



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

Vom 3. Dezember 2020 (720 20 147 / 302)

Invalidenversicherung

IV-Rente: Würdigung eines bidisziplinären Gutachtens; Eingliederungsmassnahmen

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Lena Eichenberger

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Alex Hediger, Advokat, Hediger Aeberli Oeschger, Freie Strasse 82, Postfach, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1958 geborene A.____ war seit 1990 als Staplerfahrer bei der B.____ in W.____ tätig. Am 7. Juli 2016 meldete er sich unter Hinweis auf eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und ein lumbo-radikuläres Reizsyndrom bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens in den Disziplinen Psychiatrie und Rheumatologie bei den Dres. med. C.____,

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und D.____, FMH Rheumatologie, und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 13. März 2020 eine ganze Invalidenrente vom 1. Mai 2017 bis 31. August 2017 und wiederum ab 1. Dezember 2018 zugesprochen.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Alex Hediger, am 16. April 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte unter o/e-Kostenfolge, die angefochtene Verfügung vom 13. März 2020 sei teilweise aufzuheben und es sei ihm auch für den Zeitraum vom 1. September 2017 bis 30. November 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Nicht im Rechtsbegehren, aber in der Begründung beantragte er weiter, eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdebeklagte zurückzuweisen, damit sie eine erneute bidisziplinäre Begutachtung im Sinne eines Obergutachtens vornehmen lasse und danach bezüglich des umstrittenen Zeitraums neu entscheide. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Verbeiständung. Zur Begründung seiner Beschwerde brachte er im Wesentlichen vor, es sei unzutreffend, dass sich sein Gesundheitszustand ab 1. Juni 2017 bis Ende August 2018 derart verbessert habe, dass die Ausübung der früheren Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von 90 % zumutbar gewesen sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. Mai 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 30. Juli 2020 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Alex Hediger bewilligt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 16. April 2020 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 1. September 2017 bis 30. November 2018. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtssprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4

E. 1.2). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung mit einzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2009, 9C_136/2009, E. 2.5, BGE 131 V 242 E. 2.1).

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).

3.2 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. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag

gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 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).

5.1 Der strittigen Angelegenheit liegen diverse medizinische Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden werden indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben, welche sich für den Entscheid als relevant erweisen.

5.2 Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 10. August 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines depressiven Zustandsbilds, a.e. als Ausdruck einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie Probleme am Arbeitsplatz, Kündigung (ICD-10: Z56). Die Kündigung der Arbeitsstelle habe als psychosozialer Belastungsfaktor zum Entstehen einer krankheitswertigen, überwiegend depressiv-orientierten Störung beigetragen. Der Versicherte befinde sich seit wenigen Monaten erstmalig in ambulanter psychiatrischer Behandlung, es bestehe eine umfassende Pharmakotherapie. Neben den psychischen Beschwerden (vor allem depressiv-orientiert) befinde er sich auch körperlich in einem merklich beeinträchtigten Zustand. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes, dem bisher fehlenden Ansprechen auf die Behandlungen und zur Neuordnung der umfassenden Medikation empfehle er eine stationäre Behandlung. Es bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Staplerfahrer bzw. Lagermitarbeiter.

5.3 Der Versicherte befand sich vom 13. Januar 2017 bis 10. März 2017 und vom 2. Mai 2017 bis 24. Mai 2017 in stationärer Behandlung in der Klinik F.____. Vom 13. März 2017 bis 27. März 2017 sowie vom 18. April 2017 bis 27. April 2017 erfolgte ein tagesstationärer Aufenthalt in dieser Klinik. Anlässlich der Beendigung der stationären Behandlung erhob Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Austrittsbericht vom 31. Mai 2017 die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, eine sonstige Spondylose mit Radikulopathie und eine Zystitis nicht näher bezeichnet. Der Versicherte sei laut eigenen Angaben aufgrund seiner Schmerzen depressiv und fühle sich überflüssig, weil er nicht mehr arbeite. Seine Ehefrau habe berichtet, dass er häufig sehr nervös, gereizt und zeitweilig auch aggressiv gewesen sei. Er

habe Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie weniger Appetit. Die Tagesstruktur sei weitestgehend erhalten. Er helfe im Haushalt, habe allerdings eine starke Rückzugstendenz und habe kaum soziale Kontakte nach aussen. Er gehe mit dem Hund spazieren, halte sich ansonsten aber überwiegend zuhause auf und schlafe viel. Er habe eine Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, ausgeprägte Selbstwertproblematik sowie eine starke Grübelneigung beschrieben. Hinzu kämen familiäre Belastungen durch die Karzinomerkrankung der Mutter und Konflikte mit dem Sohn sowie dem dominanten Vater. Er habe berichtet, dass er seit vielen Jahren Rückenschmerzen habe und seit vier Jahren immer wieder im Spital H.____ behandelt worden sei. Seit ca. drei Jahren bemerke er eine depressive Entwicklung. Gemäss Dr. G.____ hätten als Störungen der Affektivität eine Ratlosigkeit, eine Störung der Vitalgefühle, depressive Grundstimmung, ausgeprägte Anhedonie, eine Ängstlichkeit bezogen auf Alleingelassen werden, eine Gereiztheit, eine innerliche Unruhe, Insuffizienz- und Schuldgefühle vorgelegen und sei eine Affektinkontinenz beobachtbar gewesen. Der Patient habe regelmässig und aktiv am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen und habe sich schnell und gut in die Patientengruppe integrieren können. Während des ersten stationären Aufenthaltes sei eine Umstellung der antidepressiven Therapie auf Wellbutrin erfolgt; danach habe sich rasch eine Abnahme der depressiven Beschwerden bei unveränderter Schmerzsymptomatik gezeigt. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt (13. Januar 2017-10. März 2017) sei der Patient am 13. März 2017 in die tagesstationäre Behandlung eingetreten, wo mit ihm weiter an der Entwicklung neuer Problemlösestrategien und lösungsorientiertem Denken gearbeitet worden sei. Aufgrund des plötzlichen Todes seiner Mutter sei er am 27. März 2017 aus der tagesstationären Behandlung ausgetreten, um die Beerdigung seiner Mutter und die weitere Versorgung des pflegebedürftigen Vaters organisieren zu können. Danach sei der Wiedereintritt in die tagesstationäre Abteilung am 18. April 2017 erfolgt. Dort habe sich eine akute Zustandsverschlechterung mit Schmerzexazerbation, Antriebsminderung, Antriebshemmung und depressiver Stimmungslage sowie erneut verstärktem Rückzug gezeigt. Am 2. Mai 2017 seien der Übertritt in die stationäre Behandlung zur Krisenintervention und eine erneute Umstellung der antidepressiven Therapie erfolgt. Diese hätte jedoch nach drei Tagen aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen werden müssen. Der Patient sei in leicht stimmungsaufgehelltem Zustand bei unveränderter Schmerzsymptomatik ausgetreten.

5.4 Die Klinik F.____ hielt mit Arztbericht vom 14. Juni 2017 fest, dass das Erlangen einer zumindest niedrigprozentigen – ca. 20-40 % – Arbeitsfähigkeit stark von einer Besserung der Schmerzsymptomatik abhängig zu sein scheine, da die vorübergehende Besserung der depressiven Symptomatik zu keiner anhaltenden Erhöhung der Belastbarkeit geführt habe.

5.5 Mit Bericht vom 26. September 2017 diagnostizierte Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, seit dem Austritt aus der Klinik F.____ am 24. Mai 2017 ein mittelgradiges depressives Syndrom. Zudem habe das lumboradikuläre Schmerzsyndrom eher zugenommen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I.____ fest, dass der Patient aufgrund des depressiven Syndroms und des lumbospondylogenen Reizsyndroms seit 11. Mai 2016 bis auf weiteres wegen allgemein verminderter psychophysischer Leistungsfähigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei.

5.6 Die IV-Stelle gab im Hinblick auf die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bei den Dres. D.____ und C.____ ein bidisziplinäres (rheumatologisches/psychiatrisches) Gutachten in Auftrag, das am 22. Mai 2018 respektive am 31. Mai 2018 erstattet wurde.

5.6.1 Im rheumatologischen Fachteil erhob Dr. D.____ beim Versicherten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Schmerzausstrahlung links. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit positiven Waddell-Zeichen, Fibromyalgie-Druckpunkten und Kontrollpunkten sowie pseudoneurologischen motorischen und sensiblen Ausfällen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, einen Hallux valgus, Spreizfüsse und einen Status nach Schulterkontusion links vor Jahren anamnestisch. Aufgrund der symptomatischen degenerativen Lendenwirbelsäule (LWS)-Beschwerden sei es immer nur vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während Schmerzexazerbation, zeitweise mit Hospitalisation, gekommen. Der Explorand habe dank der regelmässigen Einnahme von Schmerzmitteln und auch aufgrund der Wirkung der wiederholt durchgeführten Infiltrationen seiner langjährigen Arbeit als Staplerfahrer nachgehen können. Aus rein rheumatologischer Sicht seien ihm ohne Berücksichtigung der Zeichen der Schmerzfehlerverarbeitung, jedoch unter Berücksichtigung der symptomatischen Veränderungen an der LWS alle körperlich leichten bis selten intermittierend mittelschweren und rückenadaptierten Tätigkeiten zumutbar. Zwischenzeitliche Schmerzexazerbationen mit zeitweise mehrwöchigen Phasen der Arbeitsunfähigkeit seien dabei nachvollziehbar, jedoch keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit. Je nach Schmerzsituation sei auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der Grössenordnung von 10 % aus rein rheumatologischer Sicht begründet. Dies gelte sowohl aktuell als auch retrospektiv.

5.6.2 Im psychiatrischen Fachteil des Gutachtens gelangte Dr. C.____ zur Auffassung, dass sich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen lasse. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob der Gutachter eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode sowie den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen erheblicher Intensität im Bereich der lumbosacralen Wirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel nachweisen. Aus psychiatrischer Sicht würden sich gemäss Dr. C.____ Belastungen nachweisen lassen, die schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich sei einerseits die Kündigung des Arbeitsplatzes nach 26-jähriger Tätigkeit als Staplerfahrer per Ende Mai 2016 zu nennen. Diese Kündigung sei vom Exploranden als völlig ungerechtfertigt erlebt worden. Als weitere Belastung sei der Tod der Mutter im März 2017 zu nennen, aber auch der Kontaktabbruch mit dem 33-jährigen Sohn. Aktuell beurteile der Explorand die Rückenschmerzen als sein Hauptproblem. In einer VAS-Skala gebe er eine andauernde Schmerzintensität zwischen 8 bis 10 an. Während der aktuellen Untersuchung hinterlasse er allerdings nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Zwar sei die Stimmung beim Gespräch über die Beschwerden bedrückt-traurig, zum Teil weinerlich. Beim Gespräch über Themen ausserhalb des Beschwerdebereichs helle die Stimmung jedoch auf. Am

Ende der Untersuchung hinterlasse der Explorand einen deutlich vitaleren Eindruck als zu Beginn. Ermüdungserscheinungen würden sich klinisch nicht feststellen lassen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt jedoch als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Den Angaben des Exploranden zufolge bestünden die depressiven Beschwerden seit der Kündigung des Arbeitsplatzes per Mai 2016. Bis heute sei es zu einer stetig progredienten Verschlechterung sowohl der Rückenschmerzen als auch der depressiven Beschwerden gekommen. Die Angaben des Exploranden bezüglich des Verlaufs der depressiven Beschwerden seien als inkonsistent zu betrachten. Einerseits berichte der Explorand darüber, dass die depressiven Beschwerden seit der Kündigung stetig progredient bis heute zugenommen hätten, andererseits erwähne er, dass es bis heute unter anderem dank der Klinikaufenthalte zu einer Verbesserung gekommen sei, da er ruhiger geworden sei und seine Aggression besser unter Kontrolle halten könne. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode auszugehen. Für einen leichtgradigen Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass die Stimmung während der aktuellen Untersuchung beim Gespräch über Themen ausserhalb des Beschwerdebereichs aufhelle und der Explorand insgesamt einen vitalen Eindruck hinterlasse. Er berichte zudem über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten erledigen könne. Die heute durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka zeige unterschiedliche Werte. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Explorand nicht sämtliche ihm verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme. Dies dürfe als weiterer Ausdruck für die Tatsache gewertet werden, dass kein mittelgradiger oder schwerer Schweregrad einer Depression vorliege, da davon auszugehen sei, dass der Explorand alle ihm verordneten Psychopharmaka bei einem ausgeprägteren Leidensdruck regelmässig einnehmen würde. Aufgrund der Tatsache, dass sich seit Klinikaustritt von Mai 2017 bis heute eine leichtgradige depressive Episode auf dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung nachweisen lasse, könne aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Staplerfahrer noch in einer alternativen Tätigkeit begründet werden. Von Anfang 2017 bis Ende Mai 2017 sei während der stationären und teilstationären Behandlungen selbstredend von einer 100 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Seit Ende Mai 2016 habe eine 50 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden.

5.6.3 Im Rahmen ihrer bidisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Dres. D. ____ und C. ____ fest, dass aus psychiatrischer Sicht von Ende Mai 2016 bis Dezember 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und von Januar 2017 bis Ende Mai 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Zuvor und danach würden die rheumatologischen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gelten.

5.7 Dr. med. J. ____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. August 2018 ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit linksseitiger Betonung sowie ventrale Knieschmerzen links. Er kam zum Schluss, dass die Prognose ungünstig und eine berufliche Reintegration sehr unwahrscheinlich sei, auch wenn die radiologische Bildgebung und die klinischen Befunde an sich eine berufliche Tätigkeit ohne wesentliche

Rückenbelastungen zulassen würden. Die Arbeitsfähigkeit werde er nach Erhalt der frischen MRT-LWS Bilder nochmals diskutieren.

5.8 Mit Schreiben vom 7. September 2018 berichtete Dr. J.____, dass die klinische Untersuchung des linken Kniegelenkes und die konventionellen Röntgenbilder bis auf eine wahrscheinlich minimale Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes unauffällig gewesen seien. Aus rheumatologischer Sicht sollten seiner Ansicht nach leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Tragarbeiten oder Überkopfarbeiten während insgesamt vier Stunden pro Tag, verteilt auf den Vormittag und Nachmittag, zumutbar sein. Angesichts der zentralen Schmerzchronifizierung werde der Patient aber weder vermittelbar noch beruflich reintegrierbar sein.

5.9 Mit Bericht vom 13. November 2018 hielt Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass der Patient im Laufe der Zeit zunehmend depressiv geworden sei. Diese Depression habe sich nach der Kündigung und dem Tod der Mutter massiv verstärkt. Im Rahmen der Depression sei es wahrscheinlich auch zur Schmerzfehlerverarbeitung gekommen, was erklären würde, warum die vielen Injektionen und Schmerzmittel keine wesentliche Besserung gebracht hätten. Da der Patient im Moment immer noch schmerzgeplagt sei, könne er als Hausarzt der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 10 % des begutachtenden Rheumatologen nicht folgen. Seiner Ansicht nach sollte aus rheumatologischer Sicht eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Tragarbeiten oder Überkopfarbeiten von insgesamt vier Stunden pro Tag, verteilt auf Vor- und Nachmittag, zumutbar sein.

5.10 Der behandelnde Psychiater Dr. I.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. November 2018 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ vom 31. Mai 2018 fest, dass seit Beginn der Behandlung am 27. April 2016 ein mindestens mittelgradiges depressives Syndrom bestanden habe. Nach dem Aufenthalt in der Klinik F.____ habe der Versicherte trotz leichter Besserung weiter unter starken Stimmungsschwankungen gelitten, sei unkonzentriert gewesen und habe stetig über den Tod der Mutter und den Verlust des Arbeitsplatzes gegrübelt. Im September 2017 habe er unter Angstgefühlen und unter Appetitlosigkeit gelitten, habe ein stetiges Gedankenkreisen um den Arbeitsplatz und die Rückenbeschwerden gezeigt. Im Oktober 2017 habe er Schwindel und Schweissausbrüche und im Dezember 2017 verstärkte schmerzbedingte Durchschlafprobleme gehabt. Im Januar 2018 habe er unter vermehrter Lustlosigkeit gelitten, habe sich traurig gefühlt, sich in sich selbst verschlossen und nur in Begleitung seiner Ehefrau nach draussen gekonnt. Im Februar 2018 habe er über eine seit ca. einem Jahr bestehende fehlende Libido geklagt, er habe zudem keine Lust gehabt, sich zu pflegen. Im Mai 2018 sei er immer noch in sich gekehrt gewesen, habe nur noch Negatives sehen können und wieder unter verstärkten Schlafstörungen gelitten. Er habe von Panikzuständen und nächtlicher Atemnot berichtet. Im Juli 2018 habe er darüber geklagt, dass er immer Selbstgespräche führe und Gesprächen von anderen nicht folgen könne, zudem habe er von gehäuften Angstgefühlen mit Herzrasen berichtet. Im August 2018 habe er ein unverändertes Grübeln über die verstorbene Mutter und den Arbeitsplatzverlust gezeigt und zudem unter Stimmungseinbrüchen mit Nervosität und Aggressivität, gefolgt von Angstgefühlen, berichtet. Gemäss Dr. I.____ müsse die psychiatrische Befunderhebung durch Dr. C.____ als dürftig bezeichnet werden. So erwähne Dr. C.____ das rezidivierende Grübeln und Gedankenkreisen, die Schuldgefühle des Exploranden, die Nervosität und Anspannung,

die Durchschlafprobleme mit nächtlicher Atemnot und Panikattacken, die stundenweise auftretenden Angstgefühle des Patienten, wenn er alleine sei, den sozialen Rückzug, die allgemeine Freud- und Lustlosigkeit und die immer wieder auftretenden Suizidgedanken nicht. Eine Untersuchung gemäss Hamilton-Depressionsskala habe 39 Punkte entsprechend einer schweren Depression ergeben. Die Symptomatik entspreche zusammengefasst mindestens einem mittelgradigen depressiven Syndrom. Die Diagnose von Dr. C._____ könne nicht nachvollzogen werden.

5.11 Die Klinik X._____ stellte in ihrem Abklärungsbericht vom 29. November 2018 fest, dass es sich diagnostisch um eine seit zwei Jahren anhaltende schwere depressive Episode mit depressiver Stimmung, vermindertem Antrieb, Anhedonie, Verlust des Selbstwerts, Schlafstörung, vermehrtem Appetit, Ganzkörperschmerzen und phobischen Ängsten im Sinne einer Klaustrophobie handle. Zusätzlich bestehe eine langjährige chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom, Spondylarthrose und schwerer Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust. Der Versicherte sei aufgrund des ausgeprägten schweren Krankheitsbildes zu 100 % arbeitsunfähig. Es werde eine Medikamentenumstellung unter stationären Bedingungen empfohlen.

5.12 Der Versicherte befand sich vom 22. Januar 2019 bis 16. April 2019 in der Klinik X._____ in stationärer Behandlung. Dr. med. L._____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, erhob im Austrittsbericht vom 31. Mai 2019 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, einen Vitamin B- und D-Mangel sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika. Weiter diagnostizierte sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, eine Anpassungsstörung mit unabgeschlossenem Trauerprozess, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und eine essentielle Hypertonie. Psychotherapeutisch habe ein gemeinsames Krankheitsverständnis erarbeitet werden können. Der Patient habe berichtet, wie wichtig ihm immer der Zusammenhalt in der Familie gewesen sei, er sich eine eigene Grossfamilie gewünscht habe und nun sowohl unter dem Konflikt mit dem Sohn leide als auch darunter, dass er nicht der Versorger der Familie sein könne. Verschärft habe sich dieses Erleben durch den Verlust der eigenen Mutter. In den therapeutischen Gesprächen werde die Not des Patienten spürbar, gleichzeitig auch die fehlenden Möglichkeiten zur Verbalisierung seiner Wünsche und Perspektivenübernahme des Gegenübers. Aus Scham und Hilflosigkeit habe er sich dann nur mit Rückzug aus der jeweiligen Situation behelfen können. Der Patient sei am 16. April 2019 in teilweise gebessertem, jedoch nicht stabilem psychischen Befinden aus der Psychiatrie ausgetreten.

5.13 Der Versicherte war vom 25. Juni 2019 bis 20. August 2019 zum dritten Mal in stationärer Behandlung in der Klinik F._____. Er sei von seinem behandelnden Psychiater aufgrund verstärkter depressiver Verstimmung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung zugewiesen worden. Anlässlich der Beendigung der stationären Behandlung in der Klinik erhob Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer essentiellen Hypertonie, nicht näher bezeichnet, einer sonstigen Spondylose mit

Radikulopathie, Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben sowie andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis. Gemeinsam mit dem Versicherten sei ein störungsspezifisches Krankheitsmodell mit möglichen prädisponierenden (Lerngeschichte, Gewalterfahrungen in der Kindheit), auslösenden (in den letzten zwei Jahren Verlust von prägenden Bezugspersonen durch den Tod der Mutter und des Vaters) und aufrechterhaltenden Faktoren (mangelnde Tagesstruktur, wenig soziale Kontakte neben Familie, Konflikte zuhause durch Familiendynamik und Passivität des Patienten) erarbeitet worden. In den weiteren Gesprächen sei eine Ressourcen-Aktivierung und Psychoedukation bezüglich der Depression und der Schmerzen erfolgt. Im Verlauf seien im Affekt und im Verhalten des Patienten in kleinen Schritten Veränderungen wahrgenommen worden. Der Patient habe subjektiv von verbesserter Stimmung berichtet. Am 20. August 2019 sei er in leicht aufgehellter Stimmungslage aus der Klinik ausgetreten.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens der Dres. D.____ und C.____ ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte von Ende Mai 2016 bis Dezember 2016 zu 50 % arbeitsunfähig und von Januar 2017 bis Ende Mai 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab Juni 2017 sei er – je nach Schmerzsituation – in der Grössenordnung von 10 % arbeitsunfähig gewesen. Dies wird vom Beschwerdeführer bestritten. In Bezug auf die Zeitspanne ab 3. September 2018 gehen die Parteien übereinstimmend davon aus, dass eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht. Zu prüfen sind somit der Gesundheitszustand und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Zeit ab Ende Mai 2017 bis und mit August 2018 bzw. der Rentenanspruch vom 1. September 2017 bis 30. November 2018.

6.2 Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens von Dr. C.____ in verschiedener Hinsicht. Der Gutachter stellt die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode und begründet dies unter anderem damit, dass die Angaben bezüglich des Verlaufs der depressiven Beschwerden als inkonsistent zu betrachten seien. Einerseits spreche der Versicherte davon, dass die depressiven Beschwerden seit der Kündigung der Arbeitsstelle im Mai 2016 stetig progredient bis heute zugenommen hätten. Andererseits erwähne er, dass es unter anderem dank der Klinikaufenthalte zu einer Verbesserung gekommen sei insofern, als dass er heute ruhiger geworden sei und seine Aggression besser unter Kontrolle halten könne. Diese Schilderung entspricht nicht den Angaben, die der Beschwerdeführer gemäss Gutachten anlässlich der Anamnese gemacht hat. Vielmehr hat er ausgesagt, dass seine depressiven Beschwerden, seine Nervosität, Gereiztheit und Aggressivität mit der Kündigung zugenommen und sich seither ständig verschlechtert hätten. Seine Gereiztheit und Nervosität würden sich intensivieren, wenn er am alten Arbeitsort vorbeigehe. Manchmal passiere dies auch in einer anderen Situation. Der Aufenthalt in der Klinik F.____ habe insofern geholfen, als dass sich seine Stimmung etwas gebessert und er sich nach dem Austritt ruhiger gefühlt habe. Damit sagt der Beschwerdeführer aber nichts über sein Befinden fast ein Jahr danach aus. Jedenfalls ist keine Inkonsistenz erkennbar. Des Weiteren wirft der Gutachter dem Beschwerdeführer Inkonsistenz unter anderem deswegen vor, weil er darüber berichte, dass er unter absoluter Freudlosigkeit leide und gleichzeitig die Beziehung mit seiner 22-jährigen Tochter als sehr gut beschreibe und an ihr Freude habe. Eine weitere Diskrepanz ergebe sich auch

aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung nicht unter einem Zittern der Hände gelitten habe, obwohl er gemäss seiner Schilderung darunter leide. Es erscheint fragwürdig, aus diesen Ausführungen Inkonsistenzen abzuleiten. Auch nicht nachvollziehbar ist angesichts der Schilderungen des Beschwerdeführers weiter, dass der Gutachter davon spricht, der Beschwerdeführer sei sozial einigermaßen gut eingebettet in der Beziehung zu seiner Ehefrau, seiner Tochter, seinen drei in Y.____ lebenden Geschwistern und dem in der Provinz Z.____ lebenden Vater. Er geht dabei nicht auf den vom Beschwerdeführer und seiner Ehefrau beschriebenen sozialen Rückzug und darauf ein, dass der Beschwerdeführer kaum Kontakte nach aussen hat, obwohl dies aus den Schilderungen in der Untersuchung deutlich wird. Auch die Vermutung von Dr. C.____, wonach die von der Klinik F.____ im Austrittsbericht vom 31. Mai 2017 diagnostizierte schwere depressive Episode als Eintrittsdiagnose zu betrachten sein dürfte, kann nicht geteilt werden, denn die Diagnose wird von der Klinik F.____ aus den durchgeführten Untersuchungen hergeleitet. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb es sich um eine Eintrittsdiagnose handeln soll. Zudem wird in diesem Bericht beschrieben, dass sich nach dem Tod der Mutter und der Problematik, die Versorgung des pflegebedürftigen Vaters zu organisieren, beim Wiedereintritt in die Klinik nach der Beerdigung der Mutter eine akute Zustandsverschlechterung gezeigt habe. Somit war die Verbesserung der Beschwerden – entgegen der von Dr. C.____ vertretenen Ansicht – nur vorübergehender Natur. Zusätzlich hält auch der Bericht der Klinik F.____ vom 14. Juni 2017 fest, dass der Austrittszustand des Beschwerdeführers bis auf eine leichte Stimmungsaufhellung und eine leichte Verbesserung des Antriebs unverändert zum Eintrittsbefund sei. Auch habe die vorübergehende Besserung der depressiven Symptomatik zu keiner anhaltenden Erhöhung der Belastbarkeit geführt. Dr. C.____ befasst sich nicht mit diesem Bericht, der im Gutachten nicht einmal erwähnt wird. Somit setzt sich der Gutachter ungenügend mit den Vorakten auseinander. Zudem kann seiner Auffassung, wonach die Angaben bezüglich des Verlaufs der depressiven Beschwerden als inkonsistent zu betrachten seien, nicht gefolgt werden.

6.3 Im Folgenden ist die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.____ für den Zeitraum von Juni 2017 bis zum Begutachtungszeitpunkt im April 2018 zu prüfen. Aus dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 31. Mai 2017 ergibt sich, dass damals eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert wurden. Der Beschwerdeführer befand sich während ca. 2,5 Monaten in stationärer und während rund drei Wochen in tagesstationärer Behandlung. Aufgrund des plötzlichen Todes seiner Mutter musste er am 27. März 2017 aus der tagesstationären Behandlung austreten, um die Beerdigung seiner Mutter und die weitere Versorgung des pflegebedürftigen Vaters zu organisieren. Anschliessend erfolgte am 18. April 2017 der Wiedereintritt in die tagesstationäre Abteilung, wobei sich dort eine akute Zustandsverschlechterung mit Schmerzexazerbationen, Antriebsminderung, Antriebshemmung und depressiver Stimmungslage sowie verstärktem Rückzug zeigte, was zu einem Übertritt in die stationäre Behandlung führte. Der Austritt am 24. Mai 2017 erfolgte in leicht stimmungsaufgehelltem Zustand bei jedoch unveränderter Schmerzsymptomatik. Auch im Arztbericht der Klinik F.____ vom 14. Juni 2017 wird – bis auf eine leichte Stimmungsaufhellung und eine leichte Verbesserung des Antriebs – eine im Vergleich zum Eintrittsbefund unveränderte Situation beschrieben. Des Weiteren ergibt sich aus diesem Bericht, dass die Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt auf 0 %

eingestuft wurde. Bezüglich der künftigen Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass das Erlangen einer zumindest niedrigprozentigen – ca. 20-40 % – Arbeitsfähigkeit stark von einer Besserung der Schmerzsymptomatik abhängig zu sein scheine, da die vorübergehende Besserung der depressiven Symptomatik zu keiner anhaltenden Erhöhung der Belastbarkeit geführt habe. Sodann diagnostizierte Dr. I.____ mit Bericht vom 26. September 2017 seit dem Austritt aus der Klinik F.____ ein mittelgradiges depressives Syndrom und hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit 11. Mai 2016 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Wie aus der Stellungnahme von Dr. I.____ vom 16. November 2018 hervorgeht, litt der Beschwerdeführer nach dem Aufenthalt in der Klinik F.____ unter starken Stimmungsschwankungen, war unkonzentriert und grübelte ständig über den Tod der Mutter und den Verlust des Arbeitsplatzes nach. Zusätzlich litt er in den Folge-monaten (September 2017 bis August 2018) unter zahlreichen weiteren Beschwerden (vgl. E. 5.10). Zusammengefasst entspreche die Symptomatik mindestens einem mittelgradigen depressiven Syndrom. Auch die Klinik X.____ ging in ihrer Beurteilung vom 29. November 2018 davon aus, dass es sich diagnostisch um eine seit zwei Jahren anhaltende schwere depressive Episode handle und der Beschwerdeführer aufgrund dieses ausgeprägten Krankheitsbildes zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass auf die retrospektive Verlaufsbeurteilung von Dr. C.____ nicht abgestellt werden kann. Wie bereits in Erwägung 6.2 erwähnt, setzt sich Dr. C.____ mit dem Arztbericht der Klinik F.____ vom 14. Juni 2017 und der dortigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht auseinander. Nachdem aber rechtzeitig eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit bis am 23. Juni 2017 bescheinigt wurde, kann das psychiatrische Gutachten keine ausreichende Grundlage für die Annahme bilden, dass bereits im Austrittszeitpunkt aus der Klinik F.____ Ende Mai 2017 überwiegend wahrscheinlich eine nur leichtgradige depressive Episode vorgelegen habe und der Beschwerdeführer zu 90 % arbeitsfähig gewesen sei. Auch gibt es keine Anzeichen dafür, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers und mithin seine Arbeitsfähigkeit ab Juli 2017 rasch und derart verbessert haben soll, dass er zu 90 % arbeitsfähig gewesen sein soll. Vielmehr ergibt sich aus den Berichten von Dr. I.____ vom 26. September 2017 und 16. November 2018 sowie aus der Beurteilung der Klinik X.____ vom 29. November 2018, dass von einem schwankenden Verlauf und einem instabilen Zustand nach Klinikaustritt im Mai 2017 und zugleich von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

6.4 Im Zeitpunkt der Begutachtung Ende April 2018 gibt es Hinweise auf eine gewisse Verbesserung der Situation wie beispielsweise den Umstand, dass sich während der gutachterlichen Untersuchung keine Verminderung der Auffassungs- oder Konzentrationsfähigkeit und keine deutlich niedergeschlagene oder ratlose Grundstimmung feststellen liessen. Letztendlich kann jedoch das Ausmass dieser Verbesserung aufgrund von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 offen bleiben. Demgemäss ist eine 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 gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Im vorliegenden Fall wäre also eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung bzw. Aufhebung der Leistung ab August 2018 zu berücksichtigen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass die Verbesserung weiterhin andauern wird. Eine derartig weiterhin andauernde Verbesserung kann

vorliegend jedoch nicht angenommen werden. So führte Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und FMH Allgemeine Innere Medizin, mit RAD-Stellungnahme vom 17. Juni 2019 aus, dass angesichts der wiederholten schweren depressiven Phasen, der langen Dauer der Hospitalisation und des nur mässigen Ansprechens auf die antidepressive Therapie sowie nicht auszuschliessender kognitiver Defizite überwiegend wahrscheinlich von einer längerdauernden Verschlechterung ausgegangen werden müsse und empfahl, den Entscheid auf die Akten von Dr. I.____ und der Klinik X.____ abzustützen. Diese führten bekanntlich zur Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 3. September 2018 (vgl. dazu insbesondere auch Stellungnahme des RAD, Dr. med. O.____, FMH Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 17. Juni 2019). Gestützt auf diese Sachlage fehlte es an der dauerhaften Verbesserung ab dem Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens durch Dr. C.____ Ende April 2018.

6.5 Des Weiteren bestreitet der Beschwerdeführer, dass die rheumatologische Beurteilung durch Dr. D.____ zutreffend sei. Es könne keineswegs davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht nur um 10 % eingeschränkt sei. Auch wenn die psychiatrische Problematik gänzlich ausgeblendet würde, müsste ihm für den Zeitraum vom 1. September 2017 bis 30. November 2018 zumindest eine halbe Rente ausgerichtet werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.____, wonach zwischenzeitliche Schmerzexazerbationen mit zeitweise mehrwöchigen Phasen der Arbeitsunfähigkeit – jedoch keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit – nachvollziehbar seien, erscheint tatsächlich fraglich. So gehen sowohl Dr. J.____ wie auch Dr. K.____ davon aus, dass aus rheumatologischer Sicht höchstens eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Tragarbeiten oder Überkopfarbeiten von insgesamt vier Stunden pro Tag verteilt auf Vor- und Nachmittag zumutbar seien. Da jedoch entgegen dem psychiatrischen Gutachten von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ausgegangen wird, kann das Ausmass der rheumatologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit offen bleiben.

6.6 Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass nach dem Austritt aus der Klinik F.____ Ende Mai 2017 zumindest bis 23. Juni 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen ist. Aus den Berichten von Dr. I.____ vom 26. September 2017 und 16. November 2018 sowie aus der Beurteilung der Klinik X.____ vom 29. November 2018 ergibt sich, dass der weitere Verlauf schwankend und der gesundheitliche Zustand instabil war, bis dann jedenfalls auch nach Einschätzung der Beschwerdegegnerin ab September 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand. Aufgrund dieser instabilen Verhältnissen ist von einer schwankenden und deshalb nicht verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es gibt zwar Hinweise auf eine gewisse Verbesserung der Situation im Zeitpunkt der Begutachtung im April 2018, jedoch war diese Verbesserung nachweislich nicht dauerhaft, weshalb sie aufgrund von Art. 88a Abs. 1 IVV unberücksichtigt bleiben muss.

7.1 Schliesslich ist die Frage zu klären, ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt gewesen wären.

7.2 In 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).

7.3 Am 18. Oktober 2016 fand zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin ein Gespräch bezüglich möglicher Eingliederungsmassnahmen statt. Dabei wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer keine berufliche Zukunftsperspektive stellen könne, da sich sein Gesundheitszustand zusehends verschlechtere. Er fühle sich subjektiv nicht in der Lage, zu arbeiten. Die Beschwerdegegnerin kam zum Schluss, dass ein Eingliederungspotential nicht gegeben sei. Mit Mitteilung vom 2. November 2016 erklärte sie dem Beschwerdeführer, dass aufgrund

seines Gesundheitszustands derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und die Prüfung eines Rentenanspruchs durchgeführt werde. Am 13. März 2020 wurde die vorliegend angefochtene Verfügung erlassen, die auch eine zwischenzeitliche Einstellung der ganzen Rente für die Dauer vom 1. September 2017 bis 30. November 2018 beinhaltet. Der Beschwerdeführer war bereits im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug älter als 55 Jahre, womit er die zeitliche Schwelle längstens 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. Eine Äusserung vierzig Monate vor der eigentlichen rentenabstufenden Verfügung reicht 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. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden wären. 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. Damit kann die erfolgreiche Integration in das Erwerbsleben von der Beschwerdegegnerin nicht mehr bewiesen werden, weshalb dem Beschwerdeführer auch unter diesem Gesichtspunkt ab 1. Mai 2017 durchgehend eine volle Rente zustehen würde.

8. Zusammenfassend ergibt sich, dass in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 13. März 2020 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2017 eine ganze Rente zuzusprechen ist.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend hat die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- zu tragen.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 5. August 2020 einen Zeitaufwand von 10,93 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand ist in Anbetracht des Aktenumfangs und der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Quervergleich mit ähnlich gelagerten Fällen nicht zu beanstanden. Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 118.50. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'070.55 (10,93 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 118.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 13. März 2020 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2017 eine ganze Rente zugesprochen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'070.55 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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