



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Juni 2018 (720 17 407 / 152)

Invalidenversicherung

Die Beurteilung der Vorinstanz in Bezug auf die medizinische Sachlage und das Wartjahr ist nicht zu beanstanden. Beim Invalideneinkommen kann ein Pensum von mehr als 100 % berücksichtigt werden, sofern dies auch beim Valideneinkommen erfolgte. Ein solches Vorgehen ist allerdings nur dann zulässig, wenn keine gesundheitlichen Gründe dagegen sprechen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1967 geborene A.____ war vom 1. Oktober 2005 bis 31. Januar 2011 bei der B.____AG in einem Pensum von 80 % und vom 1. Juli 2008 bis 30. Juni 2010 bei der C.____ GmbH in einem Pensum von 60 % als Hauswart angestellt. Am 19. Oktober 2007 meldete er sich unter Hinweis auf unfallbedingte Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an, wobei er berufliche Massnahmen beantragte. Mit Verfügung vom 24. September 2008 lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) dieses Leistungsbegehren mit der Begründung ab, dass der Versicherte nicht arbeitsunfähig sei. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Am 9. September 2010 meldete sich A.____ unter Hinweis auf unfall- und krankheitsbedingte Beschwerden im linken Knie und im rechten Arm erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, kam sie zum Schluss, dass der Versicherte das Wartejahr nicht erfüllt habe. In der Folge wies sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 2. November 2011 einen Anspruch von A.____ auf eine Rente ab. Hiergegen erhob er, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 7. Dezember 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht; Verfahren Nr. 720 11 440). Nachdem die IV-Stelle die angefochtene Verfügung vom 2. November 2011 lite pendente zwecks Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen aufgehoben hatte, schrieb die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, das Verfahren mit Beschluss vom 14. Juni 2012 infolge Gegenstandslosigkeit ab. Nach weiteren Abklärungen ermittelte die IV-Stelle beim Versicherten ab 1. Januar 2012 einen Invaliditätsgrad von 66 % und ab 1. März 2014 einen solchen von 0 %. Gestützt auf dieses Ergebnis sprach sie A.____ mit Verfügung vom 2. November 2017 rückwirkend vom 1. Januar 2013 bis 31. Mai 2014 eine Dreiviertelsrente zu.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 4. Dezember 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 2. November 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm mit Wirkung ab 1. März 2011 bis 31. März 2012 eine Viertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 41 % und mit Wirkung ab 1. April 2012 eine unbefristete ganze Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 82 % auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung vom 2. November 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm mit Wirkung ab 1. Februar 2011 eine Viertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 41 %, mit Wirkung ab 1. April 2012 eine ganze Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 82 % und ab 1. Juni 2014 wieder eine Viertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 41 % auszurichten. Subeventualiter sei die Verfügung vom 2. November 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung und die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Advokatin Armesto als Rechtsvertreterin. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe. Zudem sei der Beginn des Wartejahrs nicht korrekt festgelegt und der Einkommensvergleich nicht zutreffend durchgeführt worden.

C. Mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Armesto als Rechtsvertreterin bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 21. Februar 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als dem Versicherten vom 1. Januar 2013 bis 31. Mai 2014 eine befristete ganze Rente zuzusprechen sei.

E. Am 27. Februar 2017 zog das Kantonsgericht bei der zuständigen Unfallversicherung die Akten des Versicherten bei.

F. Mit Verfügung vom 14. März 2018 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen. Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Durchführung einer Parteiverhandlung zwecks Vornahme einer Partei- und Zeugenbefragung.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Dezember 2017 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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).

3.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

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

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3.5 Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine

deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts vom 24. November 2010, 9C_757/2010, E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.3 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. 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).

4.4 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 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuer-

kennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

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

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

6.2 Am 18. Mai 2010 bestätigte PD Dr. D.____, FMH Kinder- und Handchirurgie, dass der Versicherte multiple Insertionsstendinosen an beiden oberen Extremitäten mit kompletter Dysbalance zwischen Beuge- und Streckmuskulatur aufweise. Er attestierte vom 5. Februar 2010 bis 30. Mai 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Am 2. März 2011 stellten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals E.____ funktionelle Beschwerden an beiden Handgelenken und Unterarmen fest. Zum Untersuchungszeitpunkt am 21. Januar 2011 könne in Korrespondenz mit der Feststellung von PD Dr. D.____ vom 5. Februar 2010 kein spezieller pathologischer Befund, namentlich keine Bewegungseinschränkung, kein wesentlicher Kraftverlust und keine Funktionseinschränkung der Handgelenke, erhoben werden. Eine handchirurgische Diagnose könne derzeit nicht gestellt werden. Dem Versicherten sei eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu bescheinigen.

6.4 Am 30. November 2011 diagnostizierte der Kreisarzt Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, einen Status nach Kniedistorsion am 8. Juni 1985, nach lateraler Meniscektomie am 16. Juli

1985, nach Arthroskopie, lateraler Teilmeniscektomie und Débridement am 2. November 2009 und nach Implantation einer lateralen Schlittenprothese am linken Knie am 21. Juli 2010. Der postoperative Verlauf nach Implantation der lateralen Schlittenprothese gestalte sich komplikationslos und zeitgerecht. Ab dem 4. Oktober 2010 sei der Versicherte wieder voll arbeitsfähig. Es bleibe jedoch eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenks und eine mässige Flexions einschränkung bestehen. Die orthopädische Behandlung des linken Knies sei zwischenzeitlich abgeschlossen worden. Aufgrund der Unfallfolgen am linken Knie sei dem Versicherten eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar.

6.5 Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.____ FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, mit einem bidisziplinären Gutachten. Am 10. März 2014 diagnostizierte Dr. G.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein Status nach depressiver Episode (ICD-10 F32.1/32.2). Differentialdiagnostisch zum ADHS sei an eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen zu denken. Aus psychiatrischer Sicht sei das Fähigkeitsniveau gemessen am Mini-ICF-APP nicht wesentlich beeinträchtigt. Auf struktureller Ebene liesse sich eine leichtgradige Impulskontrollstörung erkennen. Eine weitere relevante Beeinträchtigung sei nicht nachgewiesen. Es liessen sich indes leichtgradige Konzentrations- und Funktionsstörungen sowie eine gewisse psychomotorische Unruhe erkennen. Aufgrund dieser Beschwerden bestehe keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; der Versicherte habe stets in einem Vollzeitpensum arbeiten können. In qualitativer Hinsicht bestünden aber gewisse Einschränkungen. So sei es dem Versicherten nicht möglich, ganztags eine sitzende Tätigkeit auszuüben. Bürotätigkeiten seien generell nicht zumutbar. Wegen depressiver Beschwerden hätte ab Anfang 2012 eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % bestanden. Aktuell liesse sich aber keine Depression feststellen. Wegen der unpräzisen Angaben des Versicherten könne keine verlässliche Beurteilung über den Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes gemacht werden. Aus diesem Grund gelte die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Untersuchungszeitpunkt. In Bezug auf die Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2012 würden sich diagnostisch keine wesentlichen Diskrepanzen ergeben. Dasselbe gelte für den Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. J.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 23. November 2007. Dr. H.____ diagnostizierte am 20. März 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit persistierende Knieschmerzen links und eine verminderte Belastbarkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unspezifische Arthralgien der Handgelenke rechts mehr als links, ein Status nach Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniscektomie am 17. Dezember 2010, nach leichtgradiger Epicondylopathia humeri radialis rechts und nach Teilamputation des Endglieds am rechten Zeigfinger. Beim Beschwerdeführer stünden die persistierenden Kniegelenkschmerzen im Vordergrund. Daneben bestünden Handgelenksschmerzen und ein Tennisarm. Wegen der Beschwerden an den Armen sei dem Versicherten nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Diese Beschwerden hätten auch aktuell keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht seien dem Versicherten körperlich schwere oder das Kniegelenk spezifisch belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Perioperativ sei der Versicherte vorübergehend arbeitsunfähig gewesen. Für wechsel-

belastende Tätigkeiten mit Gewichtsbelastungen bis 15 kg und ohne Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk bestünde eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

6.6 Im Bericht der Klinik K.____ vom 30. Oktober 2014 wurde festgehalten, dass es in Anbetracht der Biographie des Versicherten kaum möglich sei, eine ADHS mit hinreichender Zuverlässigkeit zu diagnostizieren. Aktuell seien die Symptome einer ADHS vor allem im Hinblick auf die Aufmerksamkeitsleistung nicht ausreichend, um die Diagnose mit hinreichender Zuverlässigkeit zu stellen. Nach dem Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) wäre der Subtyp „hyperaktiv-impulsiv“ möglich. Eine diagnostische Abklärung hinsichtlich einer Achse-II-Erkrankung sei anzuraten, da der Versicherte starke Interaktionsprobleme aufweise.

6.7 Am 18. Juni 2015 hielt Dr. I.____ fest, dass sie den Versicherten seit dem 26. April 2012 regelmässig behandle. Sie diagnostizierte eine schwere bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und eine Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.31). Eine ADHS-Erkrankung liege gemäss Abklärung der Klinik K.____ nicht vor. Die Arbeit habe dem Versicherten Selbstbestätigung und Sinngebung gegeben. Durch deren Wegfall seien die psychischen Erkrankungen zum Durchbruch gekommen. Die Argumentation des Gutachters Dr. G.____, wonach der Versicherte immer gearbeitet habe und dies auch in Zukunft tun könne, sei nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeit sei stark an bestimmte Bedingungen gekoppelt gewesen. Die veränderten Umstände hätten zu einem verschlechterten Gesundheitszustand geführt. Das schwere depressive Zustandsbild und die schwere Persönlichkeitsstörung würden zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft führen.

6.8 Am 25. Juli 2015 stellte Dr. G.____ fest, dass der Versicherte ihm gegenüber resp. im Rahmen der Untersuchung in der Klinik K.____ unterschiedliche Angaben gemacht habe und dass er in seinem Gutachten differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen habe. Die Tatsache, dass der Versicherte stets in einem Vollzeitpensum gearbeitet habe, sei im Gutachten lediglich als Begründung für den Schweregrad einer in Betracht zu ziehenden Persönlichkeitsstörung angeführt worden. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass im Bericht der Klinik K.____ vom 30. Oktober 2014 die Diagnose einer ADHS nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit habe gestellt werden können, sei vorliegend eher von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Der Schweregrad der im Gutachten diagnostizierten ADHS und der differentialdiagnostisch in Betracht gezogenen Persönlichkeitsstörung sei nur leicht ausgeprägt. Gründe für eine Dekompensation seien im Rahmen der Untersuchung nicht ersichtlich geworden. Aufgrund der Angaben des Versicherten anlässlich der Exploration liessen sich zudem auf der beziehungs- und der beruflichen Ebene Konstanten nachweisen, die bei Vorliegen eines ausgeprägten Schweregrads einer ADHS oder einer Persönlichkeitsstörung nicht möglich wären.

6.9 Am 6. November 2015 führte Dr. G.____ ergänzend aus, dass die behandelnde Psychiaterin in einem früheren Bericht vom 6. September 2012 nebst einer schweren bis mittelschweren Episode eine ADHS diagnostiziert habe. Im aktuellen Bericht vom 18. Juni 2015 gehe sie aber nicht auf den von ihr gemachten Diagnosewechsel ein, was nicht nachvollziehbar sei.

Bei der Einschätzung des Schweregrads der Persönlichkeitsstörung habe die behandelnde Ärztin die Fähigkeiten des Versicherten ausser Acht gelassen. So pflege der Versicherte mit seinen drei Kindern, zwei langjährigen Freunden, seinem Bruder und einer Schwester eine gute Beziehung. In beruflicher Hinsicht habe er sich mit seinen Mitarbeitern und den Vorgesetzten mehrheitlich gut verstanden. Zudem habe er berichtet, dass er in der Regel geschätzt worden sei. Bei dieser Sachlage liege keine stark ausgeprägte Persönlichkeitsstörung vor. Dementsprechend resultiere bei der Testung gemäss Mini-ICF-APP keine wesentliche Beeinträchtigung. Eine Verschlechterung der Beschwerden der Persönlichkeitsstörung sei ebenfalls nicht ausgewiesen. Entgegen der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin habe im Rahmen der aktuellen Exploration keine Depression festgestellt werden können.

7.1.1 Streitig ist zunächst der Beginn der Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG. Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 davon aus, dass beim Versicherten erst seit Januar 2012 eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch bestehe und der Versicherungsfall demnach mit Ablauf der einjährigen Wartezeit im Januar 2013 eingetreten sei. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass das Wartejahr bereits im Januar 2010 begonnen habe.

7.1.2 Der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht beigezogen werden. Aus den vorliegenden Akten ergibt sich zwar, dass die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer ab dem 4. Januar 2010 krankheits- bzw. unfallbedingt eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestierten. Zu beachten ist aber, dass PD Dr. D._____ dem Beschwerdeführer lediglich bis 30. Mai 2010 eine (krankheitsbedingte) Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (vgl. E. 6.2 hier vor). Für die Zeit danach ist fachärztlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus Krankheitsgründen ausgewiesen. So hielten die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals E._____ am 2. März 2011 fest, dass zum Untersuchungszeitpunkt am 21. Januar 2011 kein spezieller pathologischer Befund habe festgestellt werden können und der Versicherte aus chirurgischer Sicht vollständig arbeitsfähig sei. Vor diesem Hintergrund kommen den anderslautenden Attesten von Dr. med. L._____, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 21. Oktober 2010 und 2. Dezember 2010, wonach der Beschwerdeführer seit dem 4. Oktober 2010 krankheitsbedingt vollständig arbeitsunfähig sei, beweismässig keine Bedeutung zu. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass über den 30. Mai 2010 hinaus keine krankheitsbedingte Einschränkung in der Leistungsfähigkeit bestand. Nachdem überdies der Kreisarzt Dr. F._____ in seiner Beurteilung der Unfallfolgen vom 30. November 2011 ab dem 4. Oktober 2010 eine vollständige Arbeitsfähigkeit bescheinigte (vgl. E. 6.4 hier vor), und der Beschwerdeführer die Unfallversicherung am 13. Oktober 2010 darüber informierte, dass er seit dem 4. Oktober 2010 wiederum voll arbeitsfähig sei (vgl. Unfallakten doc. 46), ist davon auszugehen, dass die im Januar 2010 begonnene einjährige Wartezeit am 4. Oktober 2010 unterbrochen wurde. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass ihm die Tätigkeit als Hauswart nicht mehr vollumfänglich zumutbar gewesen sei, ist ihm entgegenzuhalten, dass ab Oktober 2010 keine fachärztlichen Zeugnisse bei den Akten liegen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bescheinigen würden. Vor diesem Hintergrund ist hinreichend erstellt, dass die Wartezeit am 4. Oktober 2010 unterbrochen wurde und erst ab dem 1. Januar 2012 (vgl. E. 6.5 hier

vor) wieder zu laufen begonnen hat. Die entsprechende Beurteilung der Vorinstanz ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

7.2 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Dres. G.____ und H.____ in ihren Gutachten vom 10. März 2014 und 20. März 2014 gelangt waren. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte von Anfang 2012 bis zum 26. Februar 2014 ohne wesentlichen Unterbruch im Umfang von 70 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei, danach aber wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit bestanden habe. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Die Beurteilungen der Dres. G.____ und H.____ weisen weder formale noch entscheidrelevante inhaltliche Mängel auf, sie sind – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation schlüssig, setzen sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und enthalten einleuchtende Schlussfolgerungen. Insbesondere nehmen die Gutachter eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor. Insgesamt ist die Beurteilung der Dres. G.____ und H.____ in ihrer Gutachten vom 10. März 2014 und 20. März 2014 sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend, weshalb die IV-Stelle bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf abstellen durfte.

7.3 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, Zweifel an der Beweiskraft der Gutachten der Dres. G.____ und H.____ zu wecken. Zwar weist er zu Recht darauf hin, dass die Annahme von Dr. H.____, wonach ihm wegen der Beschwerden in den Armen nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, nicht zutrifft (Bericht von PD Dr. D.____ vom 18. Mai 2010; vgl. E. 6.2 hiervor). Dieser Tatsache kommt vorliegend aber keine Bedeutung zu, da das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG – wie unter E. 7.1 aufgezeigt – erst ab Anfang 2012 zu laufen begann. Demnach vermag die aktenwidrige Feststellung im Gutachten von Dr. H.____ dessen Beweiswert nicht zu schmälern. Soweit der Beschwerdeführer rügt, die Beurteilung von Dr. G.____ stehe im Widerspruch zu den medizinischen Vorakten, ist in diesem Zusammenhang zunächst darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte – wie hier – lege artis vorgegangen ist. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten

abweichenden Auffassungen festhalten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil vom 4. März 2013, 9C_794/2012, E. 4.2 mit Hinweisen). Dies gilt vorliegend umso mehr, als sich Dr. G.____ in seinen Stellungnahmen vom 25. Juli 2015 und 6. November 2015 mit den Erkenntnissen des Abklärungsberichts der Klinik K.____ vom 30. Oktober 2014 und der abweichenden Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. I.____ detailliert auseinandersetzte. Er kam dabei zum Schluss, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine schwerwiegende psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszumachen war. Zwar trifft es zu, dass der Bericht der behandelnden Ärztin Dr. I.____ vom 18. Juni 2015 einen detaillierten Beschrieb des Lebenslaufs und des beruflichen Werdegangs des Beschwerdeführers enthält. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Zumutbarkeit im Gutachten vom 10. März 2014 basiere auf einem unzutreffenden oder unvollständigen Sachverhalt. Vielmehr legte der Gutachter unter Berücksichtigung der früheren ärztlichen Berichte und des Mini-ICF-Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen einleuchtend dar, weshalb trotz der Beschwerden von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten auszugehen ist. Insgesamt lässt das Gutachten von Dr. G.____ eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

7.4 Nach dem Gesagten ist gemäss der massgebenden Beurteilung im bidisziplinären Gutachten der Dres. H.____ und G.____ vom 10. März 2014 und 20. März 2014 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer von Anfang 2012 bis 26. Februar 2014 eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % aufwies. Hernach sind ihm angepasste Verweistätigkeiten vollumfänglich zumutbar.

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher – gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG – auf den 1. Januar 2013 zu liegen kommt. Für den nachfolgend durchzuführenden Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend.

8.2 Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 davon aus, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin als Hauswart tätig gewesen wäre. Gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2012 (LSE), Tabelle TA 1, Sektor sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen, Spalte Männer, und in Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2,4 % sowie unter Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42 Stunden, ermittelte sie ein jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 52'276.-- (Pensum 90 %). Dabei verkannte sie – wie in der Beschwerde zu Recht gerügt –, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens zeitgleich bei zwei verschiedenen Arbeitgebern angestellt war und insgesamt ein Pensum von 140 % aufwies. Dabei erzielte er im Jahr 2009 bei der B.____ AG ein Jahreseinkommen von Fr. 51'840.-- und bei der C.____ GmbH ein solches von Fr. 36'004.80. Unter Be-

rücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0,9 % (2010), 0,5 % (2011), 0,8 % (2012) und 1,1 % (2013) im Wirtschaftszweig sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Tabellen T1.93 und T.1.1.10), resultiert für das Jahr 2013 ein massgebendes Jahreseinkommen von Fr. 90'778.90.

8.3 Bei der Ermittlung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen) stützte sich die IV-Stelle auf die Tabelle TA1 der LSE 2012. Dieses Vorgehen wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten. Demnach belief sich das Total aller Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 ("einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art") im Jahre 2012 auf Fr. 5'210.-- (LSE 2012, Privater Sektor, Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, Zeile "Total"). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, "Total") und einer Nominallohnentwicklung von 0,8 % im Jahr 2013 (vgl. BFS T39: Entwicklung der Nominallöhne) resultiert ab 1. Januar 2013 (Arbeitsfähigkeit von 30 %) ein Invalideneinkommen von Fr. 19'709.55 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41,7 x 12 x 100,8 % x 30 %). Weiter hat die IV-Stelle einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % für invaliditätsbedingte Beeinträchtigung vorgenommen. Unter Würdigung sämtlicher Kriterien (Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 124 V 323 E. 3b/aa) erscheint dieser Abzug angemessen. Unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % beträgt das massgebende Invalideneinkommen Fr. 17'738.60 (Fr. 19'709.55 x 90 %).

8.4 Setzt man im Einkommensvergleich die oben ermittelten Validen- und Invalideneinkommen von Fr. 90'778.90 bzw. von Fr. 17'738.60 einander gegenüber, resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 80% ($[(Fr. 90'778.90 - Fr. 17'738.60) : Fr. 90'778.90] \times 100$; vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.), was Anspruch auf eine ganze Rente gibt. Der massgebenden Beurteilung im Gutachten der Dres. H. ____ und G. ____ vom 10. März 2014 und 20. März 2014 zufolge war der Versicherte spätestens ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung am 27. Februar 2014 in einer angepassten Tätigkeit wiederum vollständig arbeitsfähig. Folgerichtig hat der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2013 – unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) – bis 31. Mai 2014 Anspruch auf eine ganze Rente. Die Beschwerde ist in diesem Punkt gutzuheissen. Für die Zeit danach resultiert – selbst unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % – bei einem Invalideneinkommen von Fr. 59'128.65 ($Fr. 65'698.50 \times 90 \%$; vgl. E. 8.3 hiervoor) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 35 % ($[(Fr. 90'778.90 - Fr. 59'128.65) : Fr. 90'778.90] \times 100$). Der IV-Stelle ist zwar beizupflichten, dass beim Invalideneinkommen ein Pensum von mehr als 100 % berücksichtigt werden kann, sofern dies auch beim Valideneinkommen erfolgte. Ein solches Vorgehen ist allerdings nur dann zulässig, wenn keine gesundheitlichen Gründe dagegen sprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Dezember 2011, 9C_766/2011, E. 3.2). Wie es sich damit verhält, ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht zweifelsfrei erstellt, da sich die Gutachter nicht über die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei einem Pensum von mehr als 100 % äussern. Da vorliegend so oder anders ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert, braucht diese Frage nicht abschliessend geklärt zu werden. Die angefochtene Verfü-

gung vom 2. November 2011, mit welcher der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Juni 2014 abgewiesen wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

8.5 Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 2. November 2017 aufzuheben und festzustellen, dass der Beschwerdeführer vom 1. Januar 2013 bis 31. Mai 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

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 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. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Beim Entscheid über die Verlegung der Prozesskosten ist somit grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. In casu ist der Beschwerdeführer mit seinen Rechtsbegehren teilweise durchgedrungen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

9.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Fraglich ist, ob die Parteientschädigung allenfalls wegen bloss teilweisen Obsiegens zu reduzieren ist. In diesem Zusammenhang ist vorab klarzustellen, dass es bundesrechtswidrig wäre, die Parteientschädigung ausschliesslich nach dem anteilmässigen Prozesserfolg zu bemessen. Mit einem solchen Vorgehen würde in unzulässiger Weise von den bundesrechtlichen Bemessungskriterien der „Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses“ (Art. 61 lit. g Satz 2 ATSG) abgewichen (BGE 117 V 407 E. 2c). Gegen eine Reduktion der Parteientschädigung wegen bloss teilweisen Obsiegens sprechen zudem folgende Überlegungen: Der Beschwerdeführer hätte sich damit begnügen können, in seinem Rechtsbegehren die Zusprechung einer höheren Rente zu verlangen (BGE 101 V 223 E. 4). In diesem Fall wäre der Prozesserfolg nicht anteilmässig quantifizierbar und dem Beschwerdeführer würde wegen Obsiegens eine volle Parteientschädigung zugesprochen (BGE 117 V 406 E. 2b). Zu beachten ist sodann, dass praxisgemäss selbst dann eine volle Parteientschädigung ausgerichtet wird, wenn das kantonale Gericht in einem Rentenverfahren keinen materiellen Entscheid trifft, sondern die Sache zu ergänzender Abklärung und anschliessender Neuurteilung an den Versicherungsträger zurückweist (BGE 117 V 406 f. E. 2b mit Hinweisen). Berücksichtigt man diese Überlegungen, so rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren eine volle und nicht eine wegen bloss teilweisen Obsiegens reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin hat in ihrer Honorarnote vom 26. März 2018 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von

10,91 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 45.60. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'995.-- ([10,91 Stunden x Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 45.60]; inkl. 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 2'185.15 [Fr. 174.80] und 7,7 % Mehrwertsteuer auf Fr. 589.65 [Fr. 45.40]) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt**:

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 2. November 2017 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. Januar 2013 bis 31. Mai 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'995.-- (inkl. Auslagen und 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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