



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Januar 2014 (720 13 245 / 24)

Invalidenversicherung

IV-Rente / Würdigung des medizinischen Sachverhaltes

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.____ war seit Mitte August 2004 als Bodenleger bei der B.____ GmbH angestellt und in dieser Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 24. September 2009 zog sich A.____ beim Abräumen einer Baustelle eine Verletzung am linken Kniegelenk zu. Nachdem die SUVA nach Eingang der Unfallmeldung für die Heilungskosten aufgekommen war und Taggeldzahlungen entsprechend der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit geleistet hatte, sprach sie A.____ mit Verfügung vom 10. Januar 2013 für die verbleibenden

Unfallfolgen mit Wirkung ab 1. Januar 2013 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 15 % sowie eine auf einer Integritätseinbusse von 10 % basierende Integritätsentschädigung zu. Daran hielt die SUVA auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2013 fest. Gegen diesen Entscheid erhob A._____ Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Die betreffende Beschwerde (Verfahren Nr. 725 13 236) gelangt ebenfalls anlässlich der heutigen Sitzung des Kantonsgerichts zur Beurteilung, wobei in dieser unfallversicherungsrechtlichen Angelegenheit ein separater Entscheid ergehen wird.

Am 28. Juli 2010 hatte sich A._____ unter Hinweis auf die Unfallfolgen auch bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen angemeldet. In der Folge klärte die IV-Stelle Basel-Landschaft die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab, wobei sie ab 24. September 2010 (Ablauf des Wartejahres) einen Invaliditätsgrad von 100 % und ab 22. August 2012 einen solchen von 24 % ermittelte. Gestützt auf diese Ergebnisse sprach die IV-Stelle A._____ nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 11. Juni 2013 für den Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis 30. November 2012 eine befristete ganze Rente zu. Gleichzeitig lehnte sie einen weiteren Rentenanspruch ab 1. Dezember 2012 ab. In Bezug auf den Rentenbeginn wies die IV-Stelle den Versicherten darauf hin, dass das Wartejahr zwar per 24. September 2010 abgelaufen sei, der Rentenanspruch entstehe jedoch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Da die Anmeldung im Juli 2010 erfolgt sei, könnten die Leistungen somit erst ab 1. Januar 2011 ausgerichtet werden. Die IV-Stelle eröffnete diese Verfügung zunächst dem Versicherten direkt und - auf entsprechende Beanstandung hin - am 4. Juli 2013 nochmals dem mandatierten Rechtsvertreter, Advokat Nikolaus Tamm.

B. Gegen diese Verfügung vom 11. Juni 2013 liess A._____ durch seinen Rechtsvertreter am 28. August 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht erheben mit den Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm eine unbefristete ganze IV-Rente zuzusprechen, unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 25. September 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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

handlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 28. August 2013 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

2.3 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und 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 (BGE 128 V 30 E. 1).

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

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

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie

sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Wie eingangs geschildert hatte der Versicherte am 24. September 2009 einen Berufsunfall erlitten, bei welchem er sich eine Verletzung am linken Kniegelenk zugezogen hatte. Nachdem sich der Versicherte im Juli 2010 unter Hinweis auf diese Unfallfolgen zusätzlich auch bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet hatte, zog die IV-Stelle im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhaltes die sich auf das Unfallereignis beziehenden Akten der SUVA bei. Diesen ist zu entnehmen, dass der Kreisarzt Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, beim Versicherten am 28. Juni 2010 unklare Postmeniscektomie-Beschwerden links sowie ein unfallfremdes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen diagnostizierte. Die Beschwerden seien ziemlich vordergründig, aber einigermaßen konsistent. Klinisch handle es sich am ehesten um intraartikuläre Narben; ebenso sei auch ein Weiterreissen des Innenmeniscus möglich. Es bestehe weiterer Abklärungsbedarf. Anlässlich einer am 12. Oktober 2011 durchgeführten weiteren kreisärztlichen Untersuchung konstatierte Dr. C.____ bei gleich lautenden Diagnosen konsistente Beschwerden. Belastbarkeit und Aktionsradius seien erheblich eingeschränkt. Hinzu kämen zunehmende Nachtschmerzen,

Nachdem Dr. med. D.____, Oberarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital E.____, dem Versicherten am 23. Januar 2012 operativ eine mediale Schlittenprothese eingesetzt hatte, nahm der SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, am 22. August 2012 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor. In seinem Bericht nannte er als Diagnosen eine beginnende mediale meniscoprive Gonarthrose links nach drei Arthroskopien, einen Status nach medialer Schlittenprothese Knie links (23.01.2012) sowie ein latentes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Anlässlich der Untersuchung habe sich beim Versicherten eine Muskelatrophie am linken Oberschenkel mit Dysästhesie vom Knie ausgehend über den lateralen Rand des Unterschenkels in den Fuss einstrahlend gezeigt. Dieser Muskel- oder Nervenschaden sei mit grosser Wahrscheinlichkeit irreversibel. Er gehe nicht mehr davon aus, dass dieser Zustand durch konservative Therapien (Physiotherapie) oder durch eine Operation relevant bzw. erheblich klinisch und auch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit verbessert werden könne. In seiner abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hält Dr. F.____ sodann fest, zumutbar seien dem Versicherten in Berücksichtigung der verbleibenden Unfallfolgen im linken Knie ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenerdig. Von Treppensteigen, Knien, Kauern, von mittelschweren und schweren beinbetonten Arbeiten sowie von Tätigkeiten in unebenem Gelände müsse hingegen abgesehen werden.

5.2 Am 13. September 2012 verfasste der behandelnde Arzt Dr. D.____ einen Verlaufsbericht, in welchem er als Diagnosen einen Status nach medialer Schlittenprothese links, persistierende Knieschmerzen links sowie rezidivierende Lumbalgien festhielt. Der Patient klage nach wie vor über Schmerzen und ein Taubheitsgefühl im linken Bein und es liege weiterhin eine atrophe Oberschenkelmuskulatur vor. In der Zwischenzeit habe PD Dr. med. G.____, Leitender Arzt Neurologie, Spital E.____, eine neurologische Abklärung durchgeführt, welche jedoch gemäss dessen Bericht vom 23. August 2012 keine neuen Erkenntnisse gebracht habe. Laut

PD Dr. G.____ sei die vorhandene Atrophie am ehesten auf eine schmerzbedingte Inaktivitätsatrophie zurückzuführen, was auch seines Erachtens zutreffend sei. Zur Frage der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten führt Dr. D.____ sodann aus, dass er sich der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ „nur anschliessen“ könne. Im angestammten Beruf des Versicherten als Bodenleger bestehe, so Dr. D.____ weiter, mit Sicherheit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zumutbar wären dem Patienten jedoch ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenerdig. Treppensteigen, Knien und Kauern, mittelschwere und schwere beinbetonte Arbeiten sowie Tätigkeiten in unebenem Gelände könnten nicht durchgeführt werden.

5.3 Die IV-Stelle stützte sich in ihrer Rentenverfügung vom 11. Juni 2013 bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die von ihr beigezogenen medizinischen Unterlagen der SUVA. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte seit dem Unfall vom 24. September 2009 bis zur kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. F.____ am 22. August 2012 zu 100 % arbeitsunfähig war. Für die Zeit danach stützte sie sich vollumfänglich auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ vom 22. August 2012, wonach dem Versicherten in Berücksichtigung der verbleibenden Unfallfolgen im linken Knie ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenerdig zumutbar seien. Von Treppensteigen, Knien, Kauern, von mittelschweren und schweren beinbetonten Arbeiten sowie von Tätigkeiten in unebenem Gelände müsse hingegen abgesehen werden. Diese vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhaltes ist nicht zu beanstanden. Der Kreisarzt hat den Versicherten eingehend untersucht, er geht in seinem Bericht einlässlich auf dessen Beschwerden ein, er setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und er vermittelt so ein schlüssiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Schliesslich erweist sich auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten als überzeugend. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind vorliegend keine Anhaltspunkte ersichtlich, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an der Richtigkeit der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Es verhält sich vielmehr so, dass auch der behandelnde Arzt Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 13. September 2012 festhält, er könne sich der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ „nur anschliessen“. Im angestammten Beruf des Versicherten als Bodenleger bestehe, so Dr. D.____ weiter, mit Sicherheit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zumutbar wären ihm jedoch ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenerdig. Treppensteigen, Knien und Kauern, mittelschwere und schwere beinbetonte Arbeiten sowie Tätigkeiten in unebenem Gelände könnten nicht durchgeführt werden.

5.4 Der Vollständigkeit halber bleibt festzuhalten, dass sich in den geschilderten medizinischen Akten der SUVA auch Hinweise finden, wonach beim Versicherten zusätzlich auch unfallfremde Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen. So erwähnen die Kreisärzte Dres. C.____ und F.____ in ihren Berichten vom 28. Juni 2010 und 22. August 2012 jeweils ein latentes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Da diese LWS-Problematik unbestrittenermassen unfallfremd ist, hatten die beiden Kreisärzte keine Veranlassung, sich weiter damit zu befassen; insbesondere mussten sie nicht auf den Aspekt eingehen, ob sich diese Problematik allenfalls (zusätzlich) auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirkt. Man kann

sich deshalb fragen, ob der medizinische Sachverhalt diesbezüglich ergänzender Abklärungen bedarf. Von solchen kann jedoch abgesehen werden. Wie aus den Berichten des behandelnden Arztes Dr. D.____ ersichtlich ist, hatte dieser Kenntnis von der LWS-Problematik seines Patienten. Nachdem er in seinem Bericht vom 13. September 2012 erklärt hat, er könne sich der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ „nur anschliessen“, ist aber davon auszugehen, dass Dr. D.____ der Ansicht ist, der Versicherte werde durch die LWS-Problematik in der Ausübung einer leidensadaptierten Verweistätigkeit nicht zusätzlich beeinträchtigt. Dieser Auffassung schliesst sich denn auch Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, in seiner Beurteilung vom 5. Oktober 2012 ausdrücklich an. Im Übrigen kann in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass der Versicherte selber in seinen in verschiedenen Arztberichten wiedergegebenen Schilderungen der Beschwerdesymptomatik allfällige Rückenprobleme nicht oder nur am Rande erwähnt und er diesen somit im Vergleich zu den Unfallfolgen keine oder lediglich eine erheblich untergeordnete Bedeutung beimisst.

5.5 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, ist nicht geeignet, den ausschlaggebenden Beweiswert der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ vom 22. August 2012, welcher sich auch der behandelnde Arzt Dr. D.____ am 13. September 2013 ausdrücklich und vollumfänglich angeschlossen hat, in Frage zu stellen. Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer insbesondere, wenn er beanstandet, dass die Atrophie seines linken Beines bei der Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit zu wenig berücksichtigt worden sei. Es trifft zwar zu, dass der von PD Dr. G.____ verfasste Bericht über die neurologische Abklärung vom 23. August 2012 jünger ist als der am 22. August 2012 verfasste Abschlussbericht von Dr. F.____, sodass jener dem Kreisarzt bei seiner Beurteilung noch nicht vorgelegen hat. Wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung zutreffend ausführt, können diesem nachträglichen Bericht von PD Dr. G.____ aber keine (neuen) Gesundheitsbeeinträchtigungen entnommen werden, die Dr. F.____ im Rahmen seiner Zumutbarkeitsbeurteilung nicht mitberücksichtigt hätte. Diese Feststellung wird im Übrigen auch durch den behandelnden Arzt Dr. D.____ bestätigt, der in seiner Stellungnahme vom 13. September 2012 seinerseits festhält, dass die durch PD Dr. G.____ am 23. August 2012 durchgeführte neurologische Abklärung keine neuen Erkenntnisse gebracht habe.

5.6 Somit kann im Sinne eines Zwischenergebnisses festgehalten werden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten für den Zeitraum zwischen dem Unfallereignis und der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung, d.h. für die Periode vom 24. September 2009 bis 22. August 2012 zu Recht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist. Für die Zeit danach hat sie ebenso zutreffend auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. F.____ vom 22. August 2012, welcher sich auch der behandelnde Arzt Dr. D.____ am 13. September 2012 ausdrücklich und vollumfänglich angeschlossen hat, abgestellt. Demnach ist davon auszugehen, dass der Versicherte seit 22. August 2012 (wieder) in der Lage ist, ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenbürtig zu verrichten.

6. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer nach dem vorstehend Gesagten im Zeitraum zwischen dem Unfall vom 24. September 2009 und der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. F._____ am 22. August 2012 in sämtlichen beruflichen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war, kann ohne weitere Erörterungen festgehalten werden, dass der Invaliditätsgrad im genannten Zeitraum 100 % betrug. Für die Zeit danach, in welcher der Versicherte gemäss den massgebenden medizinischen Unterlagen (wieder) in der Lage war, ganztags vor allem sitzende Tätigkeiten mit kurzen stehenden und gehenden Intervallen ebenerdig zu verrichten, hat die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 11. Juni 2013 den zur Ermittlung des Invaliditätsgrades erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen IV-Grad von 24 % ermittelt. Die konkrete Berechnung erweist sich als rechters, weshalb diesbezüglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 11. Juni 2013 verwiesen werden kann. Diesen ist insbesondere auch zu entnehmen, dass die IV-Stelle auf dem Invalideneinkommen, welches sie gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (vgl. dazu BGE 126 V 76 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 322 E. 3b/aa) ermittelt hat, „für einen Minderverdienst und die invaliditätsbedingte Beeinträchtigung“ einen Abzug von 25 % vorgenommen hat. Unter diesen Umständen kann die einzige, im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich erhobene Rüge des Beschwerdeführers, die IV-Stelle habe ihm im Rahmen des Einkommensvergleichs keinen Leidensabzug zugestanden, ja sie habe dessen Voraussetzungen nicht einmal geprüft, nicht nachvollzogen werden, sodass darauf nicht weiter einzugehen ist.

7. Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellten IV-Grade von 100 % (für den Zeitraum vom 24. September 2010 [Ablauf des Wartejahres] bis 22. August 2012) bzw. von 24 % (ab 22. August 2012) auf den Beginn und die Dauer des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers auswirken. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Vorliegend hat der Versicherte diesen im Juli 2010 geltend gemacht. Dies bedeutet, dass ihm - wie die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2013 zutreffend entschieden hat - die ganze Rente nicht nach Ablauf des Wartejahres, d.h. per 1. September 2010, sondern erst ab 1. Januar 2011 ausgerichtet werden kann. Nach Art. 88a Abs. 1 IVV der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Nach dem Gesagten liegt beim Versicherten ab 22. August 2012 lediglich noch ein IV-Grad von 24 % vor. In Berücksichtigung der genannten Bestimmung besteht der Anspruch auf die ganze Rente noch während dreier Monate seit der im August 2012 eingetretenen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, also noch bis Ende November 2012. Für den Zeitraum danach besteht in Anbetracht des ermittelten Invaliditätsgrades von 24 % kein Rentenanspruch mehr.

8. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die IV-Stelle dem Versicherten in der angefochten Verfügung vom 11. Juni 2013 zu Recht für die Periode vom 1. Januar 2011 bis 30. November 2012 eine befristete ganze Rente zugesprochen und gleichzeitig mit Wirkung ab 1. Dezember 2012 einen (weiteren) Rentenanspruch abgelehnt hat. Die vom Versicherten gegen die genannte Verfügung erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken 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 600 Franken fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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