



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 11. August 2022 (720 21 266 / 184)**

---

**Invalidenversicherung**

**Würdigung der medizinischen Berichte**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Holger Hügel, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Der 1974 geborene A.\_\_\_\_ ist Inhaber einer Autowerkstatt. Am 5. Mai 2017 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an infolge von Hüft- und Rückenbeschwerden sowie eines Taubheitsgefühls in den Füßen. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Massnahmen sprach die IV-Stelle A.\_\_\_\_ nach Durchfüh-

zung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 5. Juli 2021 eine befristete halbe Invalidenrente vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 sowie eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. September 2019 bis 31. März 2020 zu.

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Holger Hügel, mit Eingabe vom 9. September 2021 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, die Verfügung vom 5. Juli 2021 sei aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Namentlich sei im Zeitraum 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 eine höhere als die zugesprochene halbe Invalidenrente zuzusprechen. Ferner sei in den Zeiträumen 1. Februar 2019 bis 31. August 2021 und ab 1. April 2020 eine Invalidenrente zu gewähren und im Zeitraum 1. September 2019 bis 31. März 2020 die ganze Invalidenrente zu bestätigen. Eventualiter sei zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Einholung eines polydisziplinären, verwaltungsexternen Gutachtens sowie zur Neuverfügung zurückzuweisen. Der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Die IV-Stelle stütze die Rentenverfügung einzig auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ab, was in beweisrechtlicher Hinsicht ungenügend sei. Es fehle insbesondere an einer polydisziplinären, verwaltungsexternen Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen sowie deren Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit. Ferner sei der auf der Basis der unzureichenden Sachverhaltsabklärung vorgenommene Einkommensvergleich unrichtig und ermessensfehlerhaft. Richtigerweise bestehe mindestens Anspruch auf eine Dreiviertelsrente vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 und ab 1. Februar 2019 bis 31. August 2019 sowie nach dem 31. März 2020 mindestens Anspruch auf eine Viertelsrente.

C. Mit Vernehmlassung vom 18. November 2021 beantragte die IV-Stelle eine teilweise Gutheissung der Beschwerde. Bezüglich der Invalidenrente vom 1. September 2019 bis 31. März 2020 sei der IV-Stelle ein Fehler unterlaufen. Der Anspruch ende aufgrund der dreimonatigen Karenzfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 erst per 30. Juni 2020 und nicht schon per 31. März 2020. In diesem Punkt sei die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Darüber hinaus sei sie abzuweisen.

D. Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 24. Januar 2022 an seinen Rechtsbegehren fest und stellte in verfahrensrechtlicher Hinsicht den Antrag, das Verfahren zu sistieren bis das Bundesgericht seinen Grundsatzentscheid im Verfahren 8C\_256/2021 in Bezug auf die Anwendung der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), insbesondere Tabelle TA 1, gefällt habe. Im Anschluss daran sei den Parteien eine angemessene Frist zur Stellungnahme anzusetzen.

E. Mit Duplik vom 23. Februar 2022 teilte die IV-Stelle mit, dass sie dem Sistierungsantrag nicht zustimme.

F. Das Kantonsgericht wies mit Verfügung vom 1. März 2022 das Sistierungsgesuch ab und der Fall wurde dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

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, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 9. September 2021 ist demnach einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/202, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von 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).

3.3 Gemäss 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.

3.4 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 nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4. Eine rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 8C\_534/2008, E. 2.3 mit Hinweisen). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 130 V 343 E. 3.5).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigenurteile, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverläss-

sigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4, 122 V 157 E. 1d).

6. Zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch streitig. Während die IV-Stelle der Auffassung ist, dass Anspruch auf eine befristete halbe Invalidenrente vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 bestehe sowie auf eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. September 2019 bis 30. Juni 2020, macht der Beschwerdeführer geltend, dass er ab 1. November 2017 Anspruch auf eine abgestufte unbefristete Invalidenrente habe. Die Arbeitsfähigkeit in einer optimal behinderungsangepassten Tätigkeit seit Ablauf der Wartefrist im November 2017 sei bis heute ungeklärt, sodass es an der wesentlichen Entscheidungsbasis zur Beurteilung des Anspruches auf eine Invalidenrente mangle.

6.1 Die IV-Stelle stützte ihren Rentenentscheid auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin. Aus der Anmeldung zum Bezug von Invalidenleistungen vom 5. Mai 2017 geht hervor, dass der Beschwerdeführer wegen eines Nierenleidens (Glomerulonephritis) seit 2009 bei Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, in Behandlung ist, seit 2015 bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie und Neurologie, wegen eines Rückenleidens, und seit 2016 wegen eines Hüftleidens bei Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F.\_\_\_\_, und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.

6.2.1 Der Beschwerdeführer litt seit Januar 2016 an Hüftbeschwerden links. Behandelt wurde er von Dr. E.\_\_\_\_, der ein Hüftimpingement feststellte. Die MRT-Bilder vom 10. Februar 2016 bestätigten den Verdacht auf einen Labrumriss. Ferner waren deutliche Knorpelschädigungen acetabulär zu erkennen. Da Infiltrationen keine langfristige Verbesserung brachten, die Schmerzen vielmehr zunahmen, wurde der Versicherte an den Hüftchirurgen Dr. G.\_\_\_\_ überwiesen (vgl. Verlaufsberichte vom 4. Februar 2016, 24. Februar 2016, 1. März 2016, 21. März 2016, 30. September 2016 und 29. November 2016). Bei einem diagnostizierten FAI (Femoro-Acetabuläres Impingement [Enge-Syndrom zwischen Hüftkopf und -pfanne]) mit sekundärer Coxarthrose links stellte er die Indikation zur Operation. Am 28. Dezember 2016 wurde der Versicherte von Dr. G.\_\_\_\_ operiert (vgl. Arztzeugnis vom 24. April 2017 und Operationsbericht vom 28. Dezember 2016). Gemäss Verlaufsbericht vom 23. März 2017 berichtete der Versicherte über persistierende Beschwerden. Dr. E.\_\_\_\_ stellte als Diagnose einen "Verdacht auf eine lumboradikuläre Schmerzkomponente Bein links bei akuter Schmerzexazerbation Hüfte links bei Status nach Hüftarthroskopie mit Labrumsanierung und Débridement links am 28. De-

zember 2016 bei degenerativer Labrumläsion und acetabulärer Knorpelschädigung Hüfte links und anamnestisch bekannter Diskusherniation L5/S1". Neben den persistierenden Hüftbeschwerden scheine nun auch eine lumboradikuläre Symptomatik vorzuliegen. Nach weiteren bildgebenden Abklärungen stellte Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die Coxarthrose progredient sei. Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 14. März 2017 bis 31. Mai 2017 (vgl. Berichte vom 23. März 2017, 3. April 2017 und 12. Mai 2017).

6.2.2 Es folgten weitere Infiltrationen zur Behandlung der Schmerzsymptomatik und eine Verlaufs-MRT am 26. Juni 2017. Dr. E.\_\_\_\_ erachtete einen Gelenkersatz als indiziert, da der Versicherte nicht suffizient auf die konservative Behandlung anspreche. Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 8. Juni 2017 bis 30. September 2017 (vgl. Berichte vom 8. Juni 2017, 5. Juli 2017, 17. Juli 2017, 14. August 2017 und 1. September 2017). Am 4. Dezember 2017 fand eine präoperative Besprechung statt für die am 20. Dezember 2017 geplante Implantation einer Hüfttotalprothese links aufgrund der zunehmend immobilisierenden Coxarthrose und der ausgereizten konservativen wie auch gelenkserhaltenden operativen Massnahmen. Dr. E.\_\_\_\_ nahm sodann den Eingriff in der Klinik F.\_\_\_\_ im stationären Rahmen wie geplant vor (vgl. Operationsbericht vom 21. Dezember 2017). Gemäss Austrittsbericht vom 9. Januar 2018 habe der Versicherte im stationären Verlauf zunehmend über Schmerzen in der linken Hüfte geklagt. Das Röntgenbild sei unauffällig gewesen. Da die linke Extremität besonders im Bereich des Oberschenkels zunehmend angeschwollen sei und trotz Einstellung der Medikation Schmerzen bereitet habe, sei am 27. Dezember 2017 eine MRT der Hüfte durchgeführt worden. Auf den Bildern sei ein Hämatom von 4,5 x 5 x 7 cm erkennbar gewesen. Die Medikation sei in der Folge angepasst worden. Ansonsten habe sich ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf gezeigt. Der Versicherte habe am 1. Januar 2018 in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können.

6.2.3 Sieben Wochen nach dem Eingriff folgte die Verlaufskontrolle. Insgesamt zeigte sich ein regelrechter Verlauf bei noch bestehenden muskulären Beschwerden. Eine weitere klinische Kontrolle wurde nach weiteren sechs Wochen vorgesehen (vgl. Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2018). Nach der Untersuchung am 13. April 2018 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass insgesamt eine deutliche Besserung der Schmerzen in der Hüfte zu verzeichnen sei. Störend sei eine ausgeprägte Schwäche und Hypotrophie des äusseren Oberschenkelmuskels. In diesem Bereich beständen auch Schmerzen und Gefühlsstörungen. Dr. E.\_\_\_\_ riet zur neurologischen Beurteilung und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit vom 1. April 2018 bis 1. Juni 2018 (vgl. Berichte vom 16. April 2018 und 14. Mai 2018).

6.3 Das neurologische Konsilium fand am 17. Mai 2018 in der Neuropraxis bei Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Neurologie, statt. Laut Bericht vom 24. Mai 2018 diagnostizierte er eine axonale Teilschädigung des Nervus femoralis links "mit vorwiegendem Betreffen" des Vastus lateralis des Musculus quadrizeps femoris, am ehesten aufgrund intramuskulärer Läsionen durch ein postoperatives Hämatom und einer unvollständig abgeschlossenen Reinnervation im Vastus lateralis des Musculus quadrizeps femoris. Ferner liege eine ausgeprägte Atrophie der lateralen Oberschenkelmuskulatur sowie geringgradig des übrigen Musculus quadrizeps femoris vor. Die Reinnervation im Vastus lateralis in der neurogenen Läsion sei bisher noch nicht abgeschlos-

sen und von einer weiteren leichten Besserung im Verlauf könne ausgegangen werden. Im Vastus medialis des Musculus quadrizeps femoris fänden sich allenfalls minimale Veränderungen, sodass am ehesten von einer intramuskulären Schädigung des Nervus femoralis auszugehen sei. Die Taubheit am Oberschenkel sei am ehesten im Rahmen einer Schädigung der Hautnerven durch die Operation selber anzusehen. Die Reinnervation könne durchaus noch ein halbes bis ein Jahr dauern. Eine weitergehende Abklärung erscheine aufgrund der fehlenden pathologischen Spontanaktivität im Muskel aktuell nicht notwendig, da keine Progredienz zu erwarten sei. Ebenso bestehe eine erhaltene Nervenkontinuität. Zur Verbesserung der Beweglichkeit sowie der Kraft wäre eine gezielte Therapie sinnvoll.

6.4 Aus dem Verlaufsbericht vom 11. Juli 2018 von Dr. E.\_\_\_\_ geht hervor, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung noch ein komplett atropher, distaler Vastus lateralis zeige bei recht gut ausgeprägtem Vastus medialis. Von Seiten der Hüfte sei die Wunde reizfrei mit leichter Druckdolenz und Verhärtung im Bereich des Zugangs. Ferner bestehe eine Hypersensibilität der lateralen und distalen Narbe. Der Versicherte sollte wie bisher intensiv physiotherapeutisch und selbständig trainieren. Nach wie vor sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Automechaniker aufgrund der deutlichen Muskelschwäche rechts gegeben. Am 16. Oktober 2018 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass es erfreulicherweise in den letzten drei Monaten zu einer Besserung der zuletzt noch vollständigen Atrophie des Musculus Vastus lateralis gekommen sei. Es bestehe zwar weiterhin noch ein deutliches Kraftdefizit. Mit den 2x täglichen, selbständig durchgeführten Übungen und der regelmässigen Physiotherapie sollte sich diesbezüglich eine Besserung einstellen. Da das rechte Bein noch nicht voll belastet werden könne, liege die Arbeitsunfähigkeit als Automechaniker weiterhin bei 100 %. Die Untersuchung vom 7. Januar 2019 ergab, dass der Versicherte aufgrund eines schweren bronchialen Infektes in den letzten Wochen das Training nicht habe konsequent durchführen können. Aufgrund dessen verspüre er verstärkt Schmerzen im Bein. Von Seiten der Hüften beständen keine Beschwerden. Durch die deutliche Kräfteinschränkung und die nicht mögliche volle Flexion sei ihm das Arbeiten als Automechaniker noch nicht möglich. Dr. E.\_\_\_\_ attestierte weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 10. Februar 2019 (vgl. Bericht vom 8. Januar 2019).

6.5.1 Zur Beurteilung des weiteren Vorgehens wurde der Fall RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ unterbreitet. Mit Bericht vom 4. Januar 2019 schlug er vor, eine Stellungnahme der Klinik F.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im angestammten Beruf und in einer Verweistätigkeit einzuholen. Die IV-Stelle gelangte in der Folge am 7. Januar 2019 mit einem entsprechenden Fragebogen an die Klinik F.\_\_\_\_.

6.5.2 Dr. E.\_\_\_\_ beantwortete am 21. Januar 2019 die von der IV-Stelle gestellten Fragen. Aktuell sei dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Automechaniker nicht zumutbar. Beim Versicherten bestehe eine deutliche Kräfteinschränkung am rechten Oberschenkel und es sei ihm nicht möglich, das Kniegelenk länger in Flexion zu belasten beziehungsweise zu knien. Lediglich Supervisions- und Instruktionsarbeiten wären theoretisch möglich. Gemäss seiner Dokumentation sei der Versicherte seit 14. März 2017 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. Bezüglich Verweistätigkeiten seien dem Versicherten leichte Tätigkeiten vor allem im Sitzen und temporär auch im Stehen prinzipiell zumutbar, theoretisch zu 100 %. Mittelschwere und schwe-

re Arbeiten seien aktuell nicht möglich. Eine leidensangepasste, leichte Tätigkeit von März 2017 bis zum 20. Dezember 2017 (Hüftoperation) wäre zumutbar gewesen. Auf die Frage der IV-Stelle, ob ab Mitte / Ende März 2018 (drei Monate nach der Hüftoperation links) wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bestanden habe, erklärte Dr. F.\_\_\_\_, dass es leider im postoperativen Verlauf durch Bildung eines Hämatoms zu einer partiellen Schädigung des Nervus femoralis gekommen sei mit komplettem Ausfall des Vastus lateralis. Dies habe den postoperativen Verlauf deutlich verzögert. Aufgrund dessen habe der Versicherte nicht wie geplant drei Monate nach der Hüftoperation seine Arbeit wieder aufnehmen können. In Bezug auf die Frage, ob ab Mitte / Ende Juni 2018 zumindest wieder von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen sei, antwortete Dr. F.\_\_\_\_, dass theoretisch eine Teilarbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten bestehe.

6.6 RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ kam daraufhin mit Beurteilung vom 7. Februar 2019 zum Schluss, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer leichten, wechselrhythmischen Tätigkeit mit etwa hälftigem sitzenden Anteil, ohne Sprung- oder Stauchungsbelastungen, ohne Arbeiten in Zwangspositionen der Hüften, ohne Hochdrücken schwerer Lasten aus der Hocke heraus und ohne Arbeiten auf Gerüsten und Leitern sei grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit gegeben. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten in einer Verweistätigkeit stellte er folgende Perioden auf:

22. November 2016	bis	27. März 2017	100 %
28. März 2017	bis	19. Dezember 2017	50 %
20. Dezember 2017	bis	11. Februar 2018	100 %
12. Februar 2018	bis	14. Oktober 2018	50 %
15. Oktober 2018	bis	Dezember 2019	20 %

7. Mit Vorbescheid vom 27. September 2019 informierte die IV-Stelle den Beschwerdeführer, dass er nach Ablauf der Wartefrist Anspruch auf eine befristete halbe Invalidenrente ab 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 habe. Dagegen erhob der Versicherte am 24. Oktober 2019 und 23. Dezember 2019 Einwand. Er bemängelte die Rentenhöhe sowie die Befristung. Neben seinen Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat leide er auch an einer Niereninsuffizienz. Diese beeinträchtige seine Leistungsfähigkeit. Insbesondere dürfe er wegen der Nierenerkrankung nur zurückhaltend Schmerzmedikamente gegen die starken Beschwerden am Bewegungsapparat einnehmen, was ihn zusätzlich in seiner Leistungsfähigkeit einschränke. Ferner habe er zwischenzeitlich auch notfallmässig wegen Herzinsuffizienz hospitalisiert werden müssen. Dazu reichte er einen Kurzbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2019 ein, worin sie unter anderem eine neue Beurteilung der medizinischen Situation empfiehlt.

8. Gemäss Konsilium der Kardiologie des I.\_\_\_\_ vom 13. September 2019 hatte der Beschwerdeführer seit mehreren Tagen inspiratorische Schmerzen. Die stationäre Aufnahme wurde empfohlen aufgrund einer dilatativen Kardiopathie linksventrikulär unklarer Genese. Aus dem von der IV-Stelle eingeholten Bericht des I.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2019, welcher nach einer Verlaufskontrolle am 17. Dezember 2019 erstellt wurde, geht der hochgradige Verdacht auf toxische Kardiomyopathie bei multipltem Substanz-Abusus hervor. Als weitere Diagnosen wur-



den eine arterielle Hypertonie, eine chronische Niereninsuffizienz KDIGO Grad 2-3, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine chronisch-obstruktive Pneumopathie (COPD) sowie ein Status nach Einsetzung einer Hüft-Totalprothese links mit Coxarthrose gestellt. Anamnestisch beschreibe der Versicherte nach wie vor einen kardial unkomplizierten Verlauf in den letzten drei Monaten. Er habe wie verordnet kein Training mehr absolviert. Die Rhythmus-Anamnese sei bland. Die installierte medikamentöse Herzinsuffizienz-Therapie werde gut vertragen, ohne relevante unerwünschte Wirkungen. Weiterhin bestehe ein gewisser Anabolika-Konsum, welchen der Versicherte langsam reduzieren möchte. In der Zwischenzeit sei eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt worden mit Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung. Die MRT-Untersuchung vom 19. November 2019 habe ferner gezeigt, dass keine postentzündlichen Veränderungen im Sinne einer Myokarditis / postmyokarditischen Situation beständen. Somit kämen differenzialdiagnostisch eine idiopathische dilatative Kardiomyopathie in Frage oder eine toxische Kardiomyopathie bei multiplen Substanzabusus. Aus kardialer Sicht liege ein komplikationsloser Verlauf seit der letzten Konsultation vor. Herzinsuffizienz-Zeichen beständen nicht. Klinisch sei der Versicherte kardiopulmonal kompensiert. Sportliche Aktivitäten dürfe er in moderaten Zügen wieder aufnehmen.

9. Mit Verlaufsbericht vom 27. Dezember 2019 informierte Dr. E.\_\_\_\_, dass aufgrund der Leistungsminderung mit Belastungsdyspnoe in den letzten Wochen und Monaten der Kraftaufbau sistiert worden sei. Entsprechend beständen wieder vermehrt Schmerzen im linken Bein. Die generelle Leistungsschwäche habe sich nunmehr in den letzten Wochen etwas gebessert. Der Versicherte nehme das Training wieder auf und unternehme voraussichtlich ab Februar 2020 wieder einen Arbeitsversuch.

10. Mit Bericht vom 9. März 2020 teilte Dr. C.\_\_\_\_ mit, dass sie den Versicherten letztmals am 5. Oktober 2019 gesehen habe. Am 13. September 2019 habe sie ihn wegen akuten atemabhängigen Schmerzen und Verdachts auf eine Lungenembolie notfallmässig ins Spital I.\_\_\_\_ überwiesen. In Bezug auf die Nierenproblematik sei die Prognose der IgA Glomerulonephritis grundsätzlich nicht ungünstig. Beim Versicherten sei die Ausgangssituation mit Hypertonie, bedeutender Proteinurie, Tubusatrophie und Fibrose sowie rezidivierenden Infekten etwas weniger gut. Die Arbeitsfähigkeit sei zurzeit kaum von der Niereninsuffizienz als vielmehr von der Herzinsuffizienz und der Schädigung des Nervus femoralis bestimmt.

11. RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ nahm am 5. Mai 2020 eine Neubeurteilung der medizinischen Situation vor. Er fasste zusammen, dass im Rahmen der Einwandbegründung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 23. Dezember 2019 insbesondere die Niereninsuffizienz thematisiert worden sei, ferner die damit verbundene Einschränkung der Schmerzmedikamente. Des Weiteren sei auf die neuen kardiologischen Befunde und Abklärungen hingewiesen worden. Es bleibe zu diskutieren, inwieweit die Niereninsuffizienz und ab 13. September 2019 die Herzinsuffizienz Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Diesbezüglich sei eine klärende Rückfrage bei Dr. C.\_\_\_\_ vorzunehmen. In Bezug auf die Herzproblematik seien die kardiologischen Verlaufsberichte einzuholen mit einer entsprechenden Leistungseinschätzung.

12. Dem Sprechstundenbericht der Abteilung Kardiologie des I.\_\_\_\_ vom 27. März 2020 (Untersuchung am 9. März 2020) ist zu entnehmen, dass der Versicherte seit der letzten Konsultation im Dezember 2019 eine soweit stabile körperliche Leistungsfähigkeit beschreibe, nur ab und zu habe er Atemnot. Seit drei Monaten trainiere er wieder moderat, seit letzter Woche fast täglich. Er verspüre keine Orthopnoe, keine Nykturie und keine Rhythmusstörungen und versichere, dass er seit ca. acht Monaten keine toxischen Substanzen mehr einnehmen würde. In einem weiteren Bericht vom 13. Mai 2020 an die IV-Stelle bestätigte der behandelnde Herzspezialist, dass aus kardialer Sicht eine Arbeitstätigkeit von 80 % - 100% möglich sei. Die Nachfrage bei Dr. C.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit ergab, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit aus nephrologischer Sicht zum heutigen Zeitpunkt zu 80 % arbeitsfähig sei (Bericht vom 3. Juni 2020).

13. Zur abschliessenden Beurteilung verlangte RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ noch den Verlaufsbericht der Kardiologie des I.\_\_\_\_ von Juli 2020. Die behandelnden Ärzte berichteten, dass eine transthorakale Echokardiographie sowie eine Spiroergometrie durchgeführt worden seien. Seit der letzten Konsultation vor vier Monaten beschreibe der Versicherte einen insgesamt kardial stabilen und komplikationslosen Verlauf bei guter körperlicher Leistungsfähigkeit und aktuell ohne Limitationen im Alltag. Bei hochgradigem Verdacht auf toxische Kardiopathie mit initial schwer eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion erfolge heute die Verlaufskontrolle unter ausgebauter Herzinsuffizienztherapie sowie bei Abstinenz von leistungssteigernden Substanzen. Es liege ein kardial komplikationsloser Verlauf bei guter körperlicher Leistungsfähigkeit vor. In der durchgeführten Spiroergometrie habe der Versicherte eine altersentsprechende, gute Leistung gezeigt. Der Belastungstest sei klinisch wie elektrisch unauffällig gewesen. Unter Belastung zeigten sich namentlich keine relevanten Rhythmusstörungen (vgl. Bericht vom 17. Juli 2020).

14. Im RAD-Bericht vom 10. Dezember 2020 ging Dr. B.\_\_\_\_ in Bezug auf die Gesundheitsverschlechterung schliesslich von folgenden Arbeitsunfähigkeiten aus:

13. September 2019	bis	17. Dezember 2019	100 %
18. Dezember 2019	bis	9. März 2020	50 %
ab 10. März 2020			20 %

15. Die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ basiert auf einer umfangreichen, fachärztlichen Dokumentation des Gesundheitszustandes. Die Frage ist, ob sie auch als Grundlage für die Beurteilung der Rentenfrage ausreichend ist. Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich nämlich vor, dass der medizinische Sachverhalt nicht hinreichend und beweisverwertbar abgeklärt worden sei, weshalb das tatsächliche Ausmass der Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht beurteilbar sei. So würden bei den Beurteilungen von RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2019 und 10. Dezember 2020 respektive den von ihm postulierten Arbeitsfähigkeiten in den von ihm genannten Zeiträumen im Umfang von 50 % bzw. 80 % die Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund stehen, weshalb die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lediglich auf Basis dieser Beeinträchtigungen erfolgt sei. Tatsache sei indessen, dass neben den Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat, kardiologische Probleme sowie eine Niereninsuffizienz

vorlägen, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Zu berücksichtigen sei ferner, dass er wegen seiner Nierenerkrankung, wenn überhaupt, nur ausgewählte und mengenmässig eingeschränkte Schmerzmedikamente gegen seine starken Beschwerden am Bewegungsapparat einnehmen dürfe, was wiederum Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit habe. Dieser Punkt sei bisher nicht berücksichtigt und auch nicht abgeklärt worden. Es bedürfe deshalb einer polydisziplinären Beurteilung der komplexen gesundheitlichen Situation.

16.1 Dem kann nicht gefolgt werden. Nach eingehender Würdigung der medizinischen Berichte lässt sich ein zuverlässiges Bild über den Gesundheitszustand und allfällige Wechselwirkungen der verschiedenen Krankheitsbilder erstellen. Im Vordergrund stehen sicher die Beschwerden am Bewegungsapparat. Der Heilverlauf war nach den Hüftoperationen schwierig und der Versicherte trug mit seiner Trainingsdisziplin viel dazu bei, wieder mobil zu werden. Unbestritten ist, dass er seine bisherige und jede andere schwere Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Gestützt auf die medizinischen Berichte erhob RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ ein Zumutbarkeitsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit, das im Grunde nicht hinterfragt wurde. In der Folge legte er nach dem medizinischen Verlauf und den entsprechenden ärztlichen Berichten die Arbeitsunfähigkeiten fest und zwar in einer ersten Phase aufgrund der Einschränkungen am Bewegungsapparat und in einer zweiten infolge der kardiologischen Beschwerden.

16.2 Die nephrologische Situation war den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ zufolge über die ganze Beurteilungsperiode hinweg stabil gewesen und eine Arbeitsunfähigkeit diesbezüglich und auch im Zusammenhang mit den Beschwerden am Bewegungsapparat wurde nie bescheinigt beziehungsweise die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 80 % bestätigt (vgl. Bericht vom 3. Juni 2020). Schon in den älteren Arztberichten wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Nierenerkrankung (IgA-Nephritis ED, passager mit nephrotischem Syndrom sowie chronischer Niereninsuffizienz [Stadium 3]) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, sondern vielmehr die Beschwerden am Bewegungsapparat (vgl. Berichte vom 7. Juli 2017 und 21. August 2017, 14. Juni 2018 sowie Begleitbrief vom 15. Juni 2018).

16.3 Soweit Dr. C.\_\_\_\_ Wechselwirkungen in ihrem Bericht vom 9. März 2020 zwischen der Nephropathie und den "schweren Herzrhythmusstörungen" nicht ausschloss, ist festzuhalten, dass Art und Ausmass solcher Wirkungen nicht näher beschrieben wurden. Sie erklärte vielmehr, dass die Arbeitsfähigkeit zurzeit kaum von der Niereninsuffizienz, sondern von der Herzinsuffizienz beeinflusst sei. Das sah auch Dr. B.\_\_\_\_ als gegeben, als er infolge der kardiologischen Problematik vom 13. September 2019 bis 17. Dezember 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, danach bis 9. März 2020 eine 50 %ige und ab 10. März 2020 eine 20%ige attestierte. Ferner ist nach dem kardiologischen Bericht vom 27. März 2020 davon auszugehen, dass die kardiale Situation stabil war und die körperliche Leistungsfähigkeit sich soweit normalisierte, dass der Versicherte wieder jeden Tag Sport treiben konnte. Schliesslich wurde eine Arbeitsfähigkeit von 80 % - 100 % vom behandelnden Kardiologen bestätigt (vgl. Bericht vom 13. Mai 2020). Von schweren Herzrhythmusstörungen kann folglich nach Genesung und Absetzung der Anabolika nicht mehr gesprochen werden, ebenso wenig von Wechselwirkungen, die nach Abklingen der akuten Phase die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit erschweren würden. Hier darf auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die Gesamtschau von

Dr. B.\_\_\_\_ abgestellt werden. Der RAD-Arzt geht in seinen Berichten ausdrücklich und eingehend auf die Frage ein, inwieweit die Niereninsuffizienz und ab 13. September 2019 die Herzinsuffizienz zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Dabei hat der RAD-Arzt beziehungsweise auf dessen Empfehlung die IV-Stelle klärende Rückfragen an die behandelnden Fachpersonen getätigt und jeweils mit einer Entscheidung zugewartet, wenn noch Verlaufsberichte ausstanden, die eine allfällige Änderung hätten bewirken können.

16.4 Der Vorwurf, dass Dr. B.\_\_\_\_ fachärztlich nicht geeignet sei, die medizinische Situation gesamthaft einzuschätzen, scheint auf den ersten Blick nicht unbegründet. Bei näherer Betrachtung verliert er jedoch an Gewicht. Dr. B.\_\_\_\_ ist Facharzt für Orthopädie und deshalb in der Lage, die Situation bezüglich Bewegungsapparat zu beurteilen. Auch nahm er diesbezüglich mit dem behandelnden Arzt Rücksprache. Als Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin ist Dr. B.\_\_\_\_ ausserdem ein Generalist, der fachübergreifend analysiert. Die Primärdiagnostik verbleibt dabei in den Spezialgebieten, die ganzheitliche Beurteilung mit allfälligen Wechselwirkungen verschiedener Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen liegt dagegen im Sachbereich des Rehabilitationsmediziners. In Bezug auf die kardiale und nephrologische Problematik hielt sich Dr. B.\_\_\_\_ an die Einschätzungen der behandelnden Spezialisten. Die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ ist deshalb nicht zu beanstanden.

16.5 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass unberücksichtigt geblieben sei, dass er infolge der Niereninsuffizienz nicht ausreichend Schmerzmedikamente einnehmen könne, um die Folgen der Hüftoperationen zu lindern. Seine Leistungsfähigkeit sei deshalb zusätzlich eingeschränkt. Dieser Sachverhalt wird in den zahlreichen medizinischen Unterlagen weder erwähnt noch diskutiert, selbst von Dr. C.\_\_\_\_ nicht, die neben ihrem Spezialgebiet der Nephrologie auch Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hausärztin des Beschwerdeführers ist und über die gesamte gesundheitliche Situation in Kenntnis war. Zur Linderung der Schmerzen im Hüftbereich wurden Infiltrationen verabreicht und im Austrittsbericht vom 9. Januar 2018 bezüglich Implantation der Hüft-Totalprothese steht zum Thema Medikamente, dass die hausärztlich verordnete Medikation während des Spitalaufenthaltes weitergeführt wurde. Aufgrund zunehmender Schmerzen wegen eines Hämatoms sei die Schmerztherapie in Zusammenarbeit mit dem Anästhesisten angepasst worden. Von einer eingeschränkten respektive der Nierenerkrankung angepassten Schmerzmedikation wird nicht berichtet. Insofern fehlen Hinweise für eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund einer unzureichenden Behandlung der Schmerzen am Bewegungsapparat.

16.6 Im Ergebnis sind die RAD-Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2019 und 10. Dezember 2020 als Basis für die Berechnung der Invalidenleistungen nicht zu beanstanden. Namentlich wurden die behandelnden Ärzte in die Beurteilung miteinbezogen und die Ergebnisse von Dr. B.\_\_\_\_ im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung gewertet. Zweifel an der medizinischen Würdigung und der Zumutbarkeitsbeurteilung bestehen nicht. Die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens erübrigt sich damit.

17.1 Raum für Interpretation lässt hingegen die der Verfügung zugrunde gelegte Berechnung der Arbeitsunfähigkeiten wegen der Einschränkungen am Bewegungsapparat (E. 6.6).

Unbestritten ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Automechaniker in Konsens mit der Klinik F.\_\_\_\_ seit dem 22. November 2016 100 % arbeitsunfähig. Bezüglich Verweistätigkeiten sind ferner die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit vom 22. November 2016 bis 27. März 2017 sowie die 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. März 2017 bis 19. Dezember 2017 ebenfalls nachvollziehbar, decken sie sich doch mit den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2019. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nach der Operation am 20. Dezember 2017 spricht Dr. E.\_\_\_\_ im selben Bericht von einer Verzögerung des Heilverlaufs und dass der Beschwerdeführer nicht wie geplant drei Monate nach der Operation seine Arbeit habe wieder aufnehmen können. Ob er damit die Tätigkeit als Automechaniker meinte, ist zwar nicht ganz klar, darf aber so verstanden werden, weil sich Dr. E.\_\_\_\_ in allen Verlaufsberichten nur zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit äusserte. Dr. B.\_\_\_\_ kam insofern zum Schluss, dass in der Kontrolluntersuchung in der Klinik F.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2018 und somit sieben Wochen nach der Operation soweit ein guter Verlauf beschrieben worden sei, dass sich der Versicherte ohne Gehstützen fortbewegen könne. Ab diesem Zeitpunkt sei wieder von einer Teilarbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Nach der Kontrolluntersuchung in der Klinik F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 sei von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Der Muskelaufbau im Bereich des Vastus lateralis sei langsam sichtbar. Das Hüftgelenk sei frei beweglich und indolent. Ab diesem Zeitpunkt sei unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Restsymptomatik von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Gemäss Auskunft von Dr. E.\_\_\_\_ wäre eine 80%ige Arbeitstätigkeit bereits ab Mitte / Ende Juni 2018 möglich gewesen. Kleine Variationen in Höhe und Dauer der jeweiligen Arbeitsunfähigkeiten könnten somit diskutiert werden, die Lösung, welche Dr. B.\_\_\_\_ präsentierte, ist aber alles in allem sachgerecht und plausibel. Ferner ist nicht davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit im Nachhinein genauer ermittelt werden könnte und überhaupt ein für den Versicherten vorteilhafteres Ergebnis resultieren würde.

17.2 Die Arbeitsunfähigkeiten infolge der kardialen Problematik ab 13. September 2019 sind von Dr. B.\_\_\_\_ in seinem RAD-Bericht vom 10. Dezember 2020 nachvollziehbar und in Berücksichtigung der fachärztlichen Berichte begründet, weshalb darauf verwiesen werden kann. Zusammenfassend kann folglich von folgenden Arbeitsunfähigkeitsphasen ausgegangen werden:

22. November 2016	bis	27. März 2017	100 %
28. März 2017	bis	19. Dezember 2017	50 %
20. Dezember 2017	bis	11. Februar 2018	100 %
12. Februar 2018	bis	14. Oktober 2018	50 %
15. Oktober 2018	bis	12. September 2019	20 %
13. September 2019	bis	17. Dezember 2019	100 %
18. Dezember 2019	bis	9. März 2020	50 %
ab 10. März 2020			20 %

17.3 Gestützt darauf berechnete die IV-Stelle mittels Einkommensvergleichs den Rentenanspruch des Beschwerdeführers und kam zum Schluss, dass dieser nach Ablauf des Wartjahres Anspruch auf eine befristete halbe Invalidenrente vom 1. November 2017 bis 31. Januar

2019 und vom 1. September 2019 bis 31. März 2020 Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente habe. In der Vernehmlassung vom 18. November 2019 räumte die IV-Stelle ein, dass gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV aufgrund der dreimonatigen Karenzfrist die Bezugsfrist erst per 30. Juni 2020 ende, weshalb der Versicherte bis zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe.

18.1 Beim Einkommensvergleich stützte sich die IV-Stelle sowohl in Bezug auf das Valideneinkommen als auch in Bezug auf das Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne der LSE 2016. Für die Bemessung des Valideneinkommens berücksichtigte sie die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor Reparatur von Motorfahrzeugen (45-46), Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, Fr. 5'178.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Anpassung des Monatslohnes an die Nominallohnentwicklung von 0,4 % und Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.9 Stunden mal 12 resultierte ein jährliches Einkommen von Fr. 65'348.--.

18.2 Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, das Kompetenzniveau 1 sei zu tief. Er führe seit 2014 eine eigene Autowerkstatt und diese Tätigkeit beinhalte neben der inzwischen auch notwendigen Personalführung auch Rechnungstellung, Buchhaltung, Einkauf, Bestellung von Ersatzteilen, Betriebsplanung, Akquisition und Kundenbetreuung. Entsprechend sei von Kompetenzniveau 3 auszugehen, namentlich wegen der komplexen, praktischen Tätigkeit, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetze. Die IV-Stelle hielt dagegen, dass der Beschwerdeführer ursprünglich eine Berufslehre als Maurer absolviert habe. Bis vor kurzem sei er in der berufsfremden Automobilbranche selbständig erwerbend gewesen. Eine Tätigkeit in Kompetenzniveau 3 erscheine demnach aufgrund seiner beruflichen Laufbahn als unwahrscheinlich. So fehle ihm einerseits die entsprechende Berufsausbildung, andererseits habe er während seiner Tätigkeit als Selbständigerwerbender für administrative Aufgaben einen Treuhänder beauftragt und ergänzend auch einen Betriebsmitarbeiter angestellt, an welchen der Versicherte komplexe Tätigkeiten delegiert habe.

18.3 Der Beschwerdeführer hat zwar keine Ausbildung als Automechaniker, er verfügt aber doch über Spezialkenntnisse in diesem Bereich, was zu berücksichtigen ist. Ferner ist die Tatsache, dass er Teile der Administration ausgliederte, für Handwerker nicht aussergewöhnlich, sondern vernünftig. Der Versicherte ist weiter aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage, schwere und mittelschwere Arbeiten auszuführen, weshalb die Einstellung eines Betriebsmitarbeiters eine logische Folge darstellt. Die Tätigkeit des Beschwerdeführers entspricht zwar nicht dem Kompetenzniveau 3. Die Anwendung von Kompetenzniveau 1 wird ihm jedoch nicht gerecht. Angemessen erscheint, die Tätigkeit des Versicherten in Kompetenzniveau 2 anzusiedeln, was zur Folge hat, dass das Valideneinkommen auf Fr. 70'295.-- (12 x Fr. 5'570.--, umgerechnet auf wöchentlich 41.9 Stunden sowie Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 0,4 %) zu heben ist.

18.4 Beim Invalidenlohn stützte sich die IV-Stelle auf Tabelle TA 1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, Fr. 5'340.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 0,4 % und Umrechnung

auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden mal 12 resultierte ein Jahreseinkommen von Fr. 67'071.-- für ein Vollpensum. Diese Berechnung wird grundsätzlich nicht bestritten. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer angeführte wissenschaftliche Diskussion und Kritik bezüglich Anwendung der LSE-Tabellenlöhne ist auf das zwischenzeitlich ergangene Grundsatzurteil des Bundesgerichts vom 9. März 2022 (BGE 148 V 174) zu verweisen, wonach die bisherige Rechtsprechung zur Anwendung der LSE-Tabellenlöhne und zur Berechnung des leidensbedingten Abzuges bestätigt wurde.

18.5.1 Der Beschwerdeführer macht schliesslich geltend, dass der leidensbedingte Abzug vom Invalidenlohn in Höhe von 5 % zu tief sei. Vielmehr sei ein solcher von 10 % gerechtfertigt.

18.5.2 Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2017, 8C\_114/2017, E. 3.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/bb-cc).

18.5.3 Die Erhöhung des leidensbedingten Abzuges von 5 % auf 10 % lehnte die IV-Stelle ab mit der Begründung, dass die eingeschränkte funktionelle Leistungsfähigkeit bereits mit dem reduzierten Pensum von 80 % abgegolten und mit dem zusätzlichen Abzug von 5 % vom Tabellenlohn den erwerblichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers entsprochen worden sei. Diese Schlussfolgerung scheint nicht verkehrt zu sein. Letztlich kann die Diskussion aber offen bleiben, denn selbst mit einem leidensbedingten Abzug von 10 % resultiert in der Zeit vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 keine höhere als eine halbe Invalidenrente. Ferner bleibt in den Phasen der 80%igen Arbeitsfähigkeit der Invaliditätsgrad unter 40 %, womit kein Rentenanspruch besteht. Setzt man nämlich das Valideneinkommen von Fr. 70'295.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 30'182.-- (für ein 50 %-Pensum mit einem leidensbedingten Abzug von 10 %) gegenüber, resultiert ein Invaliditätsgrad von 57 %. Bei einem Pensum von 80 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 48'291.-- (mit einem leidensbedingten Abzug von 10 %) und ein rentenausschiessender Invaliditätsgrad von 31 %.

19. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich die Korrektur in Bezug auf das Kompetenzniveau sowie eine allfällige Erhöhung des leidensbedingten Abzuges auf 10 % nicht auf das Rentenergebnis auswirkt. Die Beschwerde ist jedoch insoweit teilweise gutzuheissen, als dass der Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bis 30. Juni 2020 hat. Darüber hinaus ist sie abzuweisen.

20.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor

dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer nur zu einem geringen Teil mit seinen Begehren durchgedrungen. Entsprechend rechtfertigt es sich, die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- zwischen den Parteien aufzuteilen und zwar so, dass der IV-Stelle Fr. 200.-- auferlegt werden und dem Beschwerdeführer Fr. 600.--. Der Anteil des Beschwerdeführers wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- verrechnet und die Differenz von Fr. 200.-- wird ihm zurückerstattet.

20.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Somit ist dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer eine entsprechende Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'109.30 (4 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 30.-- [3 % von Fr. 1'000.--] und 7.7 % Mehrwertsteuer) zulasten der IV-Stelle zuzusprechen.



Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 5. Juli 2021 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch hat auf eine halbe Invalidenrente vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2019 und auf eine ganze Invalidenrente vom 1. September 2019 bis 30. Juni 2020. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden im Umfang von Fr. 200.-- der IV-Stelle Basel-Landschaft und im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer auferlegt. Der Anteil des Beschwerdeführers wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet und die Differenz von Fr. 200.-- zurückerstattet.
  3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'109.30 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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