ihrer Beurteilung vom 10. Oktober 2024 zum Schluss, es lägen sowohl bildgebend als auch klinisch weitestgehend unauffällige objektive Befunde vor, welche mittels therapeutischer Massnahmen verbessert werden könnten. Demnach liege die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit bei 100 %. Gestützt darauf lehnte die IV-Stelle einen Anspruch von A.____ auf Leistungen der IV mit Verfügung vom 27. Januar 2025 ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Diane Günthart, mit Schreiben vom 26. Februar 2025 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen, damit diese hernach erneut über die gesetzlichen Ansprüche entscheide. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, es seien ihm die vollständigen IV-Akten zuzustellen und es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.

C. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 25. April 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Nach Zustellung der Akten durch die IV-Stelle hielt der Beschwerdeführer, neu vertreten durch Rechtsanwältin Claudia Rohrer, mit Replik vom 26. Mai 2025 vollumfänglich an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest. Dabei hielt er im Wesentlichen fest, die beklagten Beschwerden seien in der klinischen Untersuchung von den behandelnden Ärzten auf objektiv feststellbare Befunde zurückgeführt worden. Obschon er bereits diverse Therapien durchgeführt habe, hätten sämtliche behandelnde Ärzte einen bisherigen Therapieerfolg verneint. Darüber hinaus sei die funktionale Leistungsfähigkeit in Bezug auf die diagnostizierte Adipositas in keiner Weise abgeklärt worden.

E. In ihrer Duplik vom 30. Juni 2025 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest, wobei sie sich auf einen weiteren Bericht des RAD vom 24. Juni 2025 stützte.

F. Mit Schreiben vom 1. Juli 2025 holte das Gericht die Akten der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG als Krankentaggeldversicherung ein.

G. Die Überweisung an das urteilende Dreiergericht erfolgte mit Instruktionsverfügung vom 29. August 2025.

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 zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 26. Februar 2025 ist demnach einzutreten.

2. Zu beurteilen ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren, ob dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf Leistungen der IV zusteht. Streitig ist dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgeht, dass keine invalidisierende Gesundheitsschädigung vorliegt. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2025 entwickelt hat, da dieser Zeitpunkt rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 1 E. 1.2).

3.1 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).

3.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.3 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).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.2 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 Gerichtsgut-achten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden wer-den, 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 mit Hinweis).

5. Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im

Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen).

6.1 Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Berichte vor:

6.2 In der Beurteilung des MRT der D.____ AG vom 11. Januar 2024 hielt Dr. med. E.____, Fachärztin für Radiologie, in Bezug auf das am 10. Januar 2024 durchgeführte MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) und der Iliosakralgelenke (ISG) fest, für die L4-Beschwerden links und die ISG-Beschwerden rechts finde sich kein fassbares Korrelat. Insbesondere seien weder eine Spinalkanalstenose, eine foraminale Einengung noch eine Nervenwurzelkompromittierung festzustellen. In den beiden oberen Quadranten der ISG seien degenerative Veränderungen ohne floride Knochenmarködeme und ohne Anhaltspunkte für entzündliche Veränderungen festgestellt worden.

6.3 Gemäss Bericht der F.____ AG vom 27. Februar 2024 diagnostizierte Dr. med. G.____, FMH Chirurgie, unspezifische Dorsalgien und Lumbalgien verbunden mit diffusen Weichteilschmerzen bei unspezifischer Zytoplasma-Antikörper-Erhöhung, einer ausgeprägten muskulären Dysbalance, einer Adipositas Grad II mit deutlicher Fettschürze, multisegmentalen beidseitigen Blockaden der Brustwirbelsäule (BWS) sowie chronisch wiederkehrenden Lumbalgien bei ausgeprägter Hyperlordose. Zur weiteren Abklärung sei eine rheumatologische und arthritisbezogene Labordiagnostik eingeleitet worden.

6.4 Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung führte Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, im Bericht vom 1. April 2024 aus, dass beim Versicherten anhaltende thorakolumbale Rückenschmerzen bei leichter, linkskonvexer Skoliose mit Rippenbuckel rechts und einem Scheitelpunkt hochlumbal bestehen würden. Zusätzlich finde sich eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance. Dies habe insgesamt zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit seit drei Monaten geführt. Differenzialdiagnostisch gehe er von einer Fehlhaltung mit Überlastung sowie einem reaktiven myotendinotischen Schmerzsyndrom im thorakolumbalen Bereich aus. Die Myositis-Antikörper seien bis auf einen Grenzwertbefund der Anti-PL-7 negativ ausgefallen. Zudem habe er eine Adipositas Grad II festgestellt. Unter "Beurteilung und Procedere" hielt Dr. H.____ weiter fest, dass sich die seit Dezember 2023 bestehenden thorakolumbalen Rückenbeschwerden unter der kontinuierlichen Physiotherapie deutlich gebessert hätten. Trotzdem finde sich immer noch eine deutliche und langstreckige Druckdolenz von der mittleren BWS bis zur mittleren LWS, sowohl über der Wirbelsäule als auch über der paravertebralen Rückenmuskulatur. Er vermute, dass es im vergangenen Dezember im Zusammenhang mit dem 100 %-Arbeitspensum in stehender Dauerposition, den vielen Überstunden und einer Fehlhaltung zu einer Überlastung der Wirbelsäule, insbesondere auch der Rückenmuskulatur gekommen sei. Die Physiotherapie habe bestätigt, dass die Rückenmuskulatur ausgeprägt myotendinotisch

verändert und demnach nur langsam und schrittweise behandelbar sei. Durch die Kündigung durch die Arbeitgeberin bestehe für den Versicherten daher die Möglichkeit, eine neue Stelle mit mehr Wechselbelastung zu finden. Aktuell habe der Patient durch die antiphlogistische Probebehandlung keine wesentliche Verbesserung spüren können, was ebenfalls für vorwiegend muskuläre Schmerzen spreche. Daher habe er ihm empfohlen, die physiotherapeutischen Behandlungen zur Mobilisierung der Wirbelsäule, Korrektur der Fehlhaltung und Rekonditionierung der Rückenmuskulatur weiterzuführen. Zur Ergänzung habe er eine medizinische Trainingstherapie, Wärmeapplikationen, Thermalbäder, möglicherweise unter Einsatz von Mydocalm oder Sirdalud vorgeschlagen.

6.5 Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt im IV-Bericht vom 15. Juni 2024 fest, der Versicherte sei aufgrund der persistierenden lumbalen Schmerzen trotz ausgebauter Therapie vollständig arbeitsunfähig, da ihm keine längere sitzende oder stehende Tätigkeit möglich sei. Sie habe den Patienten jedoch zur Reha angemeldet, durch welche eine deutliche Besserung erhofft werde.

6.6.1 Gemäss ärztlichem Austrittsbericht der Rehaklinik J.____ vom 20. August 2024 sei der Versicherte vom 23. Juli 2024 bis zum 20. August 2024 in der stationären Rehabilitation zur Teilnahme am interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen (ZISP) gewesen. Die Zuweisung des Patienten sei aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfolgt. Ziel des Aufenthalts sei gewesen, eine Rehabilitation zur Verbesserung der Mobilität und zur Reduktion der Schmerzsymptomatik zu initiieren sowie ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität wiederherzustellen. Als Rehabilitationsdiagnose wurden anhaltende thorakolumbale Rückenschmerzen bei leichter linkskonvexer Skoliose mit Rippenbuckel rechts und hochlumbalem Scheitelpunkt angegeben. Zudem bestünden eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance sowie eine Adipositas Grad II mit deutlicher Fettschürze. Darüber hinaus seien multisegmentale bilaterale BWS-Blockaden sowie chronisch-rezidivierende Lumbalgien bei ausgeprägter Hyperlordose festgestellt worden.

6.6.2 Dem "Physiotherapiebericht Schmerzzentrum" vom 20. August 2024 ist zu entnehmen, dass sich gemäss Einschätzungen der behandelnden Physiotherapeutinnen objektiv eine Wirbelsäulenfehlhaltung mit vermehrt flektierten Hüften im Stand und Gehen, nach ventral geneigtem Oberkörper sowie vergrösserter Spurbreite gezeigt habe. Die Grundhaltung sei daher sichtbar angespannt gewesen. Zudem bestünden muskuläre Dysbalancen im Bereich des Rumpfes und der unteren Extremitäten. Palpatorisch hätten sich eine Hypertonie der paravertebralen Muskulatur links thorakolumbal sowie der Schultergürtelmuskulatur gezeigt. Zwar sei die Bewegungskontrolle intakt, jedoch seien Lateralflexion und Rotation der Wirbelsäule beidseits aktiv schmerzhaft eingeschränkt. Die aktive lumbale Extension habe die Schmerzen sofort verstärkt, während die ISG beidseits frei beweglich gewesen seien. Zwar hätten die Beweglichkeit sowie die Dehnfähigkeit von Rumpf und unteren Extremitäten im Rahmen des Aufenthalts verbessert werden können, die Schmerzsituation sei jedoch unverändert geblieben.

6.6.3 In klinisch-psychologischer Hinsicht hielten die beiden behandelnden Psychologinnen der Rehaklinik J.____ im Bericht vom 27. August 2024 fest, die therapeutische Arbeit habe sich

vorwiegend auf körperliche Aspekte fokussiert, insbesondere auf das Erkennen von Grenzen und Warnsignalen. Der Patient sei dabei unterstützt worden, sich einen Bewegungsstil anzueignen, der durch Flexibilität, Leichtigkeit und Agilität geprägt sei, anstatt durch Kraft und Überforderung. Bei Austritt habe der Patient berichtet, dass sich seine Schmerzen und seine Mobilität nicht verbessert hätten. Diesbezüglich sei jedoch eine klare Diskrepanz zwischen dem subjektiven Empfinden und der objektiven Beobachtung festzustellen, da objektiv deutliche Verbesserungen erkennbar gewesen seien. Die Fortsetzung einer psychotherapeutischen Behandlung sei empfohlen worden.

6.7 Im Schreiben vom 9. Oktober 2024 hielt Dr. I.____ fest, dass der Reha-Aufenthalt nicht die erhoffte Besserung habe bewirken können. Positiv sei dennoch zu verzeichnen, dass eine psychotherapeutische Behandlung habe begonnen werden können, welche ambulant fortgeführt werde. Dennoch leide der Patient an dauerhaften Schmerzen, weshalb sie weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Sie empfehle daher die Fortführung der angestammten Therapie, ergänzt durch die psychologische Behandlung. Die Prognose sei abhängig vom weiteren Verlauf zu stellen. Mit Sicherheit jedoch sei nach einer Beschwerdedauer von rund zehn Monaten keine kurzfristige Genesung zu erwarten.

6.8 Die RAD-Ärztin pract. med. C.____ führte in ihrer Beurteilung vom 10. Oktober 2024 aus, es könne nicht von einem anhaltenden und somit nicht von einem IV-relevanten Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Sowohl bildgebend als auch klinisch lägen weitestgehend unauffällige objektive Befunde vor. Die beschriebene muskuläre Dysbalance könne denn auch durch therapeutische Massnahmen verbessert werden, was sich im Rahmen des Reha-Aufenthalts bereits gezeigt habe. Unter adäquater Therapie zur Verbesserung der muskulären Dysbalance in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer könne eine anhaltende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit daher nicht nachvollzogen werden. Auch in einer adaptierten Verweistätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen.

7.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid vollständig auf den RAD-Bericht vom 10. Oktober 2024 abgestellt hat. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind bei versicherungsinternen medizinischen Berichten strenge Anforderungen an den Beweiswert zu stellen. Bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, kann auf diese nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.2 hiervor).

7.2 Unter Berücksichtigung dieser beweisrechtlichen Grundsätze vermag die RAD-Beurteilung vom 10. Oktober 2024 nicht zu überzeugen. Zwar führte die RAD-Ärztin aus, die bildgebenden und klinischen Befunde seien weitgehend unauffällig und die festgestellte muskuläre Dysbalance sei therapeutisch behandelbar, weshalb das Vorliegen einer anhaltenden, IV-relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung zu verneinen sei und sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die RAD-Beurteilung stellt im Ergebnis somit wesentlich auf die grundsätzliche Therapierbarkeit der festgestellten Beschwerden ab und leitet daraus das Fehlen einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab. Dabei wird jedoch unberücksichtigt gelassen, dass aus den medizinischen

Unterlagen hervorgeht, dass sich die Beschwerden trotz kontinuierlicher Physiotherapie, medikamentöser Behandlung sowie einem stationären Reha-Aufenthalt nicht wesentlich gebessert hatten. Zudem hielten sowohl Dr. H.____ als auch Dr. I.____ übereinstimmend fest, dass beim Beschwerdeführer trotz teilweise erfolgreicher Therapien weiterhin erhebliche thorakolumbale Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen würden. Dr. H.____ führte im Bericht vom 1. April 2024 nachvollziehbar aus, dass die Beschwerden im Zusammenhang mit der Tätigkeit in stehender Position, den geleisteten Überstunden sowie der bestehenden Fehlhaltung wohl zu einer Überlastung der Wirbelsäule und der Rückenmuskulatur geführt hätten. Die ausgeprägt myotendinotisch veränderte Rückenmuskulatur sei seiner Einschätzung nach zudem nur langsam und schrittweise behandelbar. Folglich habe er dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit mit mehr Wechselbelastung empfohlen. Sodann hielt auch Dr. I.____ fest, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer nicht arbeitsfähig. Auf diese abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte geht der RAD-Bericht nicht ein. Vielmehr stützt sich die RAD-Ärztin auf punktuelle ärztliche Ausführungen, ohne weitere medizinische Begründungen anzuführen. Indem sie darüber hinaus vollständig auf eine Prüfung der funktionellen Beeinträchtigung der gesundheitlichen Beschwerden verzichtet und eine solche vielmehr pauschal verneint, kann insbesondere nicht schlüssig nachvollzogen werden, weshalb entgegen der Beurteilungen von Dr. H.____ und Dr. I.____ auch in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Bereits daraus ergeben sich vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit der RAD-Beurteilung.

7.3 Hinzu kommt, dass sich die RAD-Ärztin in keiner Weise zu den in den Akten mehrfach dokumentierten psychischen beziehungsweise psychosomatischen Faktoren der Beschwerden äusserte. Sowohl aus dem Austrittsbericht vom 20. August 2024 als auch aus dem klinisch-psychologischen Bericht der Rehaklinik J.____ vom 27. August 2024 (vgl. E. 6.6.1 und 6.6.3 hiervor) gehen konkrete Hinweise hervor, dass die geklagten Beschwerden nicht nur auf somatische, sondern auch auf psychische Faktoren zurückzuführen sind. Demgemäss ist dem klinisch-psychologischen Bericht vom 27. August 2024 zu entnehmen, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Befundlage, da objektiv deutliche Verbesserungen der Mobilität erkennbar gewesen seien, der Beschwerdeführer dennoch keine Verbesserung der Schmerzen habe verzeichnen können. Von den behandelnden Psychologinnen der Rehaklinik J.____ wurde ferner empfohlen, die psychotherapeutische Behandlung weiterzuführen. Auf die Notwendigkeit der Weiterführung der psychologischen Behandlung wird auch von der behandelnden Hausärztin Dr. I.____ im Schreiben vom 9. Oktober 2024 hingewiesen. Dennoch setzt sich der RAD-Bericht auch mit diesen Einschätzungen in psychologischer Hinsicht nicht auseinander. Unter diesen Umständen bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen RAD-Beurteilung vom 10. Oktober 2024, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

7.4 Darüber hinaus ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Vermutung naheliegt, dass sowohl der Vorbescheid vom 20. Dezember 2024 als auch die vorliegend angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 gestützt auf eine unvollständige Aktenlage ergingen. Zwar forderte die IV-Stelle am 4. Juni 2024 sowohl die Unterlagen der Krankentaggeldversicherung als auch die Berichte der behandelnden Ärzte an, welche ihr im Juni 2024 sodann auch zugestellt

wurden. Danach wurden jedoch einzig bei der behandelnden Hausärztin Dr. I.____ weitere Verlaufsunterlagen eingefordert (IV-Akten, act. 32). Aus den vom Gericht beigezogenen Akten des Krankentaggeldversicherers geht hervor, dass Dr. I.____ mit Verlaufsbericht vom 18. September 2024 nicht alle Berichte der Rehaklinik J.____ einreichte. Dementsprechend fehlen in den IV-Akten der ärztliche Austrittsbericht (Zurich-Akten, act. 51, vgl. E. 6.6.1 hiervor) sowie der "Physiotherapiebericht Schmerzzentrum" (Zurich-Akten, act. 53; vgl. E. 6.6.2 hiervor), beide datierend vom 20. August 2024. Neben den beiden erwähnten Berichten der Rehaklinik J.____ liegt auch das in Erwägung 6.7 hiervor aufgeführte Schreiben von Dr. I.____ vom 9. Oktober 2024 (Zurich-Akten, act. 58) nicht bei den IV-Akten.

8. Aus dem Gesagten folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 auf einer ungenügend abgeklärten medizinischen Entscheidgrundlage beruht. Sowohl die unvollständige Berücksichtigung der medizinischen Akten als auch die aus beweisrechtlicher Sicht als unzureichend einzustufende RAD-Beurteilung führen dazu, dass der rechtserhebliche Sachverhalt in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht als erstellt gelten kann. Insbesondere ist nicht rechtsgenüglich abgeklärt, in welchem Ausmass die somatischen und allfälligen psychischen beziehungsweise psychosomatischen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese wird nach Beizug der vollständigen medizinischen Unterlagen sowie nach Vornahme ergänzender Abklärungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers – sowohl in somatischer als auch in psychischer beziehungsweise psychosomatischer Hinsicht – erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verfügen haben. Insbesondere wird abzuklären sein, in welchem Ausmass sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer sowie in einer leidensangepassten Verweistätigkeit auswirken. Weiter wird die IV-Stelle die Unterlagen der behandelnden psychologischen beziehungsweise psychotherapeutischen Fachpersonen beizuziehen und zu prüfen haben, ob und inwieweit den psychischen beziehungsweise psychosomatischen Faktoren neben den somatischen Beschwerden eine eigenständige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt. Schliesslich wird die IV-Stelle auch zu beurteilen haben, ob und in welchem Umfang die diagnostizierte Adipositas die funktionelle Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers zusätzlich beeinträchtigt. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und zur neuen Beurteilung an die Verwaltung zurück, gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1, 132 V 215 E. 6.2, jeweils mit Hinweisen).

9.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird ihm durch das Gericht zurückerstattet.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Versicherten machte in ihrer Honorarnote vom 3. September 2025 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 10,25 Stunden geltend. Dieser Zeitaufwand ist als angemessen zu betrachten. Nicht zu beanstanden sind sodann die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 76.88, wobei der Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- von den in der Honorarnote geltend gemachten Auslagen abzuziehen ist. Dem Versicherten ist damit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'853.15 (10,25 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 76.88 plus 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

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

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.

2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle auferlegt.

   Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'853.15 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.