Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Dezember 2020 (720 19 406 / 306)

Invalidenversicherung

IV-Rente; Geringe Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung. Rückweisung zur Vornahme von weiteren Abklärungen. Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vor Zusprache einer befristeten Rente notwendig.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber i.V. Stefan A. Buchwalder
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Hanna Byland, Advokatin, Rümelinsplatz 14, Postfach, 4001 Basel gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.____ arbeitete seit 2000 als Maschinenführer bei der B.____ AG. Am 7. Dezember 2017 meldete er sich unter Hinweis auf die Prothese am linken Knie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) teilte – nach Vornahme der gesundheitlichen und beruflichen Abklärungen – mit

Vorbescheid vom 28. November 2018 mit, dass sie für die Zeit vom 1. Juni 2018 bis zum 31. Dezember 2018 eine volle Invalidenrente zusprechen werde, für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019 hingegen das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Gegen den Vorbescheid erhob A.____, vertreten durch die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, mit Eingaben vom 27. Dezember 2018, vom 7. Februar 2019 sowie vom 19. Februar 2019 Einwand. Mit Gesuch vom 8. Januar 2019 meldete sich A.____ unter Hinweis auf beidseitige Knie-Teilprothesen, Entzündungen und Schwellungen sowie starken Schmerzen wegen Arthrose erneut zum Leistungsbezug bei der IV an. Die Bearbeitung dieses Gesuches sistierte die IV-Stelle mit Schreiben vom 24. Januar 2019 aufgrund des noch laufenden Einwandverfahrens. Nach Vornahme der gesundheitlichen und beruflichen Abklärungen bestätigte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. November 2019 im Sinne des Vorbescheids die Zusprechung einer vollen Invalidenrente vom 1. Juni 2018 bis zum 31. Dezember 2018 sowie die Abweisung des Leistungsbegehrens für den hierauf folgenden Zeitraum.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Hanna Byland, am 23. Dezember 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen über den 1. Januar 2019 hinaus. Eventualiter sei durch das Gericht zur Feststellung der gesundheitlichen Einschränkung beziehungsweise deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Gerichtsgutachten erstellen zu lassen. Subeventualiter sei die Verfügung aufzuheben und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Vorinstanz. Zur Begründung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, dass auf die Schlussfolgerungen des Berichts des Regionalen ärztlichen Dienstes beider Basel (RAD) nicht abgestellt werden könne, da hieran erhebliche Zweifel bestünden. Zudem seien durch die IV-Stelle zu Unrecht das Valideneinkommen zu tief und das Invalideneinkommen zu hoch berechnet worden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 25. März 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte – gestützt auf den Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Leiter RAD, vom 20. Januar 2020 aus, dass die Kritik an den bisherigen RAD-Berichten unberechtigt sei. Der medizinische Sachverhalt sei hinreichend geklärt und weitere Abklärungen seien nicht angezeigt.

D. Mit Replik vom 20. Mai 2020 hielt der Beschwerdeführer an den Begehren fest. Er bestritt die durch die Beschwerdegegnerin vorgebrachte Argumentation vollumfänglich.

E. In ihrer Duplik vom 18. Juni 2020 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest.

F. Anlässlich der Urteilsberatung vom 17. September 2020 gelangte das Gericht zur Auffassung, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht möglich sei und es beabsichtige, die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese weitere medizinische Abklärungen tätige. In der Folge stellte es den Fall aus und räumte dem Beschwerdeführer die Möglichkeit ein, seine Beschwerde zurückzuziehen, da

ihm bei einer neuerlichen Beurteilung der Angelegenheit durch die Beschwerdegegnerin allenfalls eine Schlechterstellung drohen könnte. In der Folge sah der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 9. Oktober 2020 davon ab, seine Beschwerde zurückzuziehen. Unter den geschilderten Umständen ist es vertretbar, von der Ansetzung einer erneuten Urteilsberatung abzusehen und den vorliegenden Entscheid mit derselben personellen Besetzung des Spruchkörpers auf dem Zirkulationsweg zu fällen.

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 Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitgegenstand und somit vorliegend zu prüfen ist die Frage, ob der Beschwerdeführer auch ab dem 1. Januar 2019 Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Strittig in diesem Zusammenhang ist insbesondere, in welchem Ausmass er aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

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

3.2 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. 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 Geburtsgebre-

chen, 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 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 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 30 E. 1).

4.1 Im Falle einer erstmaligen rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (BGE 106 V 16 E. 3a, 109 V 126 E. 4a). Bei einer solchen rückwirkenden abgestuften und/oder befristeten Zusprechung sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1, 131 V 165 E. 2.2 mit Hinweis). Die Revision einer Invalidenrente richtet sich nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, wonach IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben sind, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs auswirkt (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen).

4.2 Bei der rückwirkenden stufenweisen Rentenzusprechung richtet sich der Zeitpunkt einer Rentenheraufsetzung, -herabsetzung oder -aufhebung ausschliesslich nach Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961. Art. 88bis Abs. 2 IVV findet keine Anwendung (BGE 106 V 17 E. 3a, 109 V 128 E. 4b, vgl. auch BGE 133 V 70 E. 4.3.4 mit Hinweis). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Kurzzeitige Änderungen der leistungsbegründenden Faktoren sollen eine revisionsweise Anpassung nicht auslösen können, da einer in Rechtskraft erwachsenen Leistungszusprache schon im Hinblick auf die Rechtssicherheit eine gewisse Beständigkeit zuerkannt werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2016, 8C_232/2016, E. 4.1 mit Hinweisen).

5.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer 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 99 E. 4 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; ALFRED BÜHLER, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.).

5.3 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 E. 4.4 und 4.5). Stützt sich ein Entscheid im Wesentlichen auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen, und wurden durch die versicherungsinterne Fachperson keine eigenen Untersuchungen durchgeführt, handelt es sich weder um ein medizinisches Gutachten nach Art. 44 ATSG noch um Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. In diesen Fällen werden nicht selber medizinische Befunde erhoben, sondern die vorhandenen Befunde werden von einem praktischen Arzt mit fachärztlicher Spezialisierung gewürdigt. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Es handelt sich dabei mithin um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV (BGE 142 V 64, E. 5.1; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts vom 24. Juli 2012, 8C_724/2011, E. 5.3.3 und vom 4. Juni 2009, 8C_756/2008, E. 4.4). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, im Wesentlichen gestützt auf solche versicherungsinternen Be-

richte zu entscheiden. In diesen Fällen sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist (BGE 142 V 65 e. 5.1, 139 V 229 E. 5.2, 135 V 470 E. 4.4 *in fine*; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2017, 8C_839/2016, E. 3.2). Solche Indizien können sich aus dem Bericht selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 9C_49/2014, E. 4.1). Die Stellungnahmen haben den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht zu genügen und die Arztperson hat über die notwendigen fachlichen Qualifikationen zu verfügen. Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (BGE 137 V 219 E. 1.2.1; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1).

5.4 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 360 E. 5b) entscheiden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 3. Februar 2012, 9C_777/2011, E. 2.1 und vom 12. März 2010, 9C_28/2010, E. 4.1 mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 121 V 47 E. 2a, 115 V 142 E. 8b, je mit Hinweisen).

5.5 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab; vorliegend also auf den 18. November 2019. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 116 V 251 E. I.1a, 143 V 411 E. 2.1, 134 V 397 E. 6, 121 V 366 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2007, 9C_101/2007, E. 3.1 und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorgebracht werden und in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. April 2016, C-2263/2014, E. 2.1 und vom 16. November 2015, C-3733/2014, E. 2.2).

6. Der strittigen Angelegenheit liegen diverse ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.1 Mit Entlassungsbericht vom 20. Juli 2017 hielt Dr. med. D.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass sich der intra- und postoperative Verlauf der am 13. Juli 2017 durchgeführten Implantation einer Knie-Teilprothese links bei beidseitiger Gonarthrose komplikationslos gestalte. Die Flexion/Extension habe bei Entlassung 80/0/0 Grad betragen. Er empfehle eine schmerzadaptierte Aufbelastung und eine zeitnah organisierte Physiotherapie.

6.2 Am 17. November 2017 teilte Dr. D.____ in seinem Bericht zu Handen der Versicherung E.____ mit, dass der Patient letztmals am 2. November 2017 zur klinischen Verlaufskontrolle vier Monate nach Implantation einer Knie-Teilprothese linksseitig gesehen wurde. Die Muskulatur sei sicherlich noch sehr defizitär, das Kniegelenk hingegen sei ausgesprochen gut beweglich. Allerdings sei ein Patient, welcher auf Baumaschinen und auf unebenem Gelände arbeite, doch sehr deutlich eingeschränkt, so dass eine Arbeitsfähigkeit sicher nicht vor Anfang des nächsten Jahres erreicht werden könne. Zudem müsse beim Patienten beachtet werden, dass auch die rechte Seite deutlich arthrotisch verändert sei und auch hier eine Operation bevorstehe.

6.3 Dr. D.____ erklärte mit ärztlichem Bericht vom 19. Dezember 2017 zu Handen der IV-Stelle, dass der Patient sich ursprünglich mit progredienter Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Kniegelenks bei beidseits bekannter Gonarthrose vorgestellt habe. In der Untersuchung habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit bei schmerzhaften Gelenkspalten und radiologisch kompletter Aufhebung der Gelenkspalten gezeigt. Die Arthrose sei dementsprechend austherapiert gewesen und die Operationsempfehlung habe bereits vonseiten des initial tätig gewordenen Spitals F.____ her bestanden. Aktuell sei der Patient in der postoperativen Betreuung mit muskulärer Aufbauphase sowie Verbesserung der Beweglichkeit. Arbeiten in der angestammten Tätigkeit seien auf Dauer eingeschränkt; das Klettern auf Baumaschinen sowie das ständige Arbeiten auf unebenem Gelände sei auf Dauer nicht mehr möglich. Eine Wiedereingliederung in das Baugeschäft sei deshalb kaum möglich.

6.4 In seinem Bericht vom 9. März 2018 stellte Dr. D.____ zu Handen der Versicherung E.____ fest, dass beim Patienten seit mehreren Jahren eine progrediente Schmerzsymptomatik im Bereich beider Kniegelenke bestehe. Linksseitig sei bereits die Implantation einer Knieprothese erfolgt, während rechtsseitig derzeit ein Muskelaufbau durchgeführt werde, um die Operation hier etwas weiter hinauszuzögern. Auch führe der Patient aktuell ein entsprechendes Gewichtsreduktionsprogramm aufgrund der bestehenden Adipositas durch. Der Behandlungsverlauf des linken Kniegelenkes gestalte sich komplikationslos, wenngleich noch ein weiterer Muskelaufbau notwendig sei. Dem Patienten seien die körperlich schwer belastenden Tätigkeiten als Bauarbeiter deshalb kaum zumutbar und seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei bei 0 % anzusiedeln. Das Heben und Tragen von Lasten von 5 kg sei circa 20 bis 30 Mal pro Tag durchführbar in einer Höhe von circa 1 m. Das Stehen sei während vier Stunden, das Gehen während vier bis fünf Stunden und das Sitzen während acht Stunden möglich. Eine Gehstrecke

könne aktuell nicht angegeben werden, da diese abhängig vom Arthrosenschub rechtsseitig sei. Der Patient könne jedoch sicher sitzende oder wechselnd sitzende und gehende Tätigkeiten mit nur minimer Belastung durchführen.

6.5 Mit ärztlichem Bericht vom 7. Juni 2018 orientierte Dr. D.____ die IV-Stelle darüber, dass der Patient nach Belastung über einen anterolateralen Schmerz im Kniegelenk links wie auch rechts klage. In seiner Untersuchung betrage die Flexion/Extension rechts 130/5/0 Grad und links 125/0/0 Grad; mediolateral seien das rechte und das linke Kniegelenk in Extension und 30 Grad Flexion stabil geführt. Ein intraartikulärer Erguss würde weder rechts noch links bestehen. Das Röntgen des Kniegelenks rechts habe eine lateral betonte Gonarthrose mit noch erhaltenem Gelenkspalt bei deutlicher Konturunregelmässigkeit und osteophytären Anbauten auch dorsal gezeigt. Rechts sei bei klinisch deutlichen Schmerzen medial und lateral die Indikation für eine Knie-Teilprothese gegeben.

6.6 Am 26. Juni 2018 stellte Dr. D.____ in seinem Entlassungsbericht fest, dass sich auch bei der Implantation einer Knie-Teilprothese am Kniegelenk rechts vom 14. Juni 2018 der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe und jederzeit reizfreie Wundverhältnisse bestanden hätten. Die Flexion/Extension habe bei Entlassung 90/0/0 Grad betragen. Er empfehle wiederum eine Aufbelastung unter Zuhilfenahme entsprechender Physiotherapie.

6.7 Im Sprechstundenbericht vom 2. August 2018 führte Dr. D.____ aus, dass der Patient nach vermehrter Belastung noch minime Beschwerden habe. Es liege jedoch keine Schwellneigung vor. Subjektiv sei beim Patienten ein stabiles Gefühl vorhanden. Die Physiotherapie werde entsprechend dem mitgegebenen Schema durchgeführt. In der Untersuchung zeige sich eine Flexion/Extension von 115/0/0 Grad. In seiner Beurteilung kam Dr. D.____ zum Schluss, dass sich beim Patienten ein zeitgerechter Verlauf mit guter Beweglichkeit zeige, wobei das muskuläre Defizit noch verbessert werden müsse. Des Weiteren habe der Patient erneut Gewicht zugelegt, weshalb er ihm empfohlen habe, in den nächsten sechs Wochen drei Kilo abzunehmen.

6.8 In seinem Bericht vom 21. September 2018 stellte Dr. D.____ zu Handen der Versicherung E.____ fest, dass sich der Patient bei der erstmaligen Vorstellung mit deutlich einschränkenden Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke präsentiert habe. Nach initialer Vorstellung im Spitals F.____ habe er Dr. D.____ aufgesucht, welcher ihm beidseitige Knieprothesen empfohlen habe. Nach Implantation der Knieprothese rechts absolviere der Patient derzeit Physiotherapie. Die aktuelle Tätigkeit als Maschinenführer auf dem Bau mit Arbeiten auf unebenem Grund und mit Herauf- und Heruntersteigen auf/von Maschinen sei derzeit sicherlich noch nicht möglich. Hingegen wäre theoretisch eine hauptsächlich sitzende Tätigkeit möglich. Der Patient sei derzeit für seinen ursprünglichen Beruf zu 100 % arbeitsunfähig für mindestens sechs Monate nach durchgeführter Operation.

6.9 Mit RAD-Bericht vom 20. November 2018 schloss sich Dr. C.____ der Einschätzung von Dr. D.____ an, wonach der Patient in der angestammten Tätigkeit als Anlagenoperator zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit – in welcher er bis zu acht Stun-

den sitzen und vier bis fünf Stunden gehen könne, wie etwa hausinterne Dienste, leichte Archivarbeiten sowie Kontroll- und Überwachungsfunktionen – sei er hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Bezüglich des Verlaufs stellte er fest, dass der Versicherte vom 20. Juni 2017 bis zum 12. Oktober 2017 zu 100 % arbeitsunfähig, vom 13. Oktober 2017 bis zum 13. Juni 2018 vollständig arbeitsfähig, vom 14. Juni 2018 bis zum 26. Juli 2018 erneut zu 100 % arbeitsunfähig, vom 27. Juli 2018 bis zum 13. September 2018 noch 50 % arbeitsunfähig und schliesslich ab dem 14. September 2018 wiederum vollständig arbeitsfähig gewesen sei.

6.10 Im Bericht vom 12. Februar 2019 hielt Dr. D.____ fest, dass er Dr. C.____ dahingehend nicht zustimme, als dass drei Monate postoperativ nach Implantation einer Knie-Teilprothese durchaus noch Einschränkungen bestehen könnten, welche eine vollständige Arbeitsfähigkeit nicht rechtfertigen würden. Diese seien beim Patienten dokumentiert. Im weiteren Verlauf sei sicherlich wieder ein Einstieg in das Arbeitswesen möglich, wobei es jedoch fraglich sei, ob ein 59-jähriger Anlagenoperator noch auf eine sitzende Tätigkeit umgeschult werden könne. Zudem halte er eine gehende Tätigkeit von vier bis fünf Stunden für den kurzen Zeitraum nach der Operation nicht als erreichbar. Limitierender Faktor für den protrahierten Verlauf des Patienten seien jedenfalls sein muskulärer Status und das doch deutlich schwankende Übergewicht.

6.11 Am 22. Februar 2019 hielt Dr. D.____ in seinem Sprechstundenbericht fest, dass der Patient in der klinischen Verlaufskontrolle acht Monate nach Implantation der Knie-Teilprothese rechts über beidseitige Beschwerden bei Belastung lateralseitig berichte. Es lägen dabei keine Instabilität, Ergussbildung oder Beschwerden bei Flexion vor. In der Untersuchung habe sich der Patient mit regelrechter Beinachse und gutem Abrollverhalten bei weiterhin vorhandener Adipositas gezeigt. Beide Kniegelenke seien reizlos und mediolateral in Extension und 30 Grad Flexion stabil. Beidseits bestehe ein Druckschmerz über dem tractus iliotibialis mit punkto maximum über dem lateralen Femurkondyl. Zudem liege eine leichte Senkfusskomponente links mehr als rechts vor. Er diagnostiziere deshalb eine Tractusüberlastung beidseits bei Implantation einer Knie-Teilprothese links 07/2017 und rechts 06/2018. Da der Patient es offensichtlich nicht schaffe, sein Gewicht entsprechend zu reduzieren und die Muskulatur aufzubauen, solle nun passiv unterstützend gearbeitet werden und es seien Einlagen mit entsprechender medialer Stütze verordnet worden.

6.12 Mit RAD-Bericht vom 11. März 2019 erklärte Dr. C.____, dass Dr. D.____ keine konkreten qualitativen und/oder quantitativen Funktionseinschränkungen nenne, welche eine schwerpunktmässig sitzende Tätigkeit mit spontaner Wechselbelastung massgeblich einschränken würden. Die allgemeine Formulierung, wonach durchaus noch Einschränkungen bestehen könnten, widerlege die Zumutbarkeit einer schwerpunktmässig sitzenden Tätigkeit nicht. Die in diesem Zusammenhang erwähnte vier- bis fünfstündige gehende Belastung sei nicht als unbedingt zu werten, sondern stelle lediglich eine mögliche Alternative dar. Diskrepanzen, welche als unbedingte Begründung für weitere medizinische Abklärungen oder gar eine externe Begutachtung sprechen könnten, seien deshalb nicht gegeben. Vielmehr sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Befunde der Gesundheitszustand des Versicherten als hinlänglich abgeklärt und versicherungsmedizinisch beurteilbar einzustufen.

6.13 Am 2. April 2019 ergänzte Dr. C.____ seinen RAD-Bericht vom 11. März 2019 dahingehend, dass sich auch aus dem Arztbericht von Dr. D.____ vom 22. Februar 2019 keine wegweisenden Befunde ergeben würden, welche eine abändernde Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit nach sich ziehen könnten. Die beschriebene rein weichteilige Reizung einer anatomischen Struktur beidseits – nämlich des Faserzugs der Faszia lata – jeweils nach endoprothetischem Ersatz beider Kniegelenke, sei durch eine zumutbare Gewichtsreduktion als behandelbar einzustufen. Dies umso mehr, als die Reizung überlastungsbedingter Natur sei und damit durch eine entsprechend angepasste Tätigkeit vermieden werden könne. Konkrete Funktionseinschränkungen, welche eine derart angepasste Tätigkeit massgeblich einschränken könnten, würden auch durch den jüngsten Bericht von Dr. D.____ nicht präsentiert.

6.14 Mit undatiertem Bericht beantwortete Dr. med. G.____, Praktische Ärztin, die ihr mit Schreiben vom 13. Dezember 2019 zugestellten Fragen. Sie habe den Patienten bisher am 21. November 2019, am 28. November 2019 sowie am 18. Dezember 2019 gesehen. Er habe einen aktuell noch stabilen Gesundheitszustand, welcher hauptsächlich durch seine Adipositas gefährdet sei. Verschiedene Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion seien angesprochen worden; es bestehe jedoch noch kein endgültiges Konzept hierzu. Er beklage Schmerzen im Rücken und in der linken Hüfte seit Beginn seiner arbeitsintegrativen Tätigkeit mit abwechselnden Bewegungsmustern. Im Bereich der Kniescheiben bestünden zudem Schmerzen nach dem Aufstehen aus dem Sitzen. Die Knie hätten sich seit seinem Arbeitsbeginn im Vergleich zu einer Untersuchung vom 2. Dezember 2019 bei Dr. D.____ verschlechtert. Aus den Akten entnehme sie zudem degenerative Wirbelsäulenbeschwerden, nämlich aufgrund der magnetresonanztomographischen (MRT) Untersuchung vom 24. November 2006 eine Diskushernie paramedian rechts HWK 6/7 mit mehretagiger Degeneration und Osteochondrose sowie einer Facettengelenksarthrose LWK4 bis SWK1 (2018). Sie halte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit deshalb momentan nicht als geeignet, da sonst sein Körpergewicht weiterhin zunehmen werde und allenfalls Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich auftreten würden. Vielmehr sei eine Tätigkeit mit abwechselnden Körperhaltungen ohne hohe statische einseitige Belastung insbesondere der Wirbelsäule oder der Knie, welche auch Gehen beinhalte, angezeigt. Der Patient habe zudem angegeben, dass seiner Ansicht nach eine stehende Tätigkeit am besten geeignet wäre. Das Pensum und die Art der geeigneten Tätigkeiten sowie die Belastbarkeit der Gelenke und der Wirbelsäule müssten gemäss Dr. G.____ orthopädisch-fachärztlich geprüft werden.

6.15 Im RAD-Bericht vom 20. Januar 2020 stellte Dr. C.____ fest, dass die von Dr. G.____ aufgeführten Beschwerdebilder unter ergonomisch-funktionellen Kriterien nicht überzeugen würden. Eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei nicht ersichtlich, da konkrete Funktionsausfälle, welche objektiv eine schwerpunktmässig sitzende Tätigkeit erheblich einschränken könnten, bei genauer Betrachtung nicht aufgeführt würden. Die möglicherweise zunehmenden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule wären auch bei einer schwerpunktmässig sitzenden Tätigkeit durch intermittierendes Aufstehen vermeidbar. Auch die entsprechende Normalisierung des limitierend erscheinenden Körpergewichts sei durchaus in gewissem Masse dem Patienten zumutbar. Bezüglich der Hüftgelenkbeschwerden könne zu-

dem eine Femurkopfnekrose ausgeschlossen werden und auch eine behandlungs- oder gar operationswürdige Ausprägung der vordiagnostizierten Koxarthrose liege nicht vor. Hinsichtlich der Rückenbeschwerden fehle es an einem engmaschigen, frustranen Therapiekonzept oder wegweisenden Befunden, welche eine massgebliche Einschränkung einer nicht ausschliesslich sitzenden Tätigkeit dokumentieren würden. Eine massgebliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Versicherten sei zudem medizinisch objektiv nicht fundiert. Im weiteren Verlauf bestätigte Dr. C.____ seine Ausführungen mit Stellungnahmen vom 11. März 2019 und vom 2. April 2019.

6.16 Mit Bericht vom 8. Mai 2020 erklärte sich Dr. med. H.____, FMH Innere Medizin, ausserstande, nach der kurzfristigen Übernahme des Patienten bereits eine seriöse Beurteilung abzugeben. Allerdings berichtete sie, dass der Patient anlässlich eines Schnuppertages in einer Metallfirma aufgrund von Schmerzen im ganzen Körper, Schwächegefühl und Knieschmerzen den Arbeitsversuch habe abbrechen müssen. Am 19. April 2020 sei der Patient zudem verunfallt und voraussichtlich bis zum 20. Mai 2020 arbeitsunfähig.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Einschätzung von Dr. C.____ vom 11. März 2019 und vom 2. April 2019. Sie ging demgemäss davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit ab dem 14. September 2019 zu 100 % arbeitsfähig sei und deshalb, nach Ablauf der dreimonatigen Frist nach Art. 88a IVV, der Rentenanspruch des Beschwerdeführers per Ende Dezember 2019 aufzuheben sei. Wie nachfolgend darzulegen sein wird, kommt den Berichten von Dr. C.____ – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – keine ausschlaggebende Beweiskraft zu, so dass nicht darauf abgestellt werden kann.

7.2 In der Beschwerde wird zunächst vorgebracht, dass es an einer differenzierten Befragung des behandelnden Arztes durch den RAD-Arzt fehle. Da letzterer auch keine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers hinsichtlich der Kniebeschwerden durchgeführt, sondern sich lediglich mit einer Einschätzung aufgrund der Aktenlage begnügt habe, sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht genügend abgeklärt. Was dieses Vorbringen des Beschwerdeführers betrifft, kann ihm nicht gefolgt werden. Grundsätzlich sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll (siehe Erwägungen 5.2 und 5.3 hiervor). Reine Aktenberichte sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 9. Juli 2020, 8C_322/2020, E. 3, und vom 15. April 2020, 8C_125/2020, E. 3, je mit zahlreichen Hinweisen). Dr. C.____ lagen die vielfältigen Berichte des behandelnden Arztes Dr. D.____ vor, welche er in seine beiden Berichte vom 11. März 2019 und vom 2. April 2019 einbezog und würdigte. Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, dass essentielle Berichte nicht zur Beurteilung herangezogen worden seien oder die Akten anderweitig hinsichtlich der Kniebeschwerden unvollständig gewesen seien. Vielmehr sind lückenlose Befunde des behandelnden Operateurs zwischen der

ersten Operation vom 13. Juli 2017 und dem Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2019, acht Monate nach der zweiten Operation vorhanden. Es bestand deshalb in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen der Kniegelenke beidseits kein weiterer Abklärungsbedarf, sondern es bedurfte vielmehr einer fachärztlichen Einordnung des feststehenden medizinischen Sachverhaltes. Die Vornahme einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. C.____ war damit nicht angezeigt. Als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist die Eignung von Dr. C.____ zur medizinischen Einschätzung (chronischer) Schmerzen des Bewegungsapparates zudem ohne Weiteres anzunehmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. April 2019, 9C_93/2019, E. 4.1.2, vom 14. Februar 2018, 8C_682/2017, E. 6.2 und vom 16. Februar 2017, 9C_688/2016, E. 3.5). Soweit der Beschwerdeführer deshalb die Art und Weise der Befunderhebung durch Dr. C.____ bemängelt, geht er fehl.

7.3 Der Beschwerdeführer bringt des Weiteren vor, dass sein Genesungsprozess – insbesondere aufgrund seiner beruflichen Vorgeschichte – durch eine kontinuierliche, aber langsame und gar verzögerte Besserung geprägt gewesen sei und die Genesung nicht von heute auf morgen erfolgen könne. Es sei durch den RAD-Arzt nicht genügend berücksichtigt worden, dass bei längerem Sitzen Schmerzen und Schwellungen in den Beinen entstanden seien. Zudem sei die von Dr. C.____ verlangte manifeste Gewichtsreduktion während dieser Phase illusorisch und würde über das übliche Ausmass der Mitwirkungspflichten eines Versicherten hinausgehen. Er weise vielmehr auch zum jetzigen Zeitpunkt noch Einschränkungen auf, welche eine volle Arbeitsfähigkeit nicht rechtfertigen würden. Auch diese Kritik des Beschwerdeführers an den RAD-Berichten ist grundsätzlich unbegründet. So ergibt sich aus den Dr. C.____ vorliegenden ärztlichen Berichten von Dr. D.____ – etwa jenem vom 2. August 2018 – grundsätzlich ein regelrechter postoperativer Verlauf und die Prognose, dass eine angepasste Tätigkeit in Zukunft wieder aufgenommen werden könne. Auch habe der Beschwerdeführer grundsätzlich von abnehmenden, vor allem belastungsinduzierten Schmerzen berichtet. Den Ausführungen von Dr. D.____ sind denn auch keine Befunde zu entnehmen, welche der Einschätzung, dass eine wechselbelastende und damit angepasste Tätigkeit dem Beschwerdeführer grundsätzlich zumutbar sei, entgegenstehen würden. Insofern Divergenzen in der Einschätzung zur Dauer der postoperativen Arbeitsunfähigkeit bestehen, ist anzufügen, dass sich die Aussagen von Dr. D.____ grundsätzlich auf die angestammte Tätigkeit oder eine mehrheitlich gehende und stehende, nicht aber auf eine schwerpunktmässig sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zur spontanen Wechselbelastung beziehen. Insgesamt erscheinen die Ausführungen von Dr. C.____ nachvollziehbar und in ihrer Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes hinsichtlich der Kniebeschwerden schlüssig. Aus der vom Beschwerdeführer vorgebrachten inhaltlichen Kritik ergeben sich deshalb nicht die rechtsprechungsgemäss geforderten zumindest geringen Zweifel an den RAD-Berichten vom 11. März 2019 und vom 2. April 2019.

7.4 Die versicherungsinternen Berichte von Dr. C.____ gehen nach dem Gesagten in genügender Form auf die Beschwerden hinsichtlich der Kniegelenke des Beschwerdeführers ein. Grund zur Beanstandung gibt hingegen die fehlende respektive äusserst knappe Diskussion der ebenfalls bestehenden Hüft- und Rückenbeschwerden. So verweist der Bericht von Dr. G.____ ausdrücklich auf eine MRT-Untersuchung vom November 2006, in welcher degenerative Wirbel-

säulenveränderungen in Form einer Diskushernie paramedian rechts mit mehretagiger Degeneration und Osteochondrose festgestellt wurden. Daneben werden die aus Vorakten zu entnehmenden Diagnosen einer beginnenden Coxarthrose seit 2013 sowie einer Facettengelenksarthrose seit 2018 aufgelistet. Der Bericht von Dr. G.____ ist zwar, da er auf ärztlichen Konsultationen beruht, welche erst nach Verfügungserlass vorgenommen wurden, grundsätzlich nicht mehr Teil des massgebenden Sachverhalts (siehe Erwägung 5.5 hiervor); selbiges gilt für den Bericht von Dr. H.____. Sie führt zudem auch – immerhin unter Verweis auf allenfalls notwendige fachärztliche Abklärungen – keine eigenen Diagnosen ins Feld, welche einer schwerpunktmässig sitzenden Arbeit mit spontaner Wechselbelastung die Eignung als zumutbare angepasste Tätigkeit absprechen würden. Die vorgenannten hüft- und rückenbezogenen Diagnosen selbst wurden jedoch bereits weit vor Verfügungserlass gestellt und wären deshalb einer eingängigen Diskussion zu unterziehen gewesen. Dr. C.____ begnügt sich in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2020 mit der Aussage, dass die geschilderten Beschwerden im Bereich des Rückens nicht durch engmaschige, frustrane Therapiekonzepte oder wegweisende Befunde dokumentiert seien, welche die vorgesehene angepasste Tätigkeit massgeblich limitieren könnten. Auch bezüglich der Hüftgelenkbeschwerden verweist er lediglich darauf, dass eine behandlungs- oder gar operationswürdige Ausprägung offensichtlich nicht vorliege. Diese Ausführungen genügen nicht: So kann insbesondere durch die rechtsanwendende Behörde respektive das Sozialversicherungsgericht aufgrund der knappen Ausführungen nicht abschliessend festgestellt werden, welchen Einfluss die Diskushernie sowie die Cox-, Osteo- und Facettengelenksarthrosen – insbesondere in Wechselwirkung mit der operativ behandelten beidseitigen Gonarthrose – auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Es fehlt damit hinsichtlich der Hüft- und Rückenbeschwerden, anders als in Bezug auf die Kniebeschwerden, an einer die geklagten Beeinträchtigungen eingehend beleuchtenden und medizinisch einleuchtend begründeten Beurteilung durch den RAD-Arzt.

7.6 Da zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung des RAD bestehen, kann nach dem Gesagten (siehe Erwägung 5.3 hiervor) bei diesem Beweisergebnis nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend abgeklärt. Gestützt darauf kann der Rentenanspruch des Beschwerdeführers beziehungsweise die Befristung desselben per 31. Dezember 2018 nicht rechtsgenüglich beurteilt werden. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch geeignete weitere medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Die angefochtene Verfügung vom 18. November 2019 ist somit aufzuheben und weitere medizinische Abklärungen sind vorzunehmen.

7.7 Rechtsprechungsgemäss können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn

lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1). Vorliegend erweist sich die der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich der Hüft- und Rückenbeschwerden als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Die IV-Stelle wird dementsprechend angehalten, den Einfluss der Diskushernie sowie der Cox-, Osteo- und Facettengelenksarthrosen – insbesondere in Wechselwirkung mit der beidseitigen Gonarthrose – auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird sie über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

8.1 Der Vollständigkeit halber ist schliesslich die Frage zu klären, ob die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit direkt verwertbar ist oder ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind.

8.2 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt 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 28 E. 4a; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2018, 8C_117/2018, E. 2.2.2). 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 145 V 211 E. 5.1, 141 V 7 E. 4.1; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2019, 8C_759/2018, E. 9.2.1, in: SVR 2020 IV Nr. 5, S. 21 f., mit zahlreichen Hinweisen). Dies gilt auch, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (BGE 145 V 214 E. 5.4; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts vom 9. Juli 2020, 9C_50/2020, E. 3.2, vom 4. Juni 2020, 8C_648/2019, E. 4.2, vom 16. Oktober 2019, 9C_574/2019, E. 3.2 und vom 6. Juni 2019, 8C_494/2018, E. 5.4, in: SVR 2019 IV Nr. 73 S. 235). 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 (BGE 145 V 211 E. 5.1; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2020, 8C_235/2019, E. 3.2.1, in: SVR 2020 IV Nr. 39 S. 138). 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. Urteile des Bundesgerichts vom 4. Juni

2020, 8C_648/2019, E. 4.1 und vom 8. April 2020, 9C_685/2019, E. 3.1, in: SVR 2020 IV Nr. 47 S. 161). 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; vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 9. Juli 2020, 9C_50/2020, E. 3.1 und vom 16. Oktober 2019, 9C_574/2019, E. 3.1). Ein Begehren auf Weiterausrichtung der Invalidenrente schliesst einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung jedoch nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2020, 8C_235/2019, E. 3.2.3, in: SVR 2020 IV Nr. 39 S. 138).

8.3 Die Beschwerdegegnerin prüfte nach der Einreichung des Gesuchs durch den Beschwerdeführer möglich Eingliederungsmassnahmen. Am 3. August 2018 fand zwischen der IV-Stelle und dem Beschwerdeführer ein Triage-Gespräch statt. Dabei wurde im Protokoll vermerkt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner vollständigen Arbeitsunfähigkeit in den nächsten drei Monaten keine Möglichkeit zur Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen sehe. Mit Mitteilung vom 7. August 2018 erklärte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und die Prüfung eines Rentenanspruchs durchgeführt werde. Am 18. November 2019 wurde die Verfügung betreffend die befristete Zusprache einer Rente erlassen.

8.4 Eine Äusserung fünfzehn Monate vor der eigentlichen rentenaufhebenden Verfügung reicht jedoch nicht, um von erfolglos durchgeführten beruflichen Massnahmen oder fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit zu sprechen. Der Abbruch der Abklärung von Eingliederungsmassnahmen erfolgte nicht aufgrund einer grundsätzlich ablehnenden Haltung des Beschwerdeführers, sondern in erster Linie aus medizinischen Gründen (vgl. in diesem Sinne das Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 19. September 2019, 720 2019 47 / 236, E. 11.5). Dies muss umso mehr Beachtung finden, als zu jenem Zeitpunkt die Abklärung des medizinischen Sachverhalts noch nicht abgeschlossen war (vgl. auch KGE SV vom 30. August 2018, 720 18 156 / 236, E. 13.3). Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass nach Abschluss der Abklärungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erneut Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden wären oder dieser sich zu diesem Zeitpunkt zumutbaren Eingliederungsmassnahmen entzogen oder widersetzt hätte. Es fehlt damit an der durch das Bundesgericht verlangten Durchführung von Massnahmen zur Eingliederung, welche dem Beschwerdeführer ermöglichen sollen, sein Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten.

8.5 Aus dem Umstand, dass das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) laut Bericht von Dr. H.____ ein Beschäftigungsprogramm mit dem Beschwerdeführer während zweieinhalb Monaten durchgeführt habe, kann die Beschwerdegegnerin nichts ableiten. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung werden Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 2. März 2020, 9C_396/2019, E. 5.1, in: SVR 2020 IV Nr. 40 S. 141, vom 10. Juli 2019, 9C_56/2019, E. 2 und vom 25. August 2016, 8C_393/2016, E. 3.3), also mithin Massnahmen nach Art. 8 Abs. 3 IVG und allenfalls nach Art. 8a Abs. 2 IVG (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2015, 9C_324/2015, E.5). Diese dienen dem Grundsatz

von Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG entsprechend dazu, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Arbeitsmarktliche Massnahmen wie das Beschäftigungsprogramm des RAV sollen hingegen gemäss Art. 59 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (AVIG) vom 25. Juni 1982 die Vermittlungsfähigkeit der Versicherten zur raschen und dauerhaften Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt verbessern, die beruflichen Qualifikationen entsprechend den Bedürfnissen des Arbeitsmarkts fördern, die Gefahr von Langzeitarbeitslosigkeit verhindern oder die Möglichkeit bieten, Berufserfahrungen zu sammeln (vgl. AGNES LEU, Die arbeitsmarktlichen Massnahmen im Rahmen der Arbeitslosenversicherung der Schweiz, Diss. Zürich, Basel/Genf/Zürich 2006, S. 6 ff.). Damit unterscheiden sich arbeitsmarktliche Massnahmen der Arbeitslosenversicherung im Hinblick auf ihren Sinn und Zweck grundsätzlich von Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (vgl. zum Verhältnis auch SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Habil. Zürich, Bern 2011, Rz. 909 ff.). Es ist zudem nicht abschliessend geklärt, ob die ausgeführten Arbeiten in der Tätigkeit des Beschäftigungsprogramms leidensangepasst und damit überhaupt zur Eingliederung geeignet gewesen wären. Ohnehin kann sich die IV-Stelle jedoch nicht auf das Beschäftigungsprogramm des RAV berufen, da dieses durch den Beschwerdeführer erst nach dem Erlass der Verfügung vom 18. November 2019 in Angriff genommen wurde. Somit ist das absolvierte Beschäftigungsprogramm vorliegend nicht geeignet, die Bedingung der Vornahme zumutbarer Eingliederungsmassnahmen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu erfüllen.

8.6 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 214 E. 5.4). Im vorliegenden Fall kann dies ebenfalls offenbleiben, da der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2014 das 55. Altersjahr zurückgelegt hat, womit er die Schwelle in jedem Fall überschritten hat. Des Weiteren sind keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche den Schluss zuliessen, 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 (vgl. Erwägung 8.2 hiervor) sind auch in einem solchen Fall – bei Erfüllen der weiteren Voraussetzungen – vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Die Rentenbefristung auf Mitte September 2018 war somit unzulässig. Es würde deshalb der Beschwerdegegnerin – soweit in der Abklärung der Hüft- und Rückenbeschwerden keine fortwährende rentenbegründende Invalidität festgestellt wird – obliegen, die beruflichen Eingliederungsmassnahmen wiederaufzunehmen und anschliessend erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. Januar 2020, 8C_235/2019, E. 3.2.3, in: SVR 2020 IV Nr. 39 S. 138, vom 6. Juni 2019, 8C_119/2019, E. 3.1, vom 22. März 2018, 8C_582/2017, E. 6.4 und vom 19. August 2015, 9C_183/2015, E. 5, in: SVR 2015 IV Nr. 41 S. 140). Bis dahin hätte der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Ausrichtung der IV-Rente.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend hat deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. 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. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit der IV-Stelle auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

10.1 Laut Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. § 21 Abs. 1 VPO hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts ist unter Obsiegen im Streit um eine Leistung in der Sozialversicherung nicht nur das materielle Obsiegen in dem Sinne zu verstehen, dass die Beschwerde führende Person die beantragte Leistung erhält. Vielmehr genügt für den Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 235 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. In ihrer Honorarnote vom 24. Juni 2020 hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von 16.06 Stunden à Fr. 250.-- sowie 3.48 Stunden à Fr. 180.--, Gebühren in der Höhe von Fr. 980.-- und Auslagen in der Höhe von Fr. 226.30 – gesamthaft also einen Betrag von Fr. 6’222.50 – geltend gemacht. Dieser Betrag ist zu reduzieren, wie nachfolgend dargelegt werden soll.

10.2.1 Zu den Parteikosten, für welche eine Entschädigung gesprochen werden kann, gehören zunächst einmal die Vertretungskosten der Rechtsvertretung der die Beschwerde führenden Person. Die Entschädigung bemisst sich dabei unter anderem nach der Schwierigkeit der Streitsache sowie dem Umfang der Arbeitsleistung und dem Zeitaufwand der Rechtsvertretung. Für die Schwierigkeit einer Streitsache sind nicht die subjektive Berufserfahrung einer Rechtsvertretung und ihre individuellen Rechtskenntnisse massgebend, sondern vielmehr der objektiv aus der Komplexität des zu beurteilenden Sachverhalts, aus der Fülle der sich stellenden Rechtsfragen sowie aus dem Umfang des zu bearbeitenden Aktenmaterials ergebende Aufwand (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 23. April 2007, I 463/2006, E. 8.1). Bei der Beurteilung des Arbeits- und Zeitaufwandes darf das Versicherungsgericht auch beachten, dass der Sozialversicherungsprozess im Unterschied zum Zivilprozess von der Untersuchungsmaxime beherrscht wird, wodurch in zahlreichen Fällen die Tätigkeit der Rechtsvertretung erleichtert wird. Deren Tätigkeit soll nur insoweit berücksichtigt werden, als sie sich bei der Erfüllung ihrer Aufgabe in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder sonstwie überflüssiger Schritte (BGE 114 V 87 E. 4b, 111 V 49 E. 4a, 110 V 365 E. 4c;

vgl. auch die Urteile des EVG vom 23. April 2007, I 463/2006, E. 8.1 und vom 7. September 2006, I 254/2006, E. 3.2). Beschwerden bezüglich Invalidenrenten der vorliegenden Art stellen rechtsprechungsgemäss einfache Verfahren dar, welche eine erfahrene Rechtsvertretung nicht vor besondere Schwierigkeiten zu stellen vermögen (BGE 111 V 50 E. 5b; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts vom 4. Dezember 2012, 9C_857/2012, E. 4.2 und vom 22. Februar 2011, 8C_789/2010, E. 7; Urteil des EVG vom 23. Oktober 2000, I 741/99, E. 4).

10.2.2 Bemühungen, welche auf den Kontakt der Rechtsvertretung mit der Rechtsschutzversicherung des Versicherten zurückzuführen sind, würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher in ständiger Praxis unberücksichtigt bleiben (vgl. KGE SV vom 4. Juni 2020, 720 20 5 / 118, E. 9.2, vom 15. August 2018, 720 17 178 / 218, E. 9.2 und vom 12. April 2018, 720 17 388 / 95, E. 8.2). Soweit diese Bemühungen einzeln aufgeführt sind, sind diese in vollem Umfang zu streichen. Bemühungen, welche im Hinblick auf die Rechtsschutzversicherung als auch auf andere Prozessbeteiligte vorgenommen wurden, sind anteilsmässig in Abzug zu bringen. Damit sind aus den Bemühungen der Rechtsvertreterin vollumfänglich 0.50 Stunden vom 20. Dezember 2019, anteilsmässig 0.10 Stunden vom 6. Januar 2020, anteilsmässig 0.10 Stunden vom 10. Januar 2020, anteilsmässig 0.10 Stunden vom 3. Februar 2020 sowie vollumfänglich 0.16 Stunden vom 30. März 2020 zu streichen. Praxisgemäss sind ferner Aufwendungen, die aufgrund der Besprechungen zwischen der Rechtsvertreterin und dem nicht näher bezeichneten juristischen Mitarbeiter entstanden sind, ebenfalls nicht der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. KGE SV vom 28. November 2019, 715 19 46 / 304, E. 12.2). Deshalb sind aus den Bemühungen der Rechtsvertreterin im Weiteren 0.25 Stunden vom 13. Mai 2020 zu streichen. Es verbleiben somit 14.95 Stunden an Zeitaufwand der Rechtsvertreterin sowie 3.48 Stunden Zeitaufwand des juristischen Mitarbeiters. Diese Zeitaufwände sind, in Anbetracht des zu beurteilenden Sachverhalts, der sich stellenden Rechtsfragen und des zu bearbeitenden Aktenmaterials zwar eher hoch (vgl. SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 61, Rz. 86), jedoch nicht unangemessen.

10.3 Gemäss § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (Tarifordnung) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar Fr. 200.-- bis Fr. 350.-- pro Stunde, je nach Schwierigkeit und Bedeutung der Sache, der damit verbundenen Verantwortung und der persönlichen und finanziellen Verhältnisse der zahlungspflichtigen oder der auftraggebenden Person. Gemäss § Art. 3 Abs. 3 der Tarifordnung i.V.m. § 6 des Anwaltsgesetzes Basel-Landschaft vom 25. Oktober 2001 sind für die Bemühungen von Substitutinnen oder Substituten 1/3 bis 2/3 des für den konkreten Fall massgebenden Stundenansatzes einer Anwältin oder eines Anwaltes zu berechnen. Praxisgemäss wird in Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht ein Stundenansatz von Fr. 140.-- für Substitutinnen und Substituten ausgerichtet (vgl. KGE SV vom 26. Juli 2018, 725 17 427 / 195, E. 9.2, vom 20. März 2015, 715 14 245 / 64, E. 8 und vom 5. Mai 2011, 725 10 263 / 114, E. 11). Der von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 180.-- für die Arbeitsbemühungen des juristischen Mitarbeiters ist deshalb entsprechend auf Fr. 140.-- zu reduzieren.

10.4.1 Zu den Parteikosten zählen des Weiteren die Bar- und besonderen Auslagen, welche durch die Rechtsvertretung der die Beschwerde führenden Person geltend gemacht werden.

Nach § 16 der Tarifordnung sind Telefonauslagen, Porti und ähnliche Auslagen nach dem tatsächlichen Aufwand in Rechnung zu stellen. Diese sind dann zu ersetzen, wenn sie notwendige, durch das Verfahren verursachte Umtriebe betreffen und in einem der Komplexität des Prozesses angemessenen Rahmen liegen. Zu ersetzen sind beispielsweise die Auslagen hinsichtlich eines Privatgutachtens, soweit dieses beachtliche sowie sachdienliche medizinische Angaben enthält, mithin also zur Beurteilung der Sache von erheblichem Einfluss respektive für die Entscheidfindung unerlässlich war und insbesondere dem Gericht den Beizug eines gerichtlichen Gutachtens ersparte (BGE 115 V 63 E. 5d; Urteile des Bundesgerichts vom 3. Mai 2016, 9C_671/2015, E. 5 und vom 14. April 2010, 9C_178/2010, E. 2, in: SVR 2011 IV Nr. 13 S. 35; Urteile des EVG vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 und vom 15. Dezember 2006, I 591/06, E. 5.1; vgl. auch SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 S. 183). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 45, Rz. 32).

10.4.2 Die Rechtsvertreterin macht in ihrer Honorarnote unter dem Titel “Gebühren“ zunächst die Erstattung des Gerichtskostenvorschusses à Fr. 800.-- geltend. Weder die Tarifordnung noch die VPO sehen grundsätzlich eine Entschädigung von Gebühren vor. Indes ist die Bezeichnung in der Honorarnote nicht ausschlaggebend; vielmehr ist auf die Art und den Zweck der gemachten monetären Aufwendungen abzustellen. Verfahrenskosten sind grundsätzlich, unabhängig vom Grade des Obsiegens oder Unterliegens, nicht als Auslagen durch die unterliegende Partei zu entschädigen. Vielmehr werden Gerichtskostenvorschüsse nach § 20 Abs. 5 VPO allenfalls in dem Umfang durch das Gericht zurückerstattet, als diese gemäss § 20 Abs. 3 VPO der Beschwerdegegnerin auferlegt werden. Da der IV-Stelle vorliegend die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- vollumfänglich auferlegt wurden, ist der geltend gemachte Gerichtskostenvorschuss von Fr. 800.-- somit aus den Auslagen der Rechtsvertreterin zu streichen.

10.4.3 Hinsichtlich der – ebenfalls unter dem Titel “Gebühren“ und den Stichworten “Honorar-Rechnung“ (à Fr. 120.--) respektive “Patientenrechnung“ (à Fr. 60.--) fungierenden – Arztberichte der Dres. G.____ und H.____ ist zu vermerken, dass diese für das vorliegende Verfahren zeitlich unbeachtlich (siehe Erwägung 7.5 hiervor) waren. Sie haben zudem auch keine neuen, unerlässlichen oder zumindest erheblich sachdienlichen medizinischen Angaben enthalten, welche dem Gericht den Beizug eines gerichtlichen Gutachters oder Rückweisung zur weiteren Abklärung erspart hätten. Sowohl hinsichtlich der Knie- als auch in Bezug auf die Hüft- und Rückenbeschwerden verweist Dr. G.____ lediglich darauf, dass eine orthopädisch-fachärztliche Untersuchung angezeigt sei; sachdienliche eigene Erhebungen, abgesehen von einer Anamnese, hat sie jedoch diesbezüglich nicht vorgenommen. Auch das reine Referenzieren früherer Berichte und Diagnosen von Berufskolleginnen und -kollegen ohne weitere Diskussion erfüllt offensichtlich nicht die Anforderung an die massgebende Bedeutung, die einem Arztbericht zukommen muss, um als notwendige Expertenkosten zu gelten. Was den Bericht von Dr. H.____ angeht, erklärt diese selber, dass sie sich ausserstande sehe, den Patienten – aufgrund der kurzfristigen Übernahme von ihrer Vorgängerin – seriös zu beurteilen. Auch dieser Bericht war deshalb für das vorliegende Verfahren nicht “unerlässlich“ im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung.

Nach dem Gesagten sind somit die Voraussetzungen für eine Kostenvergütung der eingeholten Arztberichte zu Lasten der Beschwerdegegnerin nicht gegeben. Damit sind aus den Auslagen der Rechtsvertreterin Fr. 120.-- für die Honorar-Rechnung vom 20. Januar 2020 und Fr. 60.-- für die Patientenrechnung vom 24. Juni 2020 zu streichen.

10.4.4 Des Weiteren macht die Rechtsvertreterin unter dem Titel “Auslagen“ die Erstattung von Porti à Fr. 41.80 und von Kopiaturen à Fr. 184.50, gesamthaft also Fr. 226.30, geltend. Diese sind in Anbetracht dessen, dass die Eingaben zu Handen des Gerichts vierfach einzureichen sind und gemäss § 15 Abs. 1 der Tarifordnung mit einem Auslagenersatz von Fr. 1.50 pro Seite berechnet werden, trotz fehlender detaillierter Auflistung vorliegend angemessen und damit nicht zu beanstanden.

10.5 Dem Beschwerdeführer ist demnach eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4’793.75 (14.95 Stunden à Fr. 250.-- plus 3.48 Stunden à Fr. 140.-- plus Auslagen von Fr. 226.30 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 18. November 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz 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. 4’793.75 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.