



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

**vom 9. Januar 2020 (720 17 351 / 02)**

---

**Invalidenversicherung**

**Beweiskraft der Aktenbeurteilung durch den RAD; Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vor Zusprache einer befristeten Rente**

\_\_\_\_\_ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin i.V. Esther Zäch

\_\_\_\_\_ Parteien **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

\_\_\_\_\_ Betreff IV-Rente

A. Der 1956 geborene A.\_\_\_\_ war seit dem Jahr 1995 bei der B.\_\_\_\_ AG als Mitarbeiter Lager und Spedition arbeitstätig. Am 4. Februar 2015 verunfallte er bei der Arbeit, wobei er seinen rechten Fuss zwischen zwei Staplern einklemmte. Er war zunächst zu 100 %, später zu 50 % arbeitsunfähig. Mit Gesuch vom 24. August 2015 (Eingang) meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Während der Genesungsphase erlitt er am 22. Dezember 2015 einen Herzinfarkt, welcher wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zur Folge hatte. Die Suva, bei der er obligatorisch unfallversichert war, entrichtete die

gesetzlichen Leistungen, wobei sie diese mit Verfügung vom 23. Mai 2016 per 13. Juni 2016 einstellte. Sie begründete die Leistungseinstellung damit, dass die bestehenden Beschwerden am rechten Fuss/Fussgelenk nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Am 27. Juni 2016 kündigte die Arbeitgeberin dem Versicherten die Arbeitsstelle per 31. Dezember 2016.

Am 1. Oktober 2015 fand zwischen der IV-Stelle und dem Versicherten ein Gespräch betreffend Assessment und Eingliederungsplan statt. Die IV-Stelle teilte ihm am 22. Januar 2016 mit, die Eingliederungsmassnahmen seien abgeschlossen und das Dossier werde zur Prüfung etwaiger Ansprüche weitergeleitet. Mit Verfügung vom 18. September 2017 sprach sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren dem Versicherten für die ersten drei Monate nach Ablauf des Wartjahres, also ab dem 1. Februar 2016, eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. Mai 2016 eine bis zum 31. August 2016 befristete ganze Rente zu. Weiter wurde eine Verrechnung von zu Unrecht bezogenen Leistungen der Ehefrau des Versicherten in der Höhe von Fr. 8'800.-- vorgenommen.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, mit Eingabe vom 18. Oktober 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und stellte die Rechtsbegehren, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. September 2017 sei aufzuheben und es sei ihm auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente zuzusprechen. Zudem stellte er den Verfahrensantrag, es sei ihm Frist zur Einreichung einer ergänzenden Beschwerdebegründung zu gewähren. In der ergänzenden Beschwerdebegründung vom 20. November 2017 stellte der Beschwerdeführer zusätzlich den Verfahrensantrag, das Verfahren sei bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens betreffend Rückforderung von Rentenleistungen zugunsten seiner Ehefrau zu sistieren.

C. Mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 8. Dezember 2017 wurde diesem Antrag stattgegeben und das Verfahren sistiert. Nachdem die Ausgleichskasse Basel-Landschaft die Rückforderung gegen die Ehefrau des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 11. Juni 2019 erlassen hatte, wurde die Verfahrenssistierung vom Kantonsgericht mit Verfügung vom 8. Juli 2019 aufgehoben.

D. Mit Vernehmlassung vom 9. August 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin betreffend den materiellen Rentenanspruch die Abweisung der Beschwerde. Hinsichtlich des Verrechnungsverzichts könne gestützt auf die Stellungnahme der Ausgleichskasse Basel-Landschaft dem Antrag des Beschwerdeführers gefolgt werden.

E. Mit Eingabe vom 4. November 2019 hielt der Beschwerdeführer an seinem Standpunkt fest und machte geltend, die Beschwerdegegnerin sei auf dem Verzicht der Verrechnung zu behaften.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird – soweit für die Beurteilung notwendig – in den Erwägungen eingegangen.

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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 18. Oktober 2017 ist demnach einzutreten.

2. Vorab ist auf die in der angefochtenen Verfügung enthaltene Verrechnung von zu Unrecht bezogenen Leistungen der Ehefrau des Beschwerdeführers in der Höhe von Fr. 8'800.-- einzugehen. Die Ausgleichskasse Basel-Landschaft führte diesbezüglich in ihrer Stellungnahme vom 30. Juli 2019 aus, die Verrechnung der Rückforderung mit der Nachzahlung auf der IV-Rente des Ehegatten in der Höhe von Fr. 8'800.-- sollte erlassen werden, worauf die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung vom 9. August 2019 eine Gutheissung in diesem Punkt beantragte. Aufgrund dieser Entwicklung des Sachverhalts kann somit diesem Begehren des Beschwerdeführers stattgegeben werden. Auf die Verrechnung der Rentenleistungen ist zu verzichten.

3. Zu prüfen bleibt der Antrag des Beschwerdeführers, es sei ihm auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente zuzusprechen.

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

4.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach

Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.3 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.

4.4 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, BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2a und b).

4.5 Die Rentenhöhe schliesslich ist sowohl vom Ausmass der nach Ablauf der Wartezeit weiterhin bestehenden Erwerbsunfähigkeit als auch von einem entsprechend hohen Grad der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des vorangegangenen Jahres abhängig. Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Mai 2011, 9C\_996/2010, E. 7.1, BGE 121 V 264 E. 6b/cc, 105 V 156 E. 2c/d). Somit kommt eine ganze Rente erst in Betracht, wenn der Versicherte während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 70 % arbeitsunfähig gewesen und weiterhin wenigstens im gleichen Umfang invalid im Sinne von Art. 28 Abs. 2 IVG ist (Urteile des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 9C\_659/2015, E. 3.1 und vom 2. Dezember 2008, 9C\_718/2008, E. 4.1.1).

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach

ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarer-weise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.3 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4.2, Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.1).

5.4 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte gehören –, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7, zum

Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C\_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

5.5 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 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6.1 Bei der Würdigung des vorliegenden medizinischen Sachverhalts sind insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

6.2 In der ambulanten Behandlung vom 4. Februar 2015 im Spital C.\_\_\_\_, Interdisziplinäre Notfallstation, wurde beim Versicherten ein Hämatom nach Direktkontusion über der Tibialis posterior Sehne rechts diagnostiziert. Nach der Röntgenuntersuchung zeigten sich kein Hinweis für eine Fraktur, jedoch Weichteilverkalkungen im Bereich des Malleolus medialis mit diskreten degenerativen Veränderungen des Os naviculare.

6.3 In der Nachkontrolle vom 16. Februar 2015 im Spital C.\_\_\_\_ stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen stark geschwollenen Fuss mit einem Hämatom medial und lateral unter den Malleoli fest. Der Bandapparat sei aufgrund der Schmerzen nicht konklusiv beurteilbar. Die Beweglichkeit im OSG (Oberes Sprunggelenk) sei schmerzbedingt eingeschränkt mit Plantarflexion/Dorsalextension 15/0/10°. Die Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien peripher intakt.

6.4 Beim Kontrolltermin im Spital C.\_\_\_\_ vom 16. März 2015 stellte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein wenig geschwollenes OSG rechts fest. Das Hämatom medial und lateral unter dem Malleolus sei abgeheilt und der Bandapparat stabil. Die Beweglichkeit im OSG liege beidseits bei 15/0/10°, Plantarflexion/Dorsalextension seien symmetrisch. Vollbelastung und Gang seien möglich. Über der Ferse bestehe eine Druckdolenz. Ansonsten liege ein unauffälliger Fussstatus vor.

6.5 In der Sprechstunde vom 4. Mai 2015 im Spital C.\_\_\_\_ diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ eine Fasciitis plantaris rechts mit/bei einem Quetschtrauma des OSG rechts vom 4. Februar 2015 sowie eine chronische Lumboischialgie ohne sensomotorische Defizite. Das Gangbild sei hinkfrei und flüssig. Am rechten Fuss liege keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung vor. Es liege eine Druckdolenz im Bereich der Insertion der Plantarfaszie im Tuber calcanei vor, welche sich durch eine Dorsalextension der Zehen verstärke. Die Beweglichkeit des OSG sei gut und

schmerzfrei mit Dorsalextension/Plantarflexion 20/0/30°. Die Durchblutung und Sensibilität seien intakt.

6.6 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Juni 2015 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, fest, dass knapp vier Monate nach dem Unfallereignis noch eine unspezifische Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Rückfusses medial und lateral sowie eine exquisite Druckdolenz im Bereich der Insertion der Plantarfascie am Tuber calcanei bei freier OSG- und USG-Beweglichkeit vorliege. Die klinischen Beschwerden könnten im Sinne einer posttraumatischen Fasciitis plantaris sowie Residualbeschwerden nach einem Einklemmungstrauma des rechten Fusses zwischen zwei Gabelstaplern gedeutet werden. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Lagermitarbeiter gemäss Tätigkeitsprofil vom 24. März 2015 liege bei 50 %. Eine weitere Steigerung auf 100 % sei nach Ablauf der nächsten vier Wochen zu erwarten.

6.7 Am 17. August 2015 fand eine weitere Sprechstunde im Spital C.\_\_\_\_ bei Dr. D.\_\_\_\_ statt. Dieser stellte ein hinkfreies und flüssiges Gangbild fest. Am rechten Fuss gebe es keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Eine Druckdolenz liege mediallyseitig im Bereich der Ferse sowie im Verlauf der Plantarfascie des rechten Fusses vor. Im Bereich des OSG und Vorfusses gebe es keine Druckschmerzen. Die Achillessehne und der Gastrocnemius-Komplex seien deutlich verkürzt. Ansonsten sei der Fussstatus unauffällig.

6.8 Anlässlich einer MRT vom 2. November 2015 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Radiologie, weitgehend reizlose Verhältnisse im Ansatz der plantaren Faszie am Calcaneus und auch keinen sichtbaren Fersensporen fest. Es bestehe eine initiale Arthrose im Grosszehengrundgelenk sowie fibroostotische Veränderungen im Ansatz der sonst unauffälligen intakten Achillessehne.

6.9 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 23. November 2015 ging Dr. F.\_\_\_\_ von einer zumindest teilkausalen Verursachung der Plantarfasziitis durch das Quetschtrauma vom 4. Februar 2015 aus. Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeitsdauer bzw. der Teilarbeitsfähigkeit von 50 % bat er die Klinik H.\_\_\_\_, den Versicherten zu einer Reha-Triage anzubieten.

6.10 Im Dezember 2015 erlitt der Versicherte einen Herzinfarkt, weswegen er vom 21. Dezember 2015 bis 27. Dezember 2015 im Spital I.\_\_\_\_ hospitalisiert war. Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Intensivmedizin und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Austrittsbericht vom 7. Januar 2016 als Hauptdiagnose ein NSTEMI bei koronarer 3-Gefässerkrankung. Im Verlauf sei der Versicherte mit niedrigdosiertem Paracetamol beschwerdefrei gewesen und habe problemlos mobilisiert werden können. Bei im Verlauf normokardem Herzrhythmus sei niedrig-dosiert ein Beta-blocker begonnen worden. Die im Verlauf passager angestiegenen Entzündungsparameter seien im Rahmen der zweimaligen Katheterintervention und des Stentings interpretiert worden. Die Kontrollechokardiographie habe einen unauffälligen Befund gezeigt. Daraufhin absolvierte der Versicherte vom 18. Januar 2016 bis 21. März 2016 eine ambulante kardiologische Rehabilitation in der Praxis K.\_\_\_\_.

6.11 Anlässlich einer Sprechstunde im Spital C.\_\_\_\_ am 24. Februar 2016 stellte Dr. D.\_\_\_\_ ein hinkfreies und flüssiges Gangbild im Barfussgang fest. Im rechten Fuss im Bereich des Ansatzes der Plantarfaszie bestehe noch immer eine Druckdolenz und die Gastrocnemius Muskulatur sei verkürzt. Ansonsten sei die Untersuchung des Fusses unauffällig gewesen.

6.12 Mit Austrittsbericht vom 27. April 2016 orientierte die Klinik H.\_\_\_\_ über den stationären Aufenthalt, den der Versicherte vom 23. März 2016 bis 27. April 2016 in der genannten Klinik absolviert hatte. Sie diagnostizierte ein Quetschtrauma des rechten OSG mit Hämatom über der Tibialis posterior Sehne, eine chronische Lumboischialgie ohne sensomotorisches Defizit (unfallfremd) sowie eine koronare 3-Gefässerkrankung mit Belastungsdyspnoe NYHA II und AP CCS 2. Bezüglich der Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Speditionsmitarbeiter wurde aus unfallkausaler Sicht festgehalten, dass eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, sofern keine schweren Lasten gehoben werden müssten. Es wurden eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 2. Mai 2016, 25 % ab 23. Mai 2016 und 0 % ab 13. Juni 2016 attestiert. Für andere berufliche Tätigkeiten wurde ausgeführt, dass hinsichtlich des rechten Fusses nur wechselbelastende Tätigkeiten möglich seien. Das Stehen und Gehen sei am Stück maximal 1,5 Stunden möglich. Längere Arbeiten in der Hocke sowie häufiges Treppen und/oder Leitern steigen seien nicht zumutbar. Unter zusätzlicher Berücksichtigung unfallfremder Probleme (LWS-Beschwerden auf der Basis von degenerativen Veränderungen) erscheine mindestens eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Arbeit in länger dauernd vorgeneigter und/oder verdrehter Position zumutbar.

6.13 Im Bericht vom 8. November 2016 (Eingang) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und Allgemeinnere Medizin, fest, die koronare 3-Gefässerkrankung sei eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem sei die Prognose gut.

6.14 Am 28. Februar 2017 stellte der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Arbeitsmedizin, im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie im Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 27. April 2016. Auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit stellte er auf diesen Bericht ab, indem er dem Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Lager und Spedition eine Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2016 von 50 %, ab 23. Mai 2016 von 25 % und ab 13. Juni 2016 von 0 % attestierte. Gemäss dem leidensangepassten Anforderungsprofil sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig für körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende rückenadaptierte Arbeiten ohne längere Arbeiten in der Hocke, ohne häufiges Treppensteigen oder häufiges Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne längeres Vorneüberbeugen, ohne längere Rumpfwangshaltungen, ohne länger dauernde Rumpfdrehungen sowie maximal 1,5 Stunden Gehen/Stehen am Stück. Schliesslich hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, dass auch die unfallunabhängigen Diagnosen im Belastungsprofil berücksichtigt worden seien. Die Einschätzung der Klinik H.\_\_\_\_ könne übernommen werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich.

6.15 Nachdem der damalige Vertreter des Beschwerdeführers bemängelt hatte, dass zu wenig abgeklärt worden sei, nahm Dr. M.\_\_\_\_ am 10. August 2017 erneut Stellung. Er führte aus, der RAD habe in seiner Beurteilung vom 28. Februar 2017 die in Bezug auf das Herz und die Fuss- und Rückenproblematik völlig ausreichenden Untersuchungen und die Abschlussberichte der Praxis K.\_\_\_\_ sowie der Klinik H.\_\_\_\_ gewürdigt und die Beurteilungen der behandelnden

Ärzte übernommen, weil diese durch die Befundlage erklärbar und nachvollziehbar gewesen seien. Es gebe zudem keinen Hinweis, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem 13. Juni 2016 verschlechtert hätte. Ein Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom Oktober 2016 belege überdies einen gleich gebliebenen kardialen Zustand.

7.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat.

7.2 Die Beschwerdegegnerin hält in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2017 fest, die medizinischen Abklärungen seien ausreichend. Sie stützt sich insbesondere auf die Abschlussberichte der Praxis K.\_\_\_\_ sowie der Klinik H.\_\_\_\_. Diese seien im RAD-Bericht vom 28. Februar 2017 gewürdigt und die Beurteilungen der behandelnden Ärzte übernommen worden. Es sei kein Hinweis oder Nachweis vorgebracht worden, welcher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 13. Juni 2016 belegen würde. Zudem belege Dr. L.\_\_\_\_ als Kardiologe in seinem Bericht vom Oktober 2016 einen gleich gebliebenen kardialen Zustand.

7.3 Der Beschwerdeführer bringt hingegen in seiner Beschwerde vom 18. Oktober 2017 sowie der Beschwerdebegründung vom 20. November 2017 diesbezüglich vor, der Gesundheitszustand habe sich nach dem 31. August 2016 nicht verbessert. Die Beschwerdegegnerin habe keinerlei medizinische Begutachtung angeordnet. Die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit basiere einzig auf einer Aktenbeurteilung durch den RAD. Zudem beziehe sich der RAD im Wesentlichen auf den Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_. Der dortige Aufenthalt des Beschwerdeführers sei jedoch einzig wegen der unfallbedingten Verletzung des rechten Fusses erfolgt. Die anderen gesundheitlichen Probleme stünden in keinem Zusammenhang mit dem Unfall und hätten dementsprechend durch die Suva nicht berücksichtigt werden müssen. Der grösste Teil der gesundheitlichen Beschwerden sei nie gutachterlich beurteilt worden. Unter diesen Umständen sei eine reine Aktenbeurteilung durch den RAD unzulässig. Der medizinische Sachverhalt erweise sich somit als ungenügend abgeklärt, weshalb ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten anzuordnen sei.

7.4 Wie in Erwägung 5.4 hiavor erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Der reinen Aktenbeurteilung kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktenbeurteilungen sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einer Aktenbeurteilung das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C\_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Es sind allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen

im vorliegenden Fall nicht vor. Es liegen keine dem RAD-Bericht vom 28. Februar 2017 widersprechenden ärztlichen Berichte vor. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers werden in diesem Bericht – sowie in der Beurteilung der Klinik H.\_\_\_\_ – die unfallfremden Befunde aufgelistet und gewürdigt. Bezüglich der Einschätzungen durch die Klinik H.\_\_\_\_ ist zu beachten, dass diese aufgrund eines mehr als 1-monatigen Aufenthalts vom 23. März 2016 bis 27. April 2016 und aufgrund eigener Untersuchungen erfolgten. Die Beurteilung durch Dr. M.\_\_\_\_ erweist sich somit als umfassend. Ferner weist sie weder formale noch inhaltliche Mängel auf, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und nimmt insbesondere eine hinreichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor.

7.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin auf den RAD-Bericht bzw. die Einschätzung der Suva abstellen durfte und nicht verpflichtet war, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

8.1 Im Weiteren ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2016 zu Recht eine Dreiviertelrente – und nicht, wie vom Beschwerdeführer begehrt, eine ganze Rente – zugesprochen hat.

8.2 Der Beschwerdeführer verweist diesbezüglich auf das Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 8C\_690/2012, und führt aus, dass es sich vorliegend um eine erstmalige Rentenfestsetzung handle und deshalb Art. 88a Abs. 2 IVV nicht zur Anwendung gelangen könne.

8.3 Die Beschwerdegegnerin bringt hiergegen vor, nach Ablauf des Wartejahres könne eine ganze Rente nur dann zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Wartejahr mindestens 70 % betragen habe und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass bestehe.

8.4 Wie in Erwägung 4.5 hiavor ausgeführt, müssen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann. Dies bedeutet, dass im vorliegenden Fall im Wartejahr eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % vorliegen müsste, damit eine ganze Rente zugesprochen werden könnte. Die Beschwerdegegnerin ging von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit im Wartejahr von 65 % aus. Sie hat die Berechnung zwar nicht offengelegt, jedoch erscheint diese – mit Verweis auf die Aufstellung der Arbeitsunfähigkeit im RAD-Bericht vom 27. Februar 2017 – als nachvollziehbar. Überdies wurde diese Berechnung vom Beschwerdeführer nicht weiter bestritten. Der Versicherte hat folglich ab 1. Februar 2016 keinen Anspruch auf eine ganze Rente.

8.5 Das Argument des Beschwerdeführers, dass Art. 88a Abs. 2 IVV nicht zur Anwendung gelangen könne, überzeugt nicht. Zwar wird im Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2013,

8C\_690/2012, E. 3.2 festgehalten, dass Art. 88a Abs. 2 IVV bei der erstmaligen Rentenfestsetzung nicht zur Anwendung gelange. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine erstmalige Rentenfestsetzung. Damit ab dem 1. Februar 2016 eine ganze Rente zugesprochen werden könnte, müsste jedoch wie bereits erwähnt im Wartejahr eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % vorliegen. Diese Voraussetzung ist in diesem Fall nicht erfüllt.

8.6 Somit ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2016 lediglich einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

9.1 Schliesslich wird gegen den Einkommensvergleich eingewendet, dass die Beschwerdegegnerin einen zu tiefen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen vorgenommen habe. Das Valideneinkommen wird nicht bestritten. Es ergeben sich aus den Akten überdies keine Hinweise, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre. Somit erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit der durch die Beschwerdegegnerin festgelegten Höhe des Valideneinkommens.

9.2 Zu prüfen bleibt die Höhe des Invalideneinkommens. Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der angefochtenen Verfügung das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabelle TA1, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit errechnete sie ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 66'453.--. Diese Berechnung bestreitet der Beschwerdeführer nicht und es gibt keine Anhaltspunkte, dass eine andere Berechnung vorzunehmen wäre. Einzig streitig und zu prüfen ist somit die Höhe des leidensbedingten Abzuges, welchen die Beschwerdegegnerin ab dem 2. Mai 2016 auf 10 % und ab dem 23. Mai 2016 auf 5 % festsetzte.

9.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit 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 die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem 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). Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns, da der Tabellenlohn gemäss der LSE-Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2017, 8C\_381/2017, E. 4.2.2).

9.4 Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich vor, der leidensbedingte Abzug von 10 % ab 2. Mai 2016 bzw. 5 % ab 23. Mai 2016 sei zu tief. Insbesondere sei zu berücksichtigen, dass er

auch im Rahmen der angeblich noch bestehenden Restarbeitsfähigkeit für eine Vielzahl von Tätigkeiten, die sich im statistischen Lohn abbilden würden, vollständig arbeitsunfähig sei.

9.5 Die Beschwerdegegnerin entgegnet, der gewährte leidensbedingte Abzug berücksichtige in erster Linie den gemäss den LSE-Tabellen zu gewährenden Abzug, wenn nur noch Teilzeitarbeit ausgeübt werden könne. Nachdem sich das zumutbare Pensum per 23. Mai 2016 auf 75 % gesteigert habe, rechtfertige sich auch eine Reduzierung des leidensbedingten Abzuges. Dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar seien, rechtfertige keinen zusätzlichen leidensbedingten Abzug.

9.6 Gemäss dem leidensangepassten Anforderungsprofil im RAD-Bericht vom 28. Februar 2017 ist der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig für körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende rückenadaptierte Arbeiten (vgl. für das ausführliche Anforderungsprofil E. 6.14). Das ärztlich umschriebene Anforderungsprofil schränkt seine Einsatzmöglichkeiten im niedrigsten Anforderungsprofil 1 nur mässig ein. Wie bereits hiervoor in E. 9.3 erwähnt, führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Sonstige Umstände, welche einen weiteren Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich. Unter gebotener gesamthafter Berücksichtigung aller Aspekte erscheint ein Abzug von 10 % bzw. 5 %, wie ihn die Beschwerdegegnerin vorgenommen hat, daher als angemessen.

10.1 Schliesslich ist die Frage zu klären, ob die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit direkt verwertbar ist oder ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind.

10.2 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a). Nach der Rechtsprechung sind bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 141 V 5 E. 4.1, Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2018, 8C\_582/2017, E. 6.3 mit weiteren Hinweisen und vom 26. April 2011, 9C\_228/2010, E. 3.3). Dies gilt auch, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (BGE 145 V 209 E. 5.4). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast

dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2018, 8C\_582/2017, E. 6.3 mit weiteren Hinweisen). Entzieht oder widersetzt sich die versicherte Person Eingliederungsmassnahmen, können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Vorausgesetzt ist immerhin, dass die IV-Stelle zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat (Art. 21 Abs. 4 ATSG i.V.m. Art. 7b IVG, Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2017, 9C\_525/2017, E. 3.5).

10.3 Die Beschwerdegegnerin prüfte nach dem Unfall des Beschwerdeführers Eingliederungsmassnahmen. Am 1. Oktober 2015 fand zwischen der IV-Stelle und dem Versicherten ein Gespräch betreffend Assessment und Eingliederungsplan statt. Nachdem der Versicherte am 22. Dezember 2015 einen Herzinfarkt erlitten hatte, war er bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig und Eingliederungsmassnahmen konnten demzufolge nicht eingeleitet werden. In der Folge teilte die IV-Stelle ihm mit Bericht vom 22. Januar 2016 mit, dass die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen seien und das Dossier zur Prüfung etwaiger Ansprüche weitergeleitet werde. Am 18. September 2017 wurde die Verfügung betreffend die befristete Zusprache einer Rente erlassen. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass nach der kardialen Rehabilitation und dem stationären Aufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_\_ vor der befristeten Rentenzusprache erneut Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind oder der Versicherte sich zumutbaren Eingliederungsmassnahmen entzogen oder widersetzt hat.

10.4 Das Bundesgericht lässt offen, ob der Zeitpunkt der Verfügung selbst, derjenige der darin verfügten Rentenabstufung bzw. -aufhebung oder jener des Feststehens der entsprechenden medizinischen Zumutbarkeit als massgeblicher Zeitpunkt für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres gelten soll (BGE 145 V 209 E. 5.4). Im vorliegenden Fall kann dies ebenfalls offenbleiben, da der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2011 das 55. Altersjahr zurückgelegt hat, womit er die Schwelle in jedem Fall überschritten hat. Des Weiteren sind keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche den Schluss zulassen, er könne sich trotz seines fortgeschrittenen Alters ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Im vorliegenden Fall wurde zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und Abstufung befunden. Nach der jüngsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 145 V 209, E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2019, 9C\_574/2019, E. 3.2) sind auch in einem solchen Fall – bei Erfüllen der weiteren Voraussetzungen – vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Die Rentenbefristung auf Ende August 2016 war somit unzulässig. Es obliegt der Beschwerdegegnerin, die beruflichen Eingliederungsmassnahmen wiederaufzunehmen und anschliessend erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juni 2019, 8C\_119/2019, E. 3.2, vom 22. März 2018, 8C\_582/2017, E. 6.4 und vom 30. Oktober 2017, 9C\_525/2017, E. 3.6 und 3.7). Bis dahin hat der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Ausrichtung der IV-Rente. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

11.1 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. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei

Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt, und der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

11.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 22. November 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 8,25 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Diesen Stundenansatz hat denn der Rechtsvertreter in seiner Honorarnote auch ausgewiesen. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die Auslagen von Fr. 98.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung gemäss seiner Honorarnote in der Höhe von Fr. 2'326.80 (8,25 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 98.-- zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verrechnung der Rentenleistungen wie auch die Befristung der Rente aufgehoben werden und die Angelegenheit zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
  3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'326.80 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.