



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. Januar 2021 (720 20 83 / 05)

Invalidenversicherung

Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente; Rückweisung zu erneuten Abklärung des medizinischen Sachverhalts, da RAD-Beurteilungen keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage darstellen; Verneinung der sachlichen Notwendigkeit einer anwaltlichen Interessenwahrung im Rahmen der unentgeltlichen Verbeiständung im verwaltungsinternen Verfahren

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, , Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach, 4002 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente / unentgeltliche Verbeiständung im Vorbescheidverfahren

A. Der 1967 geborene A. ____ war vom 2. März 1998 bis 5. Dezember 2000 als Bauarbeiter bei der B. ____ AG tätig. Im Juni 2001 meldete er sich unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Gestützt auf das Gutachten des Spitals C. ____ vom 15. Januar 2004 lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 31. März 2004 einen Anspruch von A. ____ auf eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 22,67 % ab. Im Dezember 2015 reichte A. ____ aufgrund einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erneut ein Leistungsgesuch ein. Nach Durchführung eines Belastbarkeitstrainings vom 11. September 2017 bis 5. Oktober 2017 sowie Abklärungen in gesundheitlicher und erwerblicher Hinsicht teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Juni 2019 mit, dass er Anspruch auf eine vom 1. Januar 2019 bis 30. Juni 2019 befristete ganze Invalidenrente habe. Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte, nun vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 19. August 2019 Einwände. Gleichzeitig ersuchte er um unentgeltliche Verbeiständung im Vorbescheidverfahren. In der Verfügung vom 27. Januar 2020 hielt die IV-Stelle an ihrem Rentenentscheid gemäss Vorbescheid vom 19. Juni 2019 fest. Das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung lehnte sie mangels sachlicher Gebotenheit einer anwaltlichen Vertretung mit Verfügung vom 10. Februar 2020 ab.

B. Gegen die beiden Verfügungen vom 27. Januar 2020 und 10. Februar 2020 liess der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin am 24. Februar 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), einreichen. Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2020 sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verurteilen, ihm auch in der Zeit ab 1. Juli 2019 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt durch ein polydisziplinäres Gutachten zu beurteilen. Des Weiteren sei ihm in Aufhebung der Verfügung vom 10. Februar 2020 die unentgeltliche Verbeiständung für das Vorbescheidverfahren zu bewilligen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Rechtspflege im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu gewähren sei. In der Begründung wurde geltend gemacht, dass die Beurteilungen von Dr. med. D. ____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nicht zuverlässig genug seien, um darauf abstellen zu können. Zudem seien die Bedürftigkeit des Versicherten, die fehlende Aussichtslosigkeit der Angelegenheit sowie die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung erstellt, weshalb die unentgeltliche Verbeiständung für das Vorbescheidverfahren zu bewilligen sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 17. April 2020 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. D. ____ vom 6. März 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Am 21. April 2020 bewilligte das Kantonsgericht für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung.

E. Anlässlich der Urteilsberatung vom 13. August 2020 stellte das Kantonsgericht den Fall aus. Es kam zum Schluss, dass die RAD-Beurteilungen von Dr. D. ____ vom 8. August 2018 und 6. Mai 2019 keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage darstellten, um darauf abstellen zu können. Da auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte nicht überzeugend seien, seien die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht beweiskräftig. Es ziehe

deshalb – im Falle eines Urteils – in Betracht, die Angelegenheit zur nochmaligen Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die IV-Stelle zurückzuweisen (vgl. dazu Beschluss vom 13. August 2020). Nach Massgabe von BGE 137 V 314 gewährte das Kantonsgericht dem Versicherten Frist bis 12. Oktober 2020, seine Beschwerde zurückzuziehen. Gleichzeitig wies es darauf hin, dass – sofern keine Eingabe erfolge - davon ausgegangen werde, dass er an der Beschwerde festhalte. Innert Frist ging kein Schreiben des Versicherten beim Kantonsgericht ein.

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 bilden die beiden Verfügungen vom 27. Januar 2020 (Ablehnung des Rentenanspruchs) und vom 10. Februar 2020 (Ablehnung der unentgeltlichen Verbeiständung im Vorbescheidverfahren) 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 vom 24. Februar 2020 ist demnach einzutreten.

2.1 Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob der Versicherte Anspruch auf eine ganze Invalidenrente über den 30. Juni 2019 hinaus hat.

2.2 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).

2.3 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).

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

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

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

3.3 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 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 praxismässigen 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).

4.1 Gemäss den medizinischen Akten wurde der Versicherte erstmals im Januar 2004 im Spital C._____ umfassend begutachtet. Die Gutachter hielten am 15. Januar 2004 als Diagnosen chronisch-rezidivierende Lumboischialgien rechts mit wahrscheinlich intermittierend radikulärem Reizsyndrom S1 rechts bei Status nach Diskektomie und Fenestration L5/S1 am 29. September 2000 fest. Bei der Untersuchung habe der Versicherte ein normales Gangbild und einen unauffälligen Fersen- und Zehengang gezeigt. Es hätten ein Beckentiefstand rechts sowie Knick- und Senkfüsse imponiert. Paravertebral rechts sowie im Bereich der rechten Gesässhälfte habe der Versicherte eine Druckdolenz angegeben. Ein Muskelhartspann sei nicht nachweisbar gewesen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) sei in allen Richtungen uneingeschränkt mit jeweils Schmerzangabe in Endstellung gewesen. Der Schober habe 10/14 cm und der Fuss-Boden-Abstand 34 cm betragen. Kraft und Sensibilität im Bereich der unteren und oberen Extremitäten seien unauffällig. Röntgenbilder seien nicht erhältlich gewesen. Gemäss MRI-Bericht vom 6. Oktober 2000 sei eine laterale Diskushernie rechts auf der Höhe LWK5/SWK1 ausgewiesen. Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchung seien die Beschwerden als chronisch-rezidivierende Lumboischialgien rechts mit zeitweise wahrscheinlichem radikulärem Reizsyndrom S1 zu werten. Aufgrund des Rückenleidens sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Maurer vollständig arbeitsunfähig. Dagegen sei es ihm zumutbar, eine leichte körperliche Tätigkeit in rückengerechten Stellungen zu 100 % auszuführen. Gestützt auf dieses Gutachten und nach Durchführung von Abklärungen in erwerblicher Hinsicht ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 22,67 %. In der Folge lehnte sie mit Verfügung vom 31. März 2004 einen Rentenanspruch des Versicherten ab.

4.2 Nachdem sich der Versicherte Ende 2015 erneut zum Rentenbezug angemeldet hatte, holte die IV-Stelle verschiedene medizinische Berichte ein. Daraus ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 7. November 2015 wegen Rückenschmerzen die Notfallpraxis des Spitals E._____ aufgesucht hatte (vgl. Berichte des Spitals E._____ vom 7. November 2015 und 22. Januar 2016). Die bildgebenden Untersuchungen zeigten eine Lumboischialgie mit Diskusprotrusion L4/5 mit Nervenwurzelkontakt bei L5 rechts und ohne Nervenwurzelaffektion bei L5/S1, aber mit Einengung des Neuroforamens links, bilateralen Spondylarthrosen, vor allem auf der Höhe LWK4/5 und einen Status nach Fenestration und Diskektomie L5/S1. Eine eindeutig dermatombezogene Ausfallsymptomatik liege nicht vor. Eine intermittierende radikuläre Reizsymptomatik L5 beidseits sei jedoch möglich bis wahrscheinlich (Berichte von Dr. med. F._____, FMH Physikalische Medizin

und Rehabilitation, Spital E.____, vom 11. Februar 2016). Der Versicherte wurde zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Berichte des Hausarztes, Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, vom 18. Dezember 2015 und von Dr. F.____ vom 11. Februar 2016, 6. Juli 2016, 14. September 2016, 1. Dezember 2016 und 16. Februar 2017). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde auch in der derzeit ausgeübten Tätigkeit als Drucker für Sport-T-Shirt-Beschriftungen attestiert (vgl. Bericht der H.____ vom 8. März 2016, welche im Auftrag des zuständigen Krankenversicherers den Gesundheitszustand des Versicherten beurteilte).

4.3 Der Rheumatologe, Dr. med. I.____, hielt am 11. März 2016 aufgrund seiner klinischen Untersuchung, der Skelettszintigraphie und der SPECT-CT vom 10. Juni 2014 eine chronische Lumboischialgie beidseits rechtsbetont und als Differentialdiagnose ein lumbospondylogenes Syndrom oder ein lumboradikuläres Reizsyndrom bei Status nach Fenestration und Diskektomie L5/S1 sowie aktivierte Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 fest. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht.

4.4 Aufgrund anhaltender Beschwerden und der weiterhin bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit erfolgte eine Überweisung an die J.____, wo der Versicherte sich vom 6. Februar 2017 bis 6. März 2017 zur Schmerzbehandlung aufhielt (vgl. Berichte des Spitals E.____ vom 18. Oktober 2016, 1. Dezember 2016 und 16. Februar 2017). Im Austrittsbericht vom 20. März 2016 nannte die behandelnde Ärzteschaft der J.____ als Diagnosen ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Bandscheibenprotrusion L4/5 und L5/S1 ohne Spinalkanalverengung, aber leichten neuroforaminalen Einengungen L4 rechts und L5 links ohne Wurzelkompression sowie Spondylarthrosen und Osteochondrosen auf der Höhe L4/5. Zudem sei eine psychische Problematik festgestellt worden, weshalb nach dem Austritt die Fortführung einer psychiatrisch-physiotherapeutischen Behandlung empfohlen wurde.

4.5 Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellte Dr. med. K.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, ein Fachgutachten. Sie diagnostizierte am 28. März 2017 (1) ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei rechtsdominanter Ischialgie, vorwiegend pseudoradikulär, bei intermittierender radikulärer Reizsymptomatik oder Claudicatio radicularis, bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS), insbesondere Chondrosen ab der Höhe L2/3, sehr ausgeprägt auf der Höhe L4/5 mit praktisch aufgebrauchtem Bandscheibenfach und konsekutiven Veränderungen im Bereich der angrenzenden Deck- und Bodenplatten, Spondylarthrosen rechtsbetont auf den Höhen L4/5 und L5/S1, breitbasiger Diskusprotrusion auf der Höhe L4/5 mit leichtem Kontakt zur Wurzel L5 und auf der Höhe L5/S1 ohne Kontakt neuraler Strukturen und leichter Neuroforameneinengung links auf der Höhe L5/S1 sowie (2) ein Zervikalsyndrom mit Ausstrahlung in den rechten Arm ab C2, betont auf den Höhe C5/6 und C6/7 mit diskreten Osteochondrosen an der gesamten HWS, Uncarthrosen auf der Höhe C6/7 sowie eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance. Bei der Untersuchung stellte sie einen Schulter- und Beckenhochstand von je 0,5 cm, eine grossbogige Skoliose, eine leicht abgeflachte lumbale Lordose und einen Finger-Boden-Abstand von mehr als 50 cm fest. Die HWS sei frei beweglich; es würden jedoch bei sämtlichen Rotationen nach links ziehende Schmerzen angegeben. Im Bereich der LWS sei die Extension praktisch aufgehoben und sehr schmerzhaft. Die Seitflexion und die Flexion seien um 2/3 eingeschränkt. Es beständen eine Druckdolenz und ein

Rüttelschmerz über den Fazettengelenken L4/5 und L5/S1. Die Gelenke der unteren Extremitäten seien frei beweglich. Bei Flexion und Innenrotation der Hüftgelenke sei eine Verstärkung der lumbalen Schmerzen bemerkbar. In der Beurteilung hielt sie fest, dass sich keine sicheren Hinweise für eine radikuläre Reizproblematik finden liessen. Ein sensibles oder motorisches Defizit bestehe nicht. Radio-morphologisch sei eine radikuläre Reizung sowohl linksseitig (neuroforaminale Stenose L5/S1) als auch rechtsseitig (breitbasig rechtsforaminal Diskusprotrusion mit Kontakt zur Wurzel L5 recessal) möglich. Die vom Versicherten geschilderten krampfartigen Schmerzen im rechten Bein und die Akzentuierung der rechtsseitigen Schmerzen beim Gehen hätten einen claudicatio-ähnlichen Charakter und könnten durch den radio-morphologischen Befund erklärt werden. Eine teilweise radikuläre Schmerzursache sei schwierig nachzuvollziehen, da die zwei epiduralen Infiltrationen keine Verbesserung gebracht hätten. Die Empfehlung der J.____, die psychotherapeutische Begleitung sei fortzuführen, lasse das Vorliegen einer nicht organischen Schmerzkomponente vermuten. Anamnestisch liessen sich einige psycho-sozial belastende Faktoren (wie z.B. knappe finanzielle Situation, vorübergehende Spannungen in der Ehe, längere Arbeitslosigkeit, Konkurs der eigenen Firma) feststellen. Nebst der lumbalen Schmerzproblematik beständen Schmerzen im Bereich des oberen rechten Quadranten. Klinisch handle es sich um ein muskuläres Geschehen. Radiologisch zeigten sich degenerative Veränderungen an der HWS ohne Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom. Aufgrund der degenerativen Veränderungen des lumbalen und zervikalen Achsenskeletts sei dieses minder belastbar. Der Versicherte könne nur noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeiten ausüben. Dabei seien Arbeiten in monotoner Körperhaltung sowie mit wiederholten Rotationsbelastungen des Oberkörpers, mit den Armen in und über der Horizontalen nicht mehr möglich. Aufgrund der jahrelangen Schmerzsymptomatik und der nicht ganz auszuschliessenden intermittierenden radikulären Reizproblematik lumbal beständen ein deutlich erhöhter Pausenbedarf und eine verminderte Belastbarkeit, weshalb der Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit zu maximal 70 % arbeitsfähig sei. Die degenerativen Veränderungen und Schmerzen im Bereich des oberen rechten Quadranten erhöhten den Pausenbedarf sogar leicht. Die Einschränkung des Rendements betrage seit etwa Anfang März 2017 bzw. sicher seit der MRI-Untersuchung vom 17. März 2017 40 %.

4.6 Im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen der IV befand sich der Versicherte ab 11. September 2017 in einem Belastbarkeitstraining. Da er das Arbeitspensum von 2 Stunden täglich nicht steigern konnte, wurde am 25. Oktober 2018 von der Weiterführung der Massnahme abgesehen. Der Versicherte sei aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit im Moment und in naher Zukunft auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar (vgl. Bericht der L.____ vom 5. Oktober 2017 und Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen vom 26. Oktober 2017).

4.7 Zur Abklärung des aktuellen gesundheitlichen Zustands des Versicherten holte die IV-Stelle weitere Berichte bei den behandelnden Ärzten ein. Dr. G.____ verwies am 20. November 2017 für weitere Auskünfte auf die Beurteilungen von Dr. F.____. Diese berichtete über eine Zunahme der Schmerzen seit dem Aufenthalt in der J.____. Sie schrieb den Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Bericht vom 28. September 2017). Medizinisch-theoretisch sei es ihm jedoch zumutbar, eine leichte körperliche Arbeit mit einem anfänglichen Pensum von 25 % mit kontinuierlicher Steigerung der Arbeitsfähigkeit je nach

Verlauf auszuführen (vgl. Berichte vom 5. und 12. Dezember 2017). Nachdem der Versicherte über eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik von gluteal bis in den Oberschenkel geklagt hatte, ergänzte Dr. F.____ ihre Diagnosen mit intermittierenden Leisten- und Gesässschmerzen (vgl. Berichte vom 1. Februar 2018, 13. März 2018 und 15. Mai 2018). Da die Epiduralinfiltrationen insgesamt keine Verbesserung der Schmerzsituation brachten, erwartete Dr. F.____ von der Weiterführung konservativer Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr (vgl. Berichte vom 15. Mai 2018 und 25. Juli 2018).

4.8 Dr. D.____ würdigte die zahlreichen medizinischen Beurteilungen – insbesondere auch das Gutachten von Dr. K.____ vom 28. März 2017 – und kam in seiner Stellungnahme vom 8. August 2018 zum Schluss, dass die aktuellen Beschwerden mit Rezidiv in auffälliger Weise den postoperativ anhaltenden Beschwerden ähnelten wie sie bereits im Jahr 2001 zur IV-Anmeldung geführt hätten. Bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im Spital C.____ seien die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht hinlänglich objektivierbar gewesen. Auch seien die klinischen und bildgebenden Befunde des Spitals C.____ aus dem Jahr 2004 und diejenigen von Dr. K.____ vergleichbar. Nach wie vor lägen keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik vor. Während die Gutachter des Spitals C.____ in ihrem Bericht vom 15. Januar 2001 dem Versicherten noch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit als zumutbar erachtet hätten, sei Dr. K.____ zur Auffassung gelangt, in einer Verweistätigkeit sei das Rendement zu 40 % eingeschränkt. Der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. K.____ könne er sich nicht anschliessen, handle es sich doch nur um eine anderslautende Beurteilung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts. Ausserdem stütze sich ihre Zumutbarkeitsbeurteilung auf die subjektiven Angaben des Versicherten und könne aufgrund der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Die angeblich neu hinzugekommenen Schulterschmerzen im rechten oberen Quadranten mit Nackenschmerzen und Ausstrahlungen in den rechten Arm habe der Versicherte bereits im Erstgutachten geschildert. Für die im Bericht von Dr. F.____ vom 1. Februar 2018 erstmals beschriebenen intermittierenden Leisten- und Gesässschmerzen liessen sich keine Strukturpathologien finden. Zu den in einzelnen medizinischen Beurteilungen erwähnten depressiven Symptomen führte Dr. D.____ an, dass nie eine konkrete psychiatrische Diagnose gestellt worden sei. Während des stationären Aufenthalts in der J.____ vom 6. Februar 2017 bis 6. März 2017 sei auch nach einer begleitenden klinisch-psychologischen Betreuung keine depressive Störung mit Krankheitswert diagnostiziert worden; vielmehr sei auf den psychosozial belastenden und damit IV-fremden Hintergrund hingewiesen worden. Dr. D.____ war deshalb der Auffassung, dass im angestammten Beruf als Bauarbeiter keine Arbeitsfähigkeit vorliege. Dagegen bestehe nach wie vor seit der Erstbegutachtung im Jahr 2004 in einer wechselbelastenden, leichten körperlichen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

4.9 Nachdem es beim Versicherten aufgrund einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK; Erstdiagnose im Bericht des Spitals E.____ vom 7. September 2018) im Oktober 2018 zu einem operativen Eingriff (perkutane transluminale Angioplastie [PTA]) und am 28. Januar 2019 aufgrund fortgeschrittener Osteochondrosen zu einer weiteren Operation (Spondylodese) an der LWS mit anschliessender Hospitalisation in der Klinik M.____ vom 7. Februar 2019 bis 27. Februar 2019 gekommen war (vgl. Berichte des Spitals E.____ vom 7. September 2018, 1. November 2018 und 22. November 2018, Operationsbericht vom 29. Januar 2019 und definitiver

Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 1. März 2019), äusserte sich Dr. D.____ am 6. Mai 2019 zur derzeitigen neuen Situation. Er stellte fest, dass die beiden Eingriffe erfolgreich gewesen seien. Eine wegweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit massgeblicher Änderung des bisherigen Zumutbarkeitsprofils sei nicht belegt. Rein behandlungsbedingt sei von Oktober 2018 bis einen Monat nach Entlassung aus der M.____, d.h. bis Ende März 2019, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Seit April 2019 bestehe eine 50%ige und ab 1. Mai 2019 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Einschränkung von 20 % sei aufgrund der zunehmenden Morbidität und der angiologischen Problematik mit dem erhöhten Pausenbedarf zu begründen. An dieser Beurteilung hielt er in seinen Stellungnahmen vom 29. August 2019 und 6. März 2020 fest.

4.10 Gestützt auf die Einschätzung von Dr. D.____ anerkannte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar 2019 bis 30. Juni 2019. Danach sei es dem Versicherten zumutbar, eine körperlich leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % auszuüben. Bei einem aus dem Einkommensvergleich resultierenden Invaliditätsgrad von 22,67 % bestehe ab 1. Juli 2019 kein Rentenanspruch mehr.

5.1 Was die RAD-Beurteilungen anbelangt, so ist daran zu erinnern, dass an versicherungsinterne Beurteilungen strenge Anforderungen zu stellen und diese lediglich insoweit zu berücksichtigen sind, als keine – auch nur geringe – Zweifel an ihren Schlussfolgerungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2). Entgegen der Ansicht der IV-Stelle liegen solche Zweifel vor. Aufgrund der medizinischen Akten ist festzustellen, dass seit der Begutachtung im Spital C.____ im Jahr 2004 im weiteren Verlauf beim Versicherten neue Diagnosen hinzugekommen sind. Im März 2017 diagnostizierte Dr. K.____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nebst dem seit 2004 bestehenden chronischen lumbalen Schmerzsyndrom rechts auf der Höhe L5/S1 unter anderem Chondrosen an der LWS ab der Höhe L2/3, sehr ausgeprägt auf der Höhe L4/5 mit praktisch aufgebrauchtem Bandscheibenfach und konsekutiven Veränderungen im Bereich der angrenzenden Deck- und Bodenplatten, Spondylarthrosen auf den Höhen L4/5 und L5/S1, Diskusprotrusionen auf der Höhe L4/5 mit leichtem Kontakt zur Wurzel L5 und auf der Höhe L5/S1 ohne Kontakt neuraler Strukturen, eine leichte Neuroforameneinengung auf der Höhe L5/S1 sowie ein Zervikalsyndrom ab C2, betont auf den Höhen C5/6 und C6/7 mit diskreten Osteochondrosen an der gesamten HWS, Uncarthrosen auf der Höhe C6/7 sowie eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance. Ihre Diagnosen stützte sie – im Gegensatz zu den Gutachtern des Spitals C.____, denen damals keine Röntgenbilder zur Verfügung standen – auf MRI-Untersuchungen aus den Jahren 2016 und 2017. Die neuen Diagnosen widerspiegeln sich auch in ihren klinischen Befunden, stellte sie doch unter anderem – anders als im Zeitpunkt der Begutachtung im Spital C.____ – eine praktisch aufgehobene Extension sowie eine Einschränkung um 2/3 in Seitflexion und Flexion bei der LWS fest. Im Unterschied zur Begutachtung im Jahr 2004 steht aufgrund der Bildgebung und ihren Befunden fest, dass nun praktisch die gesamte LWS von der Höhe S1 bis zur Höhe L2/3 und die HWS bei den Höhen C2 bis C6/7 beeinträchtigt sind. Damit hat sich die gesundheitliche Situation im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. K.____ im Jahr 2017 seit der Begutachtung im Jahr 2004 verschlechtert. Entgegen der Ansicht von Dr. D.____ kann deshalb bei der Einschätzung von Dr. K.____ nicht mehr von einer anderslautenden Beurteilung des medizinisch unveränderten Sachverhalts gesprochen werden.

Ob diese Verschlechterung gemäss Einschätzung von Dr. K.____ die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit tatsächlich im Umfang von 40 % beeinträchtigt, ist fraglich. Dr. D.____ stellt in dieser Hinsicht zu Recht fest, dass das Ausmass dieser Einschränkung aufgrund der knappen Begründung nicht ganz nachvollziehbar ist. Auch wenn aus diesem Grund nicht auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. K.____ abgestellt werden kann, ist ihr Gutachten vom 28. März 2017 jedoch geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. D.____ zu erwecken, wonach seit der Begutachtung im Spitals C.____ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Arbeit bestehe; zumal seine Auseinandersetzung mit den klinischen Befunden von Dr. K.____ und den Ergebnissen der MRI-Untersuchungen aus den Jahren 2016 und 2017 äusserst knapp ist.

5.2 Weiter überzeugt auch die Zumutbarkeitsbeurteilung vom 6. Mai 2019 nicht, welche Dr. D.____ aufgrund des angiologischen Leidens und der fortgeschrittenen Osteochondrosen notwendig gewordenen operativen Eingriffe neu formulierte. Er attestierte dem Versicherten nun eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit, die er mit einem zusätzlichen Pausenbedarf aufgrund der "zunehmenden Morbidität" und der angiologischen Problematik begründete. Aufgrund der Akten steht fest, dass die PTA insofern erfolgreich war, als diese zu einer Erhöhung der Mobilität geführt hat (vgl. Bericht der M.____ vom 1. März 2019). Es ist deshalb mit Dr. D.____ davon auszugehen (vgl. seine Stellungnahme vom 29. August 2019), dass die Gefässerkrankung – wenn überhaupt - die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nur in einem geringen Mass beeinflusst. Daraus folgt, dass vor allem das Rückenleiden für die von Dr. D.____ attestierte 20%ige Einschränkung verantwortlich sein muss. Mit Blick auf die Ausführungen in der vorangehenden Erwägung ist jedoch fraglich, ob er mit seiner Einschätzung den gesamten Einschränkungen an der Wirbelsäule genügend Rechnung trägt. Ausserdem wird die Aussagekraft seiner Beurteilung auch durch den Umstand vermindert, dass sie nicht auf einer persönlichen Untersuchung beruht. Auch wenn nicht in jedem Fall das Fehlen einer persönlichen Untersuchung den Beweiswert einer medizinischen Beurteilung schmälert, ist angesichts der seit der Begutachtung im Spital C.____ im Jahr 2004 neuen Befunden und der abweichenden rheumatologischen Beurteilung von Dr. K.____ eine solche Untersuchung unumgänglich.

5.3 Weiter findet die psychische Problematik des Versicherten in den Beurteilungen von Dr. D.____ nicht genügend Beachtung. So führte der Hausarzt, Dr. G.____, erstmals in seinem Bericht vom 27. Februar 2016 ein depressives Syndrom in seiner Diagnoseaufstellung auf. Eine psychische Problematik erwähnten auch die behandelnden Ärzte der J.____ und des Spitals E.____ (vgl. Berichte der J.____ vom 20. März 2017 und des Spitals E.____ vom 28. September 2017). Es trifft zwar zu, dass keine psychiatrische Diagnose mit ICD-Kodierung gestellt wurde und psychosoziale Faktoren gemäss den ärztlichen Berichten eine gewisse Rolle spielen. Entgegen den Ausführungen von Dr. D.____ kann jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese psychischen Symptome allein auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen sind. So können die während des Aufenthalts in der J.____ weiter festgestellten Symptome wie Bedrücktheit und Hilflosigkeit sowie die Tatsache, dass in den psychotherapeutischen Sitzungen nicht nur die psychosoziale Situation, sondern unter anderem auch die Selbstwahrnehmung des Versicherten Thema bildeten und nach dem Klinikaustritt eine weiterführende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen wurde, auf das Vorliegen

einer psychischen Erkrankung hindeuten. Diese Möglichkeit besteht umso mehr, als die behandelnden Ärzte des Spitals E.____ eine psychiatrische Beurteilung aufgrund der auffälligen depressiven Symptome als dringend notwendig erachteten (vgl. Bericht vom 28. September 2017) und der Versicherte Ende 2017/Anfang 2018 offenbar eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. N.____ in X.____ aufgenommen hat (vgl. Bericht des Spitals E.____ vom 1. Februar 2018). Unter diesen Umständen genügt es nicht, allein unter Verweis auf die psychosozialen Belastungsfaktoren einen psychiatrischen Abklärungsbedarf zu verneinen.

5.4 Aufgrund dieser Ausführungen stellen die Beurteilungen von Dr. D.____ keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar. Da auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte nicht überzeugend genug sind, um darauf abzustellen, sind die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht beweiskräftig. Damit präsentiert sich der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG als nicht genügend abgeklärt. Es sind somit weitere medizinische Abklärungen nötig.

6. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat das angerufene kantonale Versicherungsgericht im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn es einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 100 E. 1.1, 137 V 263 ff. E. 4.4.1). Da die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die IV-Stelle unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Die Angelegenheit ist deshalb an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese hat die Auswirkungen der seit der Begutachtung des Versicherten im Spital C.____ im 2004 neu hinzugetretenen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten abzuklären. Da nebst der rheumatologischen Problematik an der LWS und HWS auch ein angiologisches Leiden besteht sowie Hinweise auf eine psychische Erkrankung vorliegen, ist eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Rheumatologie, Angiologie und Psychiatrie vorzunehmen. Nach Vorliegen der Abklärungsergebnisse wird die IV-Stelle über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7.1 Zu prüfen bleibt, ob die IV-Stelle dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung im verwaltungsinternen Verfahren zu Recht verweigert hat. Gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG wird der gesuchstellenden Person im Sozialversicherungsverfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern. Kumulative Voraussetzungen für die unentgeltliche Verbeiständung sind Bedürftigkeit, fehlende Aussichtslosigkeit der Rechtsbegehren sowie sachliche Gebotenheit der Vertretung (BGE 132 V 200 E. 4.1). Bei den Voraussetzungen der finanziellen Bedürftigkeit und der fehlenden Aussichtslosigkeit ist keine strengere Prüfung als im Gerichtsverfahren angebracht (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 37

Rz. 43). Demgegenüber ist die Voraussetzung der Erforderlichkeit der Vertretung für das Verwaltungsverfahren strenger zu prüfen als im Beschwerdeverfahren gemäss Art. 61 lit. f ATSG (Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2017, 8C_669/2016, E. 2.1, vom 10. April 2015, 8C_48/2015, E. 4.1, publ. in: ARV 2015 S. 161, und vom 24. Januar 2006, I 812/05, E. 4.3).

7.2 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren namentlich mit Blick darauf, dass der Untersuchungsgrundsatz gilt, die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen also den rechtserheblichen Sachverhalt unter Mitwirkung der Parteien nach den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Objektivität, Neutralität und Gesetzesgebundenheit zu ermitteln haben (Art. 43 ATSG, vgl. dazu BGE 136 V 377 E. 4.1.1), nur in Ausnahmefällen zu bejahen. Es müssen sich schwierige Fragen rechtlicher oder tatsächlicher Natur stellen. Zu berücksichtigen sind die konkreten Umstände des Einzelfalls, Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie weitere Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens. Neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts fallen auch bei der versicherten Person liegende Gründe in Betracht, etwa ihre Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden. Massgebend ist dabei auch die Frage, ob die Vertretung durch einen Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin oder durch Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen in Frage kommt (BGE 132 V 200, E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2017, 8C_669/2016, E. 2.1, vom 7. Juli 2016, 8C_676/2015, E. 7.1, nicht publ. in BGE 142 V 342, vom 14. Juni 2017, 9C_680/2016, E. 4.1.1, vom 6. April 2017, 9C_29/2017, E. 1 und vom 23. Februar 2016, 8C_931/2015, E. 3, publ. in: SVR 2016 IV Nr. 17 S. 50; vgl. auch KIESER, a.a.O., Art. 37 Rz. 37 ff.). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung der versicherten Person droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 132 V 200 f. E. 4.1, 125 V 35 f. E. 4b; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 10. April 2015, 8C_48/2015, E. 2.2 und vom 22. Februar 2013, 9C_908/2012, E. 2.2; je mit Hinweisen).

7.3 Ist in einem Verwaltungsverfahren die rechtliche Relevanz ärztlicher Berichte zu beurteilen, sind in der Regel medizinische Kenntnisse und juristischer Sachverstand erforderlich. Trotzdem kann allein deswegen nicht von einer komplexen Fragestellung gesprochen werden, die eine anwaltliche Vertretung gebieten würde. Die gegenteilige Auffassung liefe darauf hinaus, dass der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung in praktisch allen Verwaltungsverfahren bejaht werden müsste, in denen medizinische Unterlagen zur Diskussion stehen. Dies würde der Konzeption von Art. 37 Abs. 4 ATSG als einer Ausnahmeregelung widersprechen. Es bedarf mithin weiterer Umstände, welche die Sache als nicht (mehr) einfach und eine anwaltliche Vertretung als notwendig bzw. sachlich geboten erscheinen lassen (Urteile des Bundesgerichts vom 3. Mai 2018, 8C_240/2018, E. 3.2 und vom 21. November 2012, 9C_676/2012, E. 3). Der Massstab ist streng (BGE 132 V 200 E. 5.1.3).

7.4 Die IV-Stelle verweigerte die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung in ihrer Verfügung vom 10. Februar 2020 im Wesentlichen mit der Begründung, dass der Versicherte vom

Sozialdienst seiner Wohnsitzgemeinde finanziell unterstützt werde. Die Gemeinde habe von Gesetzes wegen alle hilfeschuchenden und hilfbedürftigen Personen fachgerecht zu beraten und im erforderlichen Umfang zu unterstützen. Eine fachgerechte Beratung könne durch die Einrichtung der Sozialdienste oder den Beizug von qualifizierten Personen sichergestellt werden. Im Übrigen sei es dem Versicherten auch möglich und zumutbar, sich bei anderen sozialen Institutionen oder bei anderen sozialen Beratungsstellen unterstützen zu lassen. Die Vertretung durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin sei vor diesem Hintergrund nicht sachlich geboten.

7.5 Dieser Auffassung ist zu folgen. Mit der IV-Stelle ist davon auszugehen, dass die Sozialhilfebehörde grundsätzlich verpflichtet ist, die notleidende Person unentgeltlich zu beraten (vgl. § 4 Abs. 2 des Gesetzes über die Sozial- und die Jugendhilfe [SHG] vom 21. Juni 2001). Dazu gehört auch eine Beratung betreffend das Vorgehen im Einwand- und Anhörungsverfahren. Es mag zutreffen, dass die zuständige Sozialhilfebehörde den Versicherten an eine anwaltliche Vertretung verwies, weil sie mit den vorliegenden Fragestellungen und dem Umfang des Dossiers überfordert war und sich deshalb ausserstande sah, eine sachkundige Beratung anzubieten. Das ändert jedoch nichts daran, dass sie den Versicherten zunächst an eine der anderen sozialen Institutionen hätte überweisen können. Auch stellen sich vorliegend weder in rechtlicher noch in tatsächlicher Hinsicht derart schwierige Fragen, dass von einem besonders komplexen Fall gesprochen werden müsste, der den Beizug eines Anwalts oder einer Anwältin rechtfertigen würde. Bei einem wie hier vorliegenden durchschnittlichen Fall kann die unentgeltliche Vertretung durchaus von einer dieser Institutionen übernommen werden ("normaler Durchschnittsfall", vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2016, 8C_931/2015, E. 5.3). Soweit der Versicherte argumentiert, dass er nur die italienische Sprache beherrsche und deshalb eine anwaltliche Vertretung sachlich geboten sei, ist festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung mangelnde Sprachkenntnisse alleine noch nicht die Gewährung der unentgeltlichen anwaltlichen Vertretung begründen (SVR 2014, IV Nr. 26 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 9C_315/2009, E. 2.2).

7.6 Aus dem Gesagten folgt, dass die ausnahmsweise sachliche Notwendigkeit einer anwaltlichen Interessenwahrung zu verneinen ist. Damit erübrigt sich eine Prüfung der weiteren Voraussetzungen (Bedürftigkeit/Aussichtslosigkeit). Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 10. Februar 2020 ist deshalb nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist demnach in diesem Punkt als unbegründet abzuweisen.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Vorliegend unterliegt der Versicherte einerseits mit seiner Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Februar 2020 betreffend Ablehnung der unentgeltlichen Verbeiständung im Einwand- und Anhörungsverfahren und andererseits gilt er aufgrund der Aufhebung der rentenablehnenden Verfügung vom 27. Januar 2020 und Rückweisung der Angelegenheit zur erneuten Abklärung und Neuverfügung an die Vorinstanz als obsiegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 sowie 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen). Da der Versicherte damit mit seinen Rechtsbegehren grösstenteils durchgedrungen ist, rechtfertigt es sich, die IV-Stelle als vollständig unterliegende Partei zu betrachten.

8.2 Gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG 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.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte als obsiegende Partei zu betrachten ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Versicherten hat in ihrer Honorarnote vom 27. April 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9 Stunden und 20 Minuten geltend gemacht, welcher sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dieser Aufwand ist zum in Sozialversicherungsprozessen 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. 58.80. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'576.30 (9 Stunden 20 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 58.80 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

9.1 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).

9.2 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 gegen die Rentenverfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 27. Januar 2020 wird in dem Sinne gutgeheissen, als diese aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Die Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 10. Februar 2020 betreffend unentgeltliche Verbeiständung im Einwands-/Anhörungsverfahren wird abgewiesen.
 3. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'576.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.