Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Mai 2020 (720 19 110 / 88)

Invalidenversicherung

Zulässigkeit der Wiedererwägung in lite pendente; Prüfung der Beweistauglichkeit eines im Rahmen eines Revisionsverfahrens von der IV-Stelle eingeholten verwaltungsexternen bidisziplinären Gutachtens

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Präsident Dr. Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	**A.____,** Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____ meldete sich am 29. Januar 2007 unter Hinweis auf eine koronare 2-Ast-Erkrankung erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum

Leistungsbezug an. Da der Versicherte ab August 2007 wieder zu 100 % arbeitete, lehnte die IV-Stelle mit Verfügungen vom 7. November 2007 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente ab.

B. Am 13. November 2007 erlitt der Versicherte bei der Arbeit eine Kontusion am linken, bereits vorgeschädigten Knie. Es wurde eine fortgeschrittene Gonarthrose links bei Status nach Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes 1985 und nach lateraler Teilmeniskektomie im Juli 2006 diagnostiziert (vgl. Berichte des Spitals B.____ vom 6. und 13. Dezember 2007). Am 28. Mai 2008 verletzte er das linke Knie beim Aussteigen aus seinem Auto erneut (vgl. Schadenmeldung UVG vom 9. Juni 2008). Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt als Diagnose eine aktivierte posttraumatische Gonarthrose links fest (vgl. Bericht vom 20. Juni 2008). Für die Unfallfolgen sprach die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) dem Versicherten eine Invalidenrente bei einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 43 % ab 1. Oktober 2009 und eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 11,66 % zu (vgl. Verfügung vom 2. Mai 2011).

C. Am 10. Juli 2008 trat die IV-Stelle auf das am 23. April 2008 eingereichte Wiedererwägungs- bzw. Leistungsgesuch des Versicherten nicht ein mit der Begründung, es habe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht genügend glaubhaft gemacht werden können. Mit Schreiben vom 22. Dezember 2008 machte der Versicherte geltend, dass sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert habe. In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten durch die Academy of Swiss Insurance (asim) polydisziplinär begutachten. Gestützt auf das Gutachten der asim vom 3. September 2010, das Ergänzungsgutachten vom 26. November 2010 und die Stellungnahme von pract. med. D.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 3. Februar 2011 sprach die IV-Stelle dem Versicherten am 12. Oktober 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 68 % eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. Februar 2009 zu. Nachdem der Versicherte gegen diese Verfügung am 14. November 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht), eingereicht hatte, hob die IV-Stelle die angefochtene Verfügung lite pendente auf und sprach ihm mit Verfügung vom 5. September 2012 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 71 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Februar 2009 zu. In der Folge schrieb das Kantonsgericht das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 9. Februar 2012 als gegenstandslos ab.

D. Im Rahmen eines im November 2016 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die IV-Stelle eine erneute Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten. Gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens von Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2017 gelangte die IV-Stelle zur Auffassung, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten relevant verbessert habe. Dies habe zur Folge, dass aus dem neu vorzunehmenden Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 62 % resultiere. Die IV-Stelle reduzierte deshalb nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 1. März 2019 die bisher ausgerichtete ganze Rente per 1. Mai 2019 auf eine Dreiviertelsrente.

E. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 1. April 2019 Beschwerde ans Kantonsgericht. Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, dem Versicherten auch nach dem 30. April 2019 eine ganze Invalidenrente auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass die Beurteilung der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017 mangelhaft und eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht schlüssig ausgewiesen sei. Vielmehr handle es sich um eine andere Beurteilung eines gleichbleibenden Gesundheitszustandes. Damit liege aber kein Revisionsgrund vor, weshalb eine Rentenreduktion nicht zulässig sei.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 14. Juni 2019 beantragte die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahmen von pract. med. D.____ vom 15. April 2019, 8. und 11. Juni 2019 sowie die Aktennotiz von Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, vom 13. Juni 2019 die Abweisung der Beschwerde.

G. In seinen Eingaben vom 21. August 2019 und vom 20. September 2019 hielt der Versicherte an seinen und in ihrer Stellungnahme vom 27. September 2019 hielt die IV-Stelle an ihren Anträgen und Begründungen fest.

H. Am 30. Dezember 2019 reichte der Versicherte verschiedene ärztliche Berichte, unter anderem auch einen Bericht von seinem Hausarzt, Dr. C.____, vom 19. Dezember 2019 ein.

I. Anlässlich der Urteilsberatung vom 9. Januar 2020 stellte das Kantonsgericht den Fall aus. Es kam zum Schluss, dass das Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017 nicht beweiskräftig genug sei, um darauf abstellen zu können. Es werde deshalb – im Falle eines Urteils – die Angelegenheit zur weiteren Abklärung mittels eines neutralen bidisziplinären (rheumatologischen/psychiatrischen) Gutachtens und zur anschliessenden Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückweisen (vgl. dazu Beschluss vom 9. Januar 2020). Nach Massgabe von BGE 137 V 314 räumte das Kantonsgericht dem Versicherten zuerst die Gelegenheit zum Beschwerderückzug ein. Mit Eingabe vom 14. Februar 2020 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mitteilen, dass er an der Beschwerde festhalte.

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 erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 1. April 2019 ist demnach einzutreten.

2.1 In formeller Hinsicht zieht der Versicherte in Zweifel, ob angesichts des Devolutiveffekts einer Beschwerde und des Grundsatzes der Waffengleichheit die Einholung von 4 Stellungnahmen des RAD und der ärztlichen Berichte der Spital H.____ AG vom 14. Januar 2019 und 7. Februar 2019 durch die IV-Stelle im Beschwerdeverfahren zulässig sei. Nach Art. 56 ff. ATSG kommt der Beschwerde als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers demnach grundsätzlich die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichts, über das in der angefochtenen Verfügung (bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Der Verwaltung ist es grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (BGE 136 V 2 E. 2.5 S. 5 mit Hinweis auf BGE 127 V 228 E. 2 b/aa S. 231 f.; vgl. auch das vom Versicherten zitierte Urteil des Bundesgerichts vom 30. Januar 2020, 9C_167/2019 / 9C_191/2019, E. 5.3.1.1).

2.2 Eingeschränkt wird der Devolutiveffekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG. Dieser bestimmt, dass der Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen welche bzw. welchen Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen kann, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (BGE 136 V 2. E. 2.5.5.5). So besehen sind Abklärungsmassnahmen der Verwaltung lite pendente nicht schlechthin ausgeschlossen (BGE 127 V 228 E. 2b/bb). Mit Blick darauf, dass das Verfahren gemäss Art. 61 lit. a ATSG einfach und rasch sein soll, sind umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen der Verwaltung ausgeschlossen. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger auch keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürfen. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 136 V 2 E. 2.7 mit Hinweisen auf BGE 127 V 228 E. 2b/aa+bb).

2.3 Aufgrund dieser Regelungen ist das Bundesgericht zum Schluss gekommen, dass eine Sachverhaltsvervollständigung durch die Verwaltung im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren im Rahmen punktueller Abklärungen in aller Regel zulässig ist, wohingegen umfassendere Abklärungen wie eine medizinische Begutachtung mit Mitwirkung der versicherten Person oder vergleichbare zeitraubende Beweismassnahmen den Rahmen sprengen (Urteile des Bundesgerichts vom 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5.4 und vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.3).

2.4 Vorliegend stützte sich die IV-Stelle bei der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 auf das bidisziplinäre (rheumatologische/psychiatrische) Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017. Damit steht fest, dass die IV-Stelle den massgeblichen medizinischen Sachverhalt bereits vor Erlass ihrer Verfügung medizinisch abklären liess und die notwendigen Abklärungsmassnahmen nicht in ein späteres Verfahren verschob. Ihrer Pflicht, den Sachverhalt von Amtes wegen im Verwaltungsverfahren abzuklären, ist sie somit nachgekommen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2011, E. 5.2.1). Aufgrund der Einwände des Versicherten in der Beschwerde und des von ihm eingereichten Berichts der Spital H.____ AG vom 6. Februar 2019 liess die IV-Stelle die weiteren Berichte der Spital H.____ AG vom 14. Januar 2019 und 7. Februar 2019 einholen und den medizinischen Sachverhalt durch ihren RAD überprüfen. Gestützt auf die RAD-Beurteilungen vom 15. April 2019, 8. Juni 2019, 11. Juni 2019 und 13. Juni 2019 hielt sie an der Rentenreduktion gemäss Verfügung vom 1. März 2019 fest. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Dazu berechtigte sie die in Art. 53 Abs. 3 ATSG vorgesehene Möglichkeit der Wiedererwägung der Verfügung durch den Versicherungsträger bis zur Vernehmlassung gegenüber dem Gericht. Die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen des RAD wurden sodann ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erstellt und verursachten keine namhafte zeitliche Verzögerung des Verfahrens. Die von der IV-Stelle im Beschwerdeverfahren eingeholten RAD-Stellungnahmen sind somit zulässig. Eine Missachtung des Devolutiveffekts oder des Grundsatzes der Waffengleichheit ist – entgegen der Ansicht des Versicherten - nicht zu erkennen. Dieses Ergebnis entspricht auch der bundesgerichtlichen Praxis, lässt doch das Bundesgericht während des Beschwerdeverfahrens erstellte verwaltungsinterne ärztliche Berichte, wie z.B. Stellungnahmen des RAD, regelmässig als Beweismittel zu (BGE 139 V 225 E. 5.1.4; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010; 8C_675/2009 und vom 14. Mai 2018, 9C_888/2017, E. 3.2).

3.1 In materieller Hinsicht ist zu prüfen, ob die IV-Stelle zu Recht die bisherige ganze Invalidenrente des Versicherten auf eine Dreiviertelsrente reduziert hat. 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).

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 (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust

der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

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

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.4 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ist mit jenen externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, 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 (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revi-sionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der pathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist - bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand - eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch

dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von lediglich abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

5.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 5. September 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 71 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Februar 2009 zu. Diesen Rentenanspruch bestätigte sie mit Mitteilung vom 28. Oktober 2014. Im Rahmen des im November 2016 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens nahm sie eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit vertieften medizinischen und erwerblichen Abklärungen – namentlich mit der Begutachtung des Versicherten durch die Dres. E.____ und F.____ - vor. Gestützt auf deren Gutachten vom 13. Oktober 2017 reduzierte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. März 2019 die laufende ganze Invalidenrente des Versicherten per 30. April 2019 auf eine Dreiviertelsrente. Nach dem Gesagten beurteilt sich somit die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 5. September 2012 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019.

6.1 Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten tatsächlich, wie von der IV-Stelle geltend gemacht, seit Erlass der Rentenverfügung vom 5. September 2012 in einer anspruchserheblichen Weise verbessert haben.

6.2.1 In der Verfügung vom 5. September 2012, mit welcher dem Versicherten eine Dreiviertelsrente zugesprochen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das Gutachten der asim vom 3. September 2010. Darin erhoben die Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom links, ein chronisches thorakocostales Schmerzsyndrom links bei Status nach Thorakotomie am 6. Oktober 2010, leichte rotatorenmanschettentendopathische Schulterschmerzen links, eine Valgusgonarthrose links mit geringer Beweglichkeitseinschränkung bei Status nach vorderer Kreuzbandruptur und Rekonstruk-tion links 1985, nach arthroskopischer Teilmeniskektomie links 2006 sowie nach Kniekontusion im November 2007, eine beginnende Gonarthrose rechts bei Status nach Kreuzband-Ersatzplastik rechts 2000, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht in jeder beruflichen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Aus isoliert muskuloskelettärer Sicht bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in täglich stundenweiser Umsetzung ab Gutachtenszeitpunkt. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse eine körperlich leichte Tätigkeit, die kein wiederholtes Bücken oder Knien, keine häufige Treppen- und Leiterbenutzung und keine signifikante über Kopf zu verrichtende Arbeit beinhalte. Gesamthaft sei der Versicherte somit zu 50 % arbeitsfähig.

6.2.2 Im Einzelnen legte Dr. med. I.____ in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 21. Mai 2010 dar, dass sich mehrere fokale degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates vor allem am linken Knie finden liessen. An der linken Schulter könnten leichte sehnendegenerative Schmerzen bestehen. Die geklagten Thoraxbeschwerden blieben unklar und seien zu den Befunden diskrepant. Die dorsale thorakovertebrale Schmerzsymptomatik scheine gegenüber der ventralen thorakocostalen im Vordergrund zu stehen. Möglicherweise strahlten die thorakalen Segmentsdysfunktionen bei bekannten Scheuermann'schen Veränderungen und wohl beginnenden degenerativen Prozessen an der Brustwirbelsäule (BWS) nach links ventral aus. Im Lumbalbereich präsentiere sich keine signifikante Auffälligkeit oder Einschränkung der Beweglichkeit. Aufgrund der mässig auffälligen Befunde sei eine verminderte muskuloskelettäre Belastbarkeit vorhanden. Die fokalen degenerativen muskuloskelettären Auffälligkeiten schränkten die Arbeitsfähigkeit um 40 % ein.

6.2.3 Der begutachtende Psychiater, Dr. med. J.____, führte in seinem Fachgutachten vom 22. Januar 2010 aus, dass der Versicherte an einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung leide, welche sich durch seine Persönlichkeit erklären lasse. Es lägen ein gewisses Verdrängungsverhalten und narzisstische Persönlichkeitszüge vor. Der Versicherte könne auch nicht akzeptieren, dass sein Sohn seit einem Unfall querschnittgelähmt sei. Hier liege offenbar eine Kränkung vor, die zu einem inneren Konflikt geführt habe, der für die Entstehung der Schmerzverarbeitungsstörung verantwortlich sei. Das mittelgradige depressive Syndrom zeige sich durch eine

deprimierte Stimmungslage, Insuffizienzgefühle, eine reduzierte Freude, Interessenlosigkeit, eine reduzierte Schwingungsfähigkeit, eine Antriebsstörung, Durchschlafstörungen und einen Affektarmut. In Menschenmassen und beim Zugfahren reagiere der Versicherte mit Panikattacken. Als limitierende Faktoren seien eine psychiatrische Komorbidität, eine chronische körperliche Begleiterkrankung, ein Verlust der sozialen Integration, ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter Symptomatik ohne längerfristige Remission, unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Behandlungsmassnahmen sowie gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen zu nennen. Unter Berücksichtigung der Symptomausweitung, eines gewissen selbstlimitierenden Verhaltens und der Verdeutlichungstendenz sei davon auszugehen, dass nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

6.3 Nach der asim-Begutachtung hielt sich der Versicherte aufgrund therapieresistenten, lumboischialgieformen Schmerzen vom 23. August 2010 bis 4. Oktober 2010 stationär in der Spital H.____ AG auf. Im Bericht vom 4. Oktober 2010 wurden als Diagnosen eine Exazerbation des chronischen lumboradikulären Reiz- und sensiblen Ausfallsyndroms L5/S1, eine depressive Entwicklung bei sozialer Belastungssituation, eine koronare 2-Ast-Erkrankung, eine beginnende Valgusgonarthrose links sowie ein Status nach Reizblasensyndrom und Ulcu ventriculi (= Magengeschwür) aufgeführt.

6.4 Nach entsprechender Anfrage teilte die asim der IV-Stelle am 26. November 2010 unter anderem mit, dass der Versicherte gemäss Laborbefund keine Antidepressiva einnehme; d.h. die mittelgradige depressive Störung werde aktuell nicht medikamentös behandelt. Allerdings habe Dr. J.____ aufgezeigt, weshalb eine medikamentöse Behandlung erfolgslos bleiben würde. Weiter sei darauf hinzuweisen, dass die mittelgradige depressive Episode versehentlich im Gutachten nicht unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden sei. Sie gehöre auf jeden Fall darunter.

6.5.1 Im Gutachten vom 13. Oktober 2017, auf welches sich die angefochtene Verfügung vom 1. März 2019 stützt, diagnostizierte Dr. E.____ in ihrem rheumatologischen Fachgutachten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: (1) ein chronisches thorakolumbales, linksbetontes Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins linke Bein bei Hyperkyphose thorakal, leichter konvexen Skoliose, Protaktionshaltung des Kopfes, bei geringen Osteochondrosen HWK 3/4 und 5/6 mit Bandscheibenprotrusionen HWK3/4, 5/6 und 6/7, diskaler Einengung des Neuroforamen C4, geringer foraminaler Einengung durch Retrospondylophyten auf der Höhe HWK5/6, bei diskreten Residuen nach thorakalem Morbus Scheuermann, bei leichten bis mässigen bilateralen Spondylarthrosen LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1, Chondrose und Anulusfibrosus-Einriss LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1, Bandscheibenextrusion LWK 5/SWK 1 mit Kompression der foraminalen Nervenwurzel L5 links und Kontakt zur rezessalen Nervenwurzel S1 links, fokal zentral betonter Bandscheibenprotrusion LWK 4/5 mit Kontakt zur rezessalen Nervenwurzel L5 rechts und bei Status nach Thorakotomie am 12. Oktober 2006, (2) eine Valgusgonarthrose links mit leichtem Extensions- und Flexionsdefizit nach vorderer Kreuzbandplastik am linken Knie, arthroskopischer Teilresektion des lateralen Hinterhorns Knie links und Shaving Kreuzbandstumpf, nach Kontusion Knie im November 2007, nach 4-maligen Ostenil-Injektionen zwischen Dezember 2007 und Januar 2008, nach Verdrehen des

linken Knies im Mai 2008 und (3) eine beginnende mediale Gonarthrose rechts nach vorderer Kreuzbandplastik Knie rechts im Jahr 1999/2000 mit Ligamentum-patellae-Transplantat und postoperativem Infekt mit Wundrevision. Radiologisch liege links eine deutliche laterale und rechts eine beginnende mediale Gonarthrose vor. Es liessen sich keine Hinweise für eine Instabilität oder eine erneute Pathologie im Bereich der Menisken finden. Die medialen und lateralen Strukturen seien zwar extrem druckempfindlich; dies lasse sich aber nicht einzelnen Strukturen zuordnen. Infolge der schmerzbedingten Entlastung des linken Beins und der damit verbundenen Gangänderung sei es zu einer ungünstigen Belastung der degenerativ veränderten unteren lumbalen Segmente gekommen. Radiologisch seien diese im Verlauf der letzten Jahre naturgemäss leicht progredient gewesen. Auch wenn die Knieschmerzen eine wesentliche organische Grundlage hätten, müsse eine Überlagerung angenommen werden. An der Lendenwirbelsäule (LWS) seien gemäss der Bildgebung neu im September 2017 Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 dazugekommen, was zu einer Reizung der Nervenwurzeln L5 und S1 führen könne. Klinisch beständen aber keine sicheren Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallproblematik. Auch die klinischen Untersuchungen, die undeutliche Schilderung der Beschwerden und das fehlende Ansprechen auf Therapiemassnahmen sprächen gegen einen rein organisch verursachten Schmerz. Demgegenüber sei es aufgrund der radiologischen Bilder möglich, dass eine Reizung von gewissen Spinalnerven vorliege. Aufgrund der Fehlform sei die BWS leicht eingeschränkt. Bildgebend seien geringe Osteochondrosen an den HWK 3/4 und 5/6 mit flachen Bandscheibenprotrusionen HWK 3/4, 5/6 und 6/7, diskaler Einengung des Neuroforamen C4 auf der Höhe HWK 3/4 und geringer foraminaler Einengung durch Retrospondylophyten auf der Höhe HWK 5/6 festzustellen. Aufgrund der thorakalen Hyperkyphose komme es zu einer kompensatorischen Protraktionshaltung des Kopfes. Muskelverspannungen liessen sich nur sehr wenige im Bereich der Pars descendes und horizontalis des Trapezius finden. Die klinische Untersuchung der von Schmerzen betroffenen Schultergelenke sei unauffällig. Es bestehe eine ubiquitäre Druckempfindlichkeit der Muskulatur. Die Sensibilitätsstörung und die Schmerzen im oberen Thoraxbereich seien trotz verschiedenster Untersuchungen organisch nicht erklärbar. Insgesamt liessen sich keine wesentlichen diagnostischen Differenzen zu den früheren Beurteilungen finden, auch wenn die Schmerzen zum Teil mit anderen Diagnosen versehen worden seien. Dies möge auch teilweise an der diffusen Beschwerdeschilderung des Versicherten liegen. Zum Leistungsprofil führte die Rheumatologin aus, dass der Versicherte aufgrund der degenerativen Veränderungen an den Kniegelenken sowie der LWS und der Halswirbelsäule (HWS) nur noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeiten ausführen könne, sofern diese keine Zwangshaltungen insbesondere mit dem Oberkörper, keine wiederholten Rotationsbewegungen mit dem Oberkörper, kein dauerndes Knien, kein Steigen auf Treppen oder Leitern, kein Gehen auf unebenem Grund und keine Arbeiten in der Höhe beinhalteten. Aufgrund der jahrelangen Schmerzsymptomatik bedürfe der Versicherte häufiger Pausen, um Entlastungsstellungen einnehmen zu können; dies reduziere das Rendement. Die von der asim im Jahre 2010 attestierte Einschränkung des Rendements von 40 % sei aufgrund der damaligen objektiven Befunde "sehr gutwillig" gewesen; eine 30%ige Einschränkung wäre ausreichend gewesen. Deshalb sei trotz Progression der degenerativen lumbalen Veränderungen weiterhin von einer Verminderung des Rendements von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Mit dieser Einschränkung sei der allenfalls vorhandenen radikulären Reizsymptomatik ausreichend Rechnung getragen. Somit ergebe sich

in der medizinischen Aktenlage im Vergleich zur Erstbeurteilung von 2010 insgesamt keine Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit.

6.5.2 Der psychiatrische Gutachter Dr. F.____ diagnostizierte in seinem undatierten Teilgutachten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Anlässlich der Untersuchung habe er den Versicherten als etwas lustlos, jedoch nicht deprimiert oder affektlabil erlebt. Affektiv sei er gut schwingungsfähig gewesen. Auch seien keine Schuldgefühle vorhanden. Demgegenüber beständen Insuffizienzgefühle. Er gebe zudem an, dass er regelmässig alle 2 – 3 Tage Ängste in Menschenmengen erlebe. Trotzdem finde kein Vermeidungsverhalten statt; die Ängste seien auch jeweils nach 5 Minuten kontrollierbar. Weiter seien leicht reduzierte Interessen und eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit festzustellen. Suizidgedanken hätten am Anfang bestanden; entsprechende Versuche hätten aber nie stattgefunden. Es liege ein sozialer, jedoch nicht vollständiger Rückzug vor. Zudem habe er aufgrund der Schmerzen regelmässig Durchschlaf-, aber keine Einschlafstörungen. In seiner Beurteilung hielt Dr. F.____ fest, dass der Versicherte einen Sohn habe, der 2005 verunfallt und seither querschnittgelähmt sei. Im Oktober 2006 habe der Versicherte einen Herzinfarkt erlitten und sei seither nicht mehr voll arbeitsfähig. Aufgrund der sich daraus entwickelten psychischen Beschwerden sei er psychiatrisch ambulant behandelt worden. Von September 2015 bis Juni 2017 hätten keine ambulanten Behandlungen oder psychopharmakologische Medikationen mehr stattgefunden. Bei der heutigen Untersuchung könne keine depressive Episode mehr diagnostiziert werden. Aus diesem Grund habe er eine rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert, als Diagnose aufgeführt. Diese Diagnose lasse sich mit den Ergebnissen der Hamilton Depression Scale Testung und dem Therapieunterbruch bestätigen. Da die Schmerzen im Bereich des Rückens nicht ausreichend durch somatische Befunde erklärt werden könnten, diagnostiziere er zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung. Eine Agoraphobie mit Panikstörung liege dagegen nicht mehr vor. Zwar erleide der Versicherte Angstzustände beim Einkaufen in grösseren Menschenmengen; diese seien jedoch nach kurzer Zeit kontrollierbar. Es finde auch kein Vermeidungsverhalten statt, ist er doch in der Lage, täglich einkaufen zu gehen. Die vom Versicherten geschilderte 100%ige Arbeitsunfähigkeit korreliere nicht mit der effektiven Leistungsfähigkeit im Alltag. So könne er selbstständig leben, Einkäufe erledigen, Spaziergänge unternehmen, mit dem Auto fahren und zweimal im Jahr mit dem Flugzeug nach X.____ zu einer vierwöchigen Kur reisen. Zudem sei die partnerschaftliche Beziehung gut und es bestehe ein Sexualleben. Da bei der letzten Begutachtung im Jahr 2010 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine Agoraphobie mit Panikstörung diagnostiziert worden sei, sei seither eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten. Aufgrund der aktuell bestehenden Symptome der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei er nur noch leichtgradig zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dies zeige sich auch in den Ergebnissen des Mini-ICF-APP-Rating-Bogens, bei welchen nur leichte Beeinträchtigungen in der Flexibilität, der Umstellung-, der Durchhalte- und der Selbstbehauptungsfähigkeit festgestellt worden seien. Aktenanamnestisch sei davon auszugehen, dass mindestens ab September 2015 keine depressive Episode mehr vorgelegen habe. Aus diesem Grund sei ab diesem Zeitpunkt von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

6.5.3 In ihrer abschliessenden gesamtmedizinischen Konsensbesprechung kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich die rheumatologische Einschätzung massgebend sei.

6.6 Nach der Begutachtung durch die Dres. E.____ und F.____ wurden folgende wesentliche ärztliche Berichte erstattet: Der behandelnde Psychiater, Dr. med. K.____, äusserte am 23. April 2018, es treffe zu, dass der Versicherte über eine längere Zeit psychiatrisch nicht behandelt worden sei. Während dieser Therapiepause sei er aber nicht ohne depressive Symptome gewesen. Im Jahr 2017 habe er sich aufgrund einer deutlichen Verschlechterung der psychischen Beeinträchtigungen wieder zur Therapie angemeldet. Zudem hätten die angekündigte IV-Revision mit erneuter Begutachtung Sorgen und Befürchtungen verursacht. Bei den neu aufgenommenen Behandlungen habe er festgestellt, dass der Versicherte seit mindestens Januar 2018 wieder an einer mittelgradigen Depression leide. So habe sein Antrieb abgenommen und er könne sich kaum mehr an seinen bisherigen Alltagstätigkeiten festhalten. Seit Zustellung des Vorbescheids im März 2018 seien neue Ängste und Sorgen aufgetreten. Er könne kaum mehr abschalten und es beständen Existenz- und Zukunftsängste, massive Schlafstörungen, Gedankenkreisen und Grübeln bis hin zu Lebensüberdruss. Badekuren mache er nur deshalb in X.____, weil er sich diese dort leisten könne. Ausserdem sei das dortige trockene Klima besser für seine Schmerzen. Die Antidepressiva habe er abgesetzt, weil er davon entweder Magenschmerzen bekomme oder sie zu stark sedativ wirkten. Insgesamt könne er sich nicht der Ansicht von Dr. F.____ anschliessen, wonach die Depression remittiert sei. Gemäss seiner Einschätzung begründe die mittelgradige depressive Episode aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.7 Nachdem die IV-Stelle die Akten der Krankenkasse des Versicherten eingeholt hatte, stellte die RAD-Ärztin pract. med. D.____ am 21. November 2018 fest, dass der Versicherte Dr. K.____ im Jahr 2015 drei Mal, im Jahr 2016 nie, im Jahr 2017 ca. drei Mal und im ersten Halbjahr 2018 ca. alle 6 Wochen konsultiert habe. Diese geringe Anzahl von psychiatrischen Konsultationen zeige keinen ausgeprägten Leidensdruck. Es könne deshalb nicht von einem relevant und dauerhaft verschlechterten psychischen Gesundheitszustand gesprochen werden. Der Versicherte habe die angebotenen Therapiemöglichkeiten, wie die psychopharmakologische Medikation und häufigere Konsultationen beim behandelnden Psychiater, nicht genutzt. Zudem seien die Alltags- und Freizeitaktivitäten nicht wesentlich beeinträchtigt und die Funk-tionsfähigkeit bezüglich Organisation und Durchführung von grösseren Planungen und Aktivitäten sei uneingeschränkt. Die Beurteilung von Dr. K.____ sei deshalb nicht geeignet, das Gutachten der Dres. E.____ und F.____ in Frage zu stellen. Dieser Auffassung schloss sich die RAD-Ärztin Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrer Stellungnahme vom 27. November 2018 an. Die psychiatrischen Befunde von Dr. F.____, wie die affektiv gute Schwingungsfähigkeit, die fehlende Affektlabilität, die in der Hamilton Depression Scale Testung erreichten 5 Punkte sowie die vorhandenen Aktivitäten und Ressourcen, sprächen gegen das aktuelle Vorliegen einer depressiven Episode. Der Versicherte sei auch reisefähig und fahrtauglich, habe eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seinen beiden Söhnen, erledige den Einkauf mit dem Auto oder zu Fuss sowie die administrativen Angelegenheiten. Dazu komme, dass im rheumatologischen Gutachten Inkonsistenzen beschrieben worden seien. Es bestehe eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Dr. K.____ den subjektiven Angaben und dem maladaptiven Verhalten des Versicherten

eine höhere pathologische Bedeutung zumesse als Dr. F.____. Dazu komme, dass die von Dr. K.____ beschriebenen reaktiven Störungen aufgrund des negativen Rentenentscheids keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung begründen könnten. Zudem habe auch der Hausarzt, Dr. C.____, in seinem Bericht vom 23. März 2017 eine Remission der depressiven Störung festgestellt.

6.8 Am 14. Januar 2019 berichtete der behandelnde Arzt der Spital H.____ AG, dass in somatischer Hinsicht gestützt auf die bildgebenden Befunde vom 13. Dezember 2018 und 2. Januar 2019 eine fortgeschrittene schwere Omarthrose beidseits sowie eine Epicondylo-pathie ausgewiesen seien (vgl. Kurzbericht vom 6. Februar 2019 und Ultraschalluntersuchung der Spital H.____ AG vom 2. Januar 2019). Vom 23. Januar 2019 bis 7. Februar 2019 hielt sich der Versicherte für eine stationäre Schmerzkomplex-Therapie in der Spital H.____ AG auf. Im Austrittsbericht vom 7. Februar 2019 hielten die medizinischen Fachpersonen fest, dass die aktuelle Funktionseinschränkung und die Schmerzsymptomatik bei beiden Schultern vor allem auf die Omarthrose mit einer Frozen-Shoulder und die Ellbogenschmerzen auf eine Epicondylitis zurückzuführen seien. Die Symptomatik sei aufgrund der wechselhaften klinischen Beschwerden und des fehlenden klaren Korrelats in der Bildgebung untypisch für eine radikuläre Beteiligung. Für die Beschwerden sei auch die Schmerzausweitung bei bestehendem chronischen Schmerzsyndrom und anderen bekannten psychiatrischen Komorbiditäten verantwortlich.

6.9.1 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens holte die IV-Stelle 4 Stellungnahmen vom RAD ein. Pract. med. D.____ verglich in ihrer Stellungnahme vom 15. April 2019 die Befunde der asim aus dem Jahr 2010 und von Dr. E.____ von 2017. Sie zeigte auf, dass die objektiv erhobenen Befunde nicht relevant voneinander abweichen würden. Die vom behandelnden Arzt der Spital H.____ AG erst kürzlich beschriebene schwere Omarthrose beidseits sowie die Epicondylopathie stellten allerdings eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar. Ohne Dokumentation der subjektiven Beschwerden, der objektiven Befunde und dem weiteren Verlauf könne aber nicht beurteilt werden, ob dabei langdauernde, relevante und wenig beeinflussbare oder nur vorübergehende Funktionseinschränkungen vorlägen (vgl. auch Stellungnahme vom 8. Juni 2019). Am 11. Juni 2019 nahm sie auch zum psychischen Gesundheitszustand des Versicherten Stellung. Aufgrund der nachgereichten Berichte ergäben sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. auf einen zunehmenden Leidesdruck, der den Alltag des Versicherten zusätzlich einschränke.

6.9.2 Dr. G.____ äusserte sich am 13. Juni 2019 in einer Aktennotiz zur somatischen Aktenlage. Er verwies auf die von Dr. E.____ festgestellten Inkonsistenzen zwischen dem spontanen Verhalten und demjenigen in der Untersuchungssituation. Trotz dieser auffälligen Befundinkonsistenzen räume Dr. E.____ aufgrund der jahrelangen Schmerzsymptomatik und des damit einhergehenden häufigen Pausenbedarfs eine Reduktion des Rendements des Versicherten ein. Bei genauerer Betrachtung ihrer Ausführungen werde ersichtlich, dass sie massgeblich auf die subjektiven Angaben des Versicherten abgestellt habe. Ihr Zumutbarkeitsprofil sei daher "sehr rücksichtsvoll ausgestaltet" worden. Eine allfällig hinzugetretene Funktionseinschränkung der beiden Schultern lasse sich deshalb als weitgehend inkludiert betrachten und rechtfertige keine zusätzliche Verminderung des bisherigen attestierten Rendements von 40 %.

6.10 Weiter liegt der Bericht von Dr. C.____ vom 19. Dezember 2019 in den Akten. Darin führte dieser aus, dass der Versicherte aktuell an Thorax- und Schulterschmerzen sowie an Lumbalgien leide. Aufgrund der fortgeschrittenen Gonarthrose bestehe ein zunehmendes Verkürzungshinken mit Extensionsdefizit. Intermittierend trete Schwankungsschwindel auf. Dazu bestünden gehäufte Nervosität, Gedankenkreisen, innere Unruhe sowie Konzentrations- und Schlafstörungen. Die psychische Belastbarkeit des Versicherten sei erheblich eingeschränkt. In somatischer Hinsicht seien die Kniefunktion und die thorakale Beweglichkeit beeinträchtigt. Derzeit bestehe zur Sekundärprophylaxe der Herzkrankheit und Vitamin-D-Substitution eine medikamentöse Therapie. Aufgrund multiplen Unverträglichkeiten werde der Versicherte nicht psychopharmakologisch behandelt. Die Physiotherapie und intermittierend auch die Psychotherapie würden fortgeführt.

6.11 Der Vollständigkeit halber sind die Berichte der Spital H.____ AG vom 10. und 13. Dezember 2019 zu erwähnen, in welchen sich die behandelnden Ärzte zum beidseitigen Karpaltunnelsyndrom, das von PD. Dr. med. M.____, FMH Neurologie, erstmals im Jahr 2014 elektroneurographisch nachgewiesen werden konnte, äusserten. Es erfolgte eine konservative Behandlung (vgl. Arztbericht vom 25. September 2014). Anlässlich der Begutachtung durch Dr. E.____ klagte der Versicherte nicht mehr über Schmerzen an den Handgelenken. Da im Rahmen der richterlichen Überprüfungsbefugnis nur jener Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 entwickelt hat, kann eine allfällige Verschlechterung des Karpaltunnelsyndroms im vorliegenden Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden (vgl. zur zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis: BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und beim Entscheid über die Frage, ob seit der im September 2012 erfolgten Rentenzusprache eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und - damit einhergehend - der Arbeitsfähigkeit des Versicherten eingetreten ist auf die Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die asim im Jahr 2010 aus somatischer Sicht gleichgeblieben sei und sich die psychische Situation des Versicherten erheblich verbessert habe mit der Folge, dass sich die bisherige 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit ab September 2015 auf eine solche von 60 % erhöht hat.

7.2.1 In Würdigung des Gutachtens der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017 ist festzustellen, dass das rheumatologische Teilgutachten von Dr. E.____ formal grundsätzlich den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten entspricht. Es beruht auf vollständige Akten, eine persönliche Untersuchung sowie eine ausführliche Anamnese. Eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen war nicht erforderlich, ergaben sich doch in somatischer Hinsicht diagnostisch keine wesentlichen Differenzen. Entgegen der Sichtweise der IV-Stelle hat Dr. E.____ jedoch nicht schlüssig aufzeigen kön-

nen, weshalb der Umfang der Arbeitsfähigkeit trotz ausgewiesener Progression der degenerativen Veränderungen an der LWS seit der Begutachtung durch die asim im Jahr 2010 gleichgeblieben ist. Zur Begründung führt sei einzig an, dass die Beurteilung der asim "sehr gutwillig" gewesen sei. Aufgrund der damaligen Befunde hätte sie lediglich eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als gerechtfertigt erachtet. Dabei hält sie auf Seite 84 des Gutachtens ausdrücklich fest, dass es sich "hierbei um eine andere Einschätzung des gleichen medizinischen Sachverhalts" handle. Aus diesen Ausführungen wird nicht klar, von welchem Arbeitsunfähigkeitsgrad sie ausgegangen ist, als sie die Auswirkungen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt hat. Sollte sie auf ihre eigene Einschätzung (Arbeitsunfähigkeit von 30 %) abgestellt haben, so würde dies bedeuten, dass sich – entgegen den Angaben von Dr. E.____ - die bisherige Arbeitsunfähigkeit von 40 % auf 50 % erhöht hat. Da die von Dr. E.____ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zuverlässig genug ist, kann nicht darauf abgestellt werden.

7.2.2 Das Teilgutachten von Dr. F.____ beruht auf einer persönlichen Untersuchung und einer ausführlichen Anamnese. Bis auf den ärztlichen Verlaufsbericht von Dr. K.____ vom 29. Juni 2017, aus welchem hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund seiner depressiven Erkrankung im Juni 2017 die psychiatrische Behandlung wiederaufgenommen habe, ist der Aktenbeizug vollständig. Die fehlende Berücksichtigung des Berichts von Dr. K.____ ist jedoch nicht derart schwerwiegend, dass schon alleine aus diesem Grund die Verwertbarkeit des Gutachtens in Zweifel gezogen werden kann. Einerseits war sich Dr. F.____ über die Wiederaufnahme der Therapie bei Dr. K.____ per Juni 2017 bewusst, vermerkte er doch diese Tatsache in der Anamnese auf Seite 89 seines Teilgutachtens. Andererseits ist der Verlaufsbericht von Dr. K.____ vom 29. Juni 2017 nicht sehr aussagekräftig. So substantiierte Dr. K.____ seine nach lediglich einer Konsultation gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung kaum. Demgegenüber hat Dr. F.____ seine Diagnose einer rezidivierenden, gegenwärtig remittierten, depressiven Störung nachvollziehbar hergeleitet und begründet. Ein Vergleich mit dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. J.____ zeigt auf, dass sich die depressive Symptomatik verbessert hat. Bei der Begutachtung der asim lagen eine Antriebsstörung, eine Reduktion der Freude und der Schwingungsfähigkeit sowie Durchschlafstörungen vor. Affektiv war der Versicherte deprimiert und affektarm gewesen. Die früher vorhandenen Interessen und die Libido waren aufgehoben. Zeitweise bestanden Suizidgedanken (vgl. psychiatrisches Fachgutachten vom 22. Januar 2010, S. 5). Demgegenüber berichtete Dr. F.____ von einem etwas lustlosen, aber nicht von einem deprimierten oder affektlabilen Versicherten. Er sei zudem schwingungsfähig gewesen und habe einen normal ausgebildeten Antrieb gehabt. Suizidgedanken seien keine mehr vorhanden. Die Libido und das Sexualleben seien unter pharmakologischer Unterstützung normal ausgeprägt. Festzustellen seien noch eine leichte Reduktion der Interessen, Insuffizienzgefühle, Durchschlafstörungen und eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit (vgl. Gutachten vom 13. Oktober 2017, S. 90). Bei diesen Befunden ist es nachvollziehbar, dass Dr. F.____ – im Gegensatz noch zu Dr. J.____ - die depressive Störung des Versicherten inzwischen als remittiert bezeichnet hat. Desgleichen leuchtet ein, dass Dr. F.____ die von Dr. J.____ gestellte Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung gestützt auf die Angaben des Versicherten nicht mehr gestellt hat. Zwar entwickle der Versicherte beim Einkaufen in grösseren Menschenmengen immer noch Ängste, diese könne er

jedoch nach 5 Minuten wieder kontrollieren. Diese Ängste führten zudem nicht zu einem Vermeidungsverhalten, gehe der Versicherte doch täglich einkaufen. Auch der behandelnde Psychiater, Dr. K.____, diagnostizierte keine Agoraphobie mit Panikstörungen (vgl. Berichte vom 30. September 2014 und 30. April 2018). Somit ist die anhaltende somatoforme Schmerzstörung die einzige Diagnose, die seit der asim-Begutachtung unverändert bestehen bleibt. Es besteht daher kein Anlass, an der Feststellung von Dr. F.____, wonach sich zwischenzeitlich der psychische Gesundheitszustand verbessert habe, zu zweifeln.

7.2.3 Während Dr. F.____ eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes überzeugend dargelegt hat, leuchtet seine Begründung zur Einschätzung, wonach sich aus psychischer Sicht die von Dr. J.____ festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 20 % reduziert habe, weniger ein. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit lässt sich gemäss seiner Auffassung nur noch aufgrund der leicht ausgeprägten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung rechtfertigen. Hierzu führte Dr. F.____ an, dass der Versicherte nach wie vor ein selbstständiges Leben führen, die Tagesstruktur aufrechterhalten, Freizeitaktivitäten ausüben und zweimal im Jahr für 4-wöchige Kuraufenthalte nach X.____ reisen könne. Es sei davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung seine Arbeitsfähigkeit nur zu 20 % einschränke. Diese Begründung reicht nicht aus, um nachvollziehen zu können, weshalb die anhaltende somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit lediglich zu 20 % einschränken soll, unterscheiden sich doch der von Dr. F.____ und von Dr. J.____ beschriebene Alltag des Versicherten nur unwesentlich. Dazu kommt, dass der Versicherte während der Untersuchung ein äusserst auffälliges Schmerzgebaren zeigte (vgl. Gutachten vom 13. Oktober 2017, S. 76), welches Dr. F.____ als glaubhaft erachtet hat (vgl. Gutachten vom 13. Oktober 2017, S. 95 oben). Es erstaunt daher, dass diese Schmerzen bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keinen Eingang gefunden haben; zumal er auch eine Aggravation verneint hat. Schliesslich hat es Dr. F.____ auch unterlassen, sich mit der Einschätzung von Dr. J.____ vom 22. Januar 2010 auseinandersetzen. Eine solche Auseinandersetzung ist jedoch erforderlich, um die für die Rentenreduktion ausschlaggebende Verbesserung der psychischen Situation des Versicherten auch umfangmässig nachvollziehen zu können. In dieser Hinsicht ist sein Gutachten als unvollständig zu bezeichnen.

7.3 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 13. Oktober 2017 bezüglich der Arbeitsfähigkeitseinschätzungen weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht genügend schlüssig ist, um darauf abstellen zu können. Aufgrund dieses Gutachtens kann somit nicht beurteilt werden, ob die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente infolge verbesserten Gesundheitszustandes zu Recht verfügt worden ist.

8.1 Weiter steht aufgrund der Aktenlage eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nach der Begutachtung durch die Dres. E.____ und F.____ im Raum. Unter den Parteien ist unbestritten, dass gestützt auf die Berichte der Spital H.____ AG vom 2. Januar 2019, 14. Januar 2019, 6. Februar 2019 und 7. Februar 2019 von einer mittlerweile organisch nachgewiesenen Schulterproblematik auszugehen ist. So bestätigte pract. med. D.____ auch in ihrer Stellungnahme vom 15. April 2019, dass seit der Begutachtung durch die Dres. E.____ und F.____ eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten sei. Sie konnte jedoch mangels Dokumentation der subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden nicht beurteilen, ob es sich um eine dauerhafte oder nur um eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes handelt. In der Folge leitete die IV-Stelle das Dossier zur spezialärztlichen Beurteilung an den RAD-Arzt Dr. G.____ weiter. Dieser kam in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2019 zum Schluss, dass am von Dr. E.____ "sehr rücksichtsvoll" formulierten Zumutbarkeitsprofil auch unter Einbezug der organisch ausgewiesenen Schulterproblematik festgehalten werden könne. Das Zumutbarkeitsprofil sei lediglich dahingehend zu ergänzen, dass der Versicherte nun auch in Bezug auf schulterbelastende Tätigkeiten, wie z.B. bei Überkopfarbeiten, eingeschränkt sei. Das Rendement werde dabei nicht verändert. Diese Beurteilung vermag nicht zu überzeugen, ist doch nicht ersichtlich, inwiefern das Zumutbarkeitsprofil von Dr. E.____ "sehr rücksichtsvoll" formuliert worden sei. Zudem ist in seiner Stellungnahme nicht erkennbar, ob ihm bei seiner Beurteilung die Berichte der Spital H.____ AG vom 14. Januar 2019 und 7. Februar 2019 sowie die Bildgebung vorlagen. Dies wäre aber gemäss pract. med. D.____ für eine sorgfältige Abklärung der nun organisch ausgewiesenen Beeinträchtigungen an der Schulter notwendig gewesen (vgl. Stellungnahmen von pract. med. D.____ vom 15. April 2019 und 8. Juni 2019). Da die bisher ungeklärten, anhaltenden Schulterbeschwerden mit den Berichten der Spital H.____ AG vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2019 objektiviert werden konnten, ist diese seit der Begutachtung durch die Dres. E.____ und F.____ veränderte Sachlage im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen. Die IV-Stelle wäre deshalb im Rahmen der Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen verpflichtet gewesen, vor Erlass der Verfügung zu prüfen, ob sich aufgrund der neuen Befunde der medizinische Sachverhalt hinsichtlich der Rentenfrage massgeblich verändert hat.

8.2 In psychischer Hinsicht haben die beiden RAD-Ärztinnen Dr. L.____ und pract. med. D.____ in ihren Stellungnahmen vom 27. November 2018 und vom 11. Juni 2019 zu Recht festgestellt, die Ausführungen von Dr. K.____ in seinem Bericht vom 23. April 2018 seien zu wenig substantiiert, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen zu können, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten seit der asim-Begutachtung massgebend verschlechtert hat. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dem Bericht der Spital H.____ AG vom 7. Februar 2019 Anhaltspunkte für eine vor Verfügungserlass eingetretenen Verschlechterung der depressiven Symptomatik zu entnehmen sind.

8.3 Nach dem Gesagten lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen keine abschliessende Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und somit auch keinen Entscheid über die Frage zu, ob seit der letzten materiellen Rentenüberprüfung eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung vom 1. März 2019 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese hat den aktuellen medizinischen Sachverhalt unter Berücksichtigung der nach der Begutachtung durch die Dres. E.____ und F.____ ergangenen medizinischen Berichte und unter besonderer Beachtung der revisionsrechtlichen Fragestellungen sowie der bis Verfügungserlass eingetretenen Verschlechterung des somatischen und allenfalls psychischen Gesundheitszustandes nochmals durch ein neutrales Gut-

achten abklären zu lassen. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse wird die IV-Stelle anschliessend über das Vorliegen eines Revisionsgrundes und damit zusammenhängend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 sowie 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen).

9.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- 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. Da die IV-Stelle unterliegende Partei ist, sind ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 25. Oktober 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14,4 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 76.80 (exkl. Kostenvorschuss von Fr. 800.--). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'959.90 (14,4 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 76.80 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

10.1 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. Selbstständig 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 477 E. 4.2).

10.2 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 1. März 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. 3'959.90 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.