



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Juni 2021 (720 20 451 / 161)

Invalidenversicherung

IV-Rente: Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiber Pascal
Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advoka-
tin, Hauptstrasse 104, Postfach, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1977 geborene A.____, angelernter Plattenleger, war vom 2. April 1997 bis 28. Februar 2001 bei der B.____AG als Betriebsmitarbeiter tätig. Am 22. Juni 2000 verletzte er sich an der rechten Schulter. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses. Am 10. August 2001 meldete sich A.____ unter Hinweis auf Schulterbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Verhältnisse abgeklärt hatte, eröffnete sie ihm mit Verfügung

vom 5. Dezember 2002, dass er vom 1. Juni 2001 befristet bis 31. Oktober 2001 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe.

A.2 Vom 10. Juni 2002 bis 30. September 2010 war A._____ bei der C._____AG als Mitarbeiter der Café Bar angestellt. Am 25. April 2006 reichte er unter Hinweis auf zwei Schulteroperationen bei der IV-Stelle ein weiteres Leistungsgesuch ein, worauf ihm diese vom 1. Oktober 2007 bis 30. April 2008 eine halbe Invalidenrente und vom 1. Mai 2008 bis 31. Juli 2008 eine Viertelsrente zusprach (Verfügung vom 8. Mai 2009).

A.3 Am 7. April 2010 reichte A._____ unter Hinweis auf Schulter- und Ellbogenbeschwerden ein drittes Mal bei der IV ein Leistungsbegehren ein. Diese sprach ihm mit Verfügung vom 10. September 2013 gestützt auf das von ihr veranlasste polydisziplinäre Gutachten der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) vom 6. September 2012 vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2012 eine befristete ganze Invalidenrente zu. Die dagegen erhobene Beschwerde mit dem Antrag auf Zusprechung einer unbefristeten ganzen Invalidenrente wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 10. April 2014 (KGSV 720 13 296 / 92) ab. Auf die hiergegen erhobene Beschwerde des Versicherten trat das Bundesgericht nicht ein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2014, 8C_655/2014).

A.4 Am 26. Dezember 2014 meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine Rückenoperation im Jahr 2010 und ein Rezidiv im Jahr 2013 sowie zwei Treppenstürze in den Jahren 2009 und 2013 ein viertes Mal bei der IV zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der rechtserheblichen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens bei Dr. med. D._____FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3./4. September 2018 sowie weiterer medizinischer Unterlagen ermittelte IV-Stelle beim Versicherten ab 12. Januar 2011 einen Invaliditätsgrad von 34 %, ab 1. Dezember 2015 einen solchen von 20 %, ab 6. September 2016 einen solchen von 100 % und ab 15. Januar 2017 einen solchen von 20 %. Gestützt auf dieses Ergebnis sprach sie ihm vom 1. September 2016 bis 30. April 2017 eine befristete ganze Invalidenrente zu (Verfügung vom 23. Oktober 2020).

B. Gegen diesen Entscheid erhob A._____, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 24. November 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung der IV-Stelle vom 23. Oktober 2020 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und die Bemessung der Invalidität fehlerhaft sei.

C. Am 16. Dezember 2020 reichte der Beschwerdeführer je einen Bericht von Prof. Dr. F._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital I._____, vom 1. Dezember 2020, von Dr. med. G._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und von Dr. med. H._____, FMH Orthopädische Chi-

rurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Spital I.____, vom 30. November 2020 sowie einen Verlaufsbericht der Komplementärtherapeutin J.____ vom 4. Dezember 2020 zu den Akten.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 29. Dezember 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen zwei Stellungnahmen von Dr. med. K.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 7. und 18. Dezember 2020 bei.

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 16. März 2021 [inkl. Berichte der L.____ vom 19. Januar 2021 und 5. Februar 2021] / Duplik vom 26. März 2021 [inkl. RAD-Bericht vom 22. März 2021]) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

F. Mit Instruktionsverfügung vom 30. März 2021 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

G. Am 29. April 2021 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. M.____, FMH Chirurgie, vom 23. April 2021 zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 21. Mai 2021 auf eine Stellungnahme.

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 24. November 2020 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindes-

tens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

3.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

4.2 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 (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 Pro-

zess 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 (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 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). Gemäss diesen Richtlinien 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 (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

6.2 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 10. September 2013 bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf das Gutachten der asim vom 6. September 2012 und deren ergänzenden Stellungnahme vom 29. November 2012 ab, wonach ihm die Tätigkeit als Plattenleger und vergleichbare wirbelsäulen-, kniegelenk- sowie schulterbelastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Auch für die letzte Tätigkeit an der Bar seien die Anforderungen bezüglich Heben und Tragen von Gewichten zu hoch. Körperlich leichte bis höchstens gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten seien dagegen zumutbar, sofern diese nicht regelmässige über Kopf Arbeiten und repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 10 kg beinhalteten sowie nicht überwiegend kniende oder kauernde Arbeiten bzw. ausschliessliches Gehen oder Stehen bedingten. Für solche Tätigkeiten liege die Arbeitsfähigkeit bei 70 %.

6.3 Im Rahmen der vierten Anmeldung zum Leistungsbezug am 26. Dezember 2014 veranlasste die IV-Stelle bei den Dres. D._____ und E._____ ein bidisziplinäres Gutachten, welches am 3./4. September 2018 erstattet wurde. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine fortgeschrittene Omarthrose rechts und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei Status nach Fenestration L5/S1 links, Diskektomie, Rezessoktomie bei lumboradikulärem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom L5, eventuell S1 links bei Diskushernie L5/S1 links am 4. November 2020, kleiner Diskushernie links mediolateral lokalisierter Restprolaps auf Höhe L5/S1 mit möglichem Kontakt zur linken S5-Wurzel, rechtsbetonte Protrusionen L3/4 und L4/5, narbige Veränderungen um die abgrenzbare nicht komprimierte S1-Wurzel links, Protrusion L3/4 rechts und rechtsseitiger Diskushernie L4/5 linksseitiger vorbestehender Protrusion L5/S1 und aktuell spondylogener Ausstrahlung beidseits ohne Hinweise auf eine radikuläre Reizsituation diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine beginnende Gonarthrose links, Schulterschmerzen links, eine Adipositas Grad II, ein Status nach halboffener Carpaldachspaltung links bei Carpal-Tunnel-Syndrom (CTS) links am 5. Februar 2016, ein leichtes CTS rechts ohne dringende Operationsindikation, Knick-Senk-Spreizfüsse mit beginnendem Hallux rigidus beidseits, eine Nephrolithiasis, ein hypogonadotroper Hypogonadismus, eine Psoriasis vulgaris, eine Osteoporose, eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) und eine Dysthymie (ICD-10 F34.1). Der Versicherte sei mehrfach an der rechten Schulter operiert worden. Heute bestünde eine fortgeschrittene Omarthrose rechts, welche ein erheblich eingeschränktes Belastungsprofil zur Folge habe. Des Weiteren sei eine lumbale Diskopathie festzustellen, wobei aktuell der Befund einer lumbospondylogenen Symptomatik beidseits, links mehr als rechts erhoben werden könne. Eine eindeutig radikuläre Symptomatik sei aber nicht ersichtlich. In Bezug auf das linke Kniegelenk seien die früher angegebenen Beschwerden nicht mehr vorhanden. Zweifelsohne bestünde ein erheblicher organischer Befund im Bereich der rechten Schulter. Dieser würde die Schmerzsymptomatik erklären. Weiter klage der Versicherte über Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), der Beine und der Füsse. Für die Rückenbeschwerden finde sich ein gewisses, für die Fussbeschwerden hingegen relativ wenig Korrelat. Auffallend seien diverse massive Diskrepanzen anlässlich der Untersuchung. In psychiatrischer

Hinsicht müsse von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden. Der Versicherte klage zwar über allerlei Schmerzen, berichte aber kaum über Einschränkungen im Alltag. Er hinterlasse keinen leidenden Eindruck. Die Diagnose einer Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Es bestünde aber eine Schmerzverarbeitungsstörung. Der Versicherte leide unter belastenden wirtschaftlichen Verhältnissen und einer angespannten familiären Situation. Dies führe gelegentlich zu leichten depressiven Verstimmungen im Rahmen einer Dysthymie. Dem Versicherten seien dauernd schwere oder mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Wegen der Rückenbeschwerden würden nur noch leichte Arbeiten in Frage kommen. Zudem könne er nicht andauernd sitzen, stehen, repetitiv vornübergebeugt arbeiten, sich bücken oder Überkopf-Arbeiten ausführen. Die Arbeit müsse rückschonend sein. Wegen der beeinträchtigten rechten Schulter könne der Versicherte mit dem rechten Arm keine Lasten über 5 kg heben, stossen oder ziehen und es seien ihm lediglich Tätigkeiten unter Schulterhöhe möglich. Für angepasste Verweistätigkeiten bestünde in somatischer Hinsicht wegen des zusätzlichen Pausenbedarfs im Umfang von 20 % eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. In Bezug auf den zeitlichen Verlauf führte Dr. D.____ aus, gemäss dem Gutachten der asim vom 6. September 2012 sei der Versicherte seit April 2011 zu 70 % arbeitsfähig. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte seit der Diagnose der Sekundär-Omarthrose Ende Dezember 2015. Dieser Zeitpunkt müsse "arbiträr" festgelegt werden, da die Entwicklung einer Arthrose ein kontinuierlicher Vorgang sei. Nach den Schulteroperationen habe jeweils während drei bis vier Monaten eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Wegen fehlender präziser Atteste der behandelnden Ärzte könne dieser Zeitraum nicht genauer festgelegt werden. Nach der CTS-Operation am 5. Februar 2016 habe eine sechswöchige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.

6.4 Am 25. September 2018 erlitt der Versicherte einen Verkehrsunfall. Im Austrittsbericht der interdisziplinären Notfallstation des Kantonsspitals N.____ vom 26. September 2018 wurde eine Kontusion der linken Schulter, des linken Knies und der LWS diagnostiziert. Die Bildgebung habe keine Traumafolgen gezeigt.

6.5 Am 2. November 2018 diagnostizierte Dr. med. O.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital I.____, einen Status nach Verkehrsunfall mit Kniedistorsion links sowie Schulter- und LWS-Kontusion. Im MRT würden sich intakte Menisken tibiofemoral mit guter Artikulation zeigen. Es bestünden Knorpelschäden retropartellär sowie an der lateralen trochleären Grube. Die Kreuzbänder seien intakt. Physiotherapie sei zu empfehlen. Die Behandlung werde abgeschlossen.

6.6 Am 27. November 2018 berichtete PD Dr. med. P.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über die Sprechstunde vom 13. November 2018. Der Versicherte weise seit dem Unfall vom 25. September 2018 eine exazerbierte Lumboischialgie rechts und eine Schmerzverstärkung der vorbekannten Lumboischialgie links auf. Bildpathomorphologisch imponiere eine frische Diskushernie, vor allem bei L3/4 rechts und eine Grössenprogredienz einer Hernie bei L4/5 rechts. Das Gangbild des Versicherten sei eigentlich zügig und hinkfrei, peripher orientierend ohne neurologische Defizite. Bis auf die vorbekannte Fussheber- und Fusssenkerschwäche auf der linken Seite bestünden auch keine sensomotori-

schen Defizite. Sensorisch seien ebenfalls keine neuen Defizite vorhanden. Die lumbale Schmerzhaftigkeit sei relativ unverändert zu den Vorbefunden, wobei insgesamt der Rücken- und der Beinschmerz links etwas an Intensität zugenommen hätten. Zum aktuellen Zeitpunkt seien physiotherapeutische Massnahmen angezeigt. Eine Verlaufskontrolle sei nicht vorgesehen.

6.7 Am 2. September 2019 hielt Dr. K.____ fest, dass der Unfall vom 25. September 2018 zu einer vorübergehenden Schmerzexazerbation der bekannten und bereits gutachterlich abgeklärten Beschwerden am Bewegungsapparat geführt habe. Objektivierbare strukturelle Traumafolgen bzw. eine richtungsgebende Veränderung des Gesundheitszustands bestünde nicht. Vom 25. September 2018 bis 13. November 2018 sei aufgrund der medizinischen Abklärungen/Akutbehandlungen eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Danach gelte wieder die Zumutbarkeitsbeurteilung im Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 3./4. September 2018.

6.8 Am 21. Oktober 2019 diagnostizierte Prof. Dr. F.____ an der rechten Schulter eine posttraumatische und postinfektiöse Omarthrose und an der linken Schulter eine Bankartläsion des anterior-inferioren Labrums sowie eine Hill-Sachs-Läsion. Bildgebend zeige sich eine deutlich destruierte Omarthrose, welche die passive Bewegungseinschränkung und Schmerzsymptomatik erkläre. Die Implantation einer Schulterprothese könnte die Beweglichkeit und die Schmerzsymptomatik verbessern. Eine körperlich belastende Tätigkeit wäre damit aber weiterhin unzumutbar. Die Belastbarkeit der rechten Schulter werde von der IV überschätzt. Dem Versicherten seien keine Überkopftätigkeiten sowie kein Heben selbst von leichten Lasten möglich. Zudem sei ein repetitives Arbeiten unter der Körperhorizontalen deutlich eingeschränkt.

6.9 Am 28. Mai 2020 wurde im Spital I.____, Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin, ein MRI der LWS durchgeführt. Im Bericht vom 29. Mai 2020 wurde eine mittelgradige neuroforaminale Enge L5/S1 links bei Status nach Diskektomie festgestellt.

6.10 Am 21. Juni 2020 berichtete PD Dr. P.____ dass eine relevante S1-Problematik als Schmerzursache ausgeschlossen werden könne. Das geklagte lumboschialgieforme Problem links sei am ehesten als pseudoradikulär zu werden und somit interventionellen Massnahmen nicht zugänglich. Die multisegmentalen degenerativen LWS-Veränderungen würden die entsprechenden Beschwerden erklären und könnten allenfalls mittels konsequenter Umsetzung eines multimodalen interdisziplinären Konzepts verbessert werden. Dazu sei der Versicherte aber nicht bereit. Die Behandlung werde abgeschossen.

6.11 Am 27. Juli 2020 nahm Dr. K.____ Stellung. Sie hielt fest, dass sich seitens der bekannten Omarthrose und der LWS keine neuen objektiven Aspekte ergeben würden. Die eingeschränkte Schulterbelastbarkeit rechts sei im Gutachten von Dr. D.____ bereits berücksichtigt. Dennoch könne die Beurteilung von Prof. Dr. F.____ übernommen werden, wonach der Versicherte mit dem rechten Arm keine Lasten bewegen und auch unter der Horizontalen keine repetitiven Arbeiten durchführen könne. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand seit dem

Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 3./4. September 2018 nicht richtungsweisend verändert.

6.12 Am 30. November 2020 stellten die Dres. G.____ und H.____ ein chronisches Lumbalgiesyndrom mit am ehesten gelegentlicher pseudoradikulärer Ausstrahlung links fest. Das MRT der LWS vom 23. September 2020 zeige eine Osteochondrose L3/4, L4/5 und L5/S1. Im Bereich der Operation L4/5 zeige sich ein völlig freier Rezessus für die Wurzel S1. Weiter bestünde eine relative Foraminalstenose L5/S1 links, wobei die L5-Wurzel nur sehr diskret eingeeengt sei, und eine Diskushernie L4/5 auf der rechten Seite. Es bestünde ein schwer chronifiziertes Lumboischialgiesyndrom. Von weiteren Infiltrationen oder einem erneuten operativen Eingriff sei keine Besserung zu erwarten. Es liege ein komplexes Schmerzsyndrom vor mit Verdacht auf einen Medikamentenüberkonsum und eine nicht-somatische Komponente. Die Prognose sei sehr ungünstig. Zu empfehlen sei eine nochmalige dauerhafte Anbindung des Versicherten an eine Schmerzlinik für eine multimodulare, intensive und allenfalls stationäre Schmerztherapie.

6.13 Im Bericht vom 1. Dezember 2020 hielt Prof. Dr. F.____ fest, dass sich eine weiter fortschreitende, zunehmende und destruierende Omarthrose nun mit Verdacht auf eine Impressionsfraktur im Bereich des Glenoids zeige. Es würden weitere Abklärungen durchgeführt. Eine allfällige Prothesenversorgung der rechten Schulter würde aber an der eingeschränkten Hebefähigkeit des Versicherten nichts ändern.

6.14 Am 4. Dezember 2020 berichtete die Komplementärtherapeutin J.____, dass sie den Versicherten seit März 2011 behandle. Die jahrelange Fehlhaltung hätte vermehrt zu Muskelathropien im Lumbalbereich und zu Schmerzausstrahlungen oberhalb des rechten Schultergürtels geführt. Die zusätzlich rezidivierende Schulterluxation habe eine weitere massive Bewegungseinschränkung gebracht und die Belastungen und Anstrengungen des Schultergürtels und des Rückens zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt.

6.15 Am 18. Dezember 2020 nahm Dr. K.____ Stellung, wobei sie festhielt, dass sich weder seitens der LWS noch seitens der bekannten Omarthrose rechts neue Aspekte hinsichtlich der Zumutbarkeit ergeben würden. Beide Problembereiche würden bereits seit vielen Jahren bestehen und seien gutachterlich abgeklärt. Die chronische degenerative Problematik an der rechten Schulter und an der LWS sei auch nach der Begutachtung hinlänglich dokumentiert. Sie hätte sich seit dem Gutachten von Dr. D.____ nicht richtungsgebend verändert.

6.16 Im Bericht der Klinik L.____ vom 19. Januar 2021 wurden ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, eine Retropatellarthrose rechts, eine posttraumatische und postinfektiöse Omarthrose an der rechten Schulter, eine Bankartläsion des anterior-inferioren Labrums sowie eine Hill-Sachs-Läsion an der linken Schulter, ein chronisches lumbospondylogenes, differenzialdiagnostisch ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom linksbetont, eine Psoriasis, ein Status nach Leistenhernienoperation und nach Nephrolithiasis rechts, eine erektile Dysfunktion und eine Depression diagnostiziert. Sonographisch ergebe sich der Verdacht auf eine Kristallarthritis bei Kristallablagerung im linken AC-Gelenk. Zusätzlich zeige sich dort das Bild einer leichten Bursitis subacromialis und eine Tendinitis der langen Bizepssehne. Eine Läsion des

Labrums und eine partielle Ruptur des Muskels supraspinatus könnten nicht ausgeschlossen werden. Im rechten Kniegelenk zeige sich das Bild einer medialen und retropatellaren Gonarthrose mit Flüssigkeitskolloktion im Recessus präpartellaris rechts. Insgesamt bestünde ein komplexes chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom. Eine multimodulare Behandlung sei indiziert. Eine solche werde vom Versicherten aber derzeit nicht gewünscht.

6.17 Im Bericht der Klinik L.____ vom 5. Februar 2021 wurde festgehalten, dass eine Infiltration der Facettengelenke L5/S1 beidseits und L4/5 angezeigt sei. Der Versicherte sei damit einverstanden.

6.18 Am 22. März 2021 nahm Dr. K.____ Stellung, wobei sie festhielt, dass sich im Vergleich zum Gutachten von Dr. D.____ keine neuen Aspekte zeigen würden. Die degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat, insbesondere der LWS, der Schultern und Knie seien hinlänglich bekannt und gutachterlich abgeklärt. Die spondylogene d.h. pseudoradikuläre Ausstrahlung seitens der bekannten präsakralen Facettenarthrosen seien bereits im Gutachten von Dr. D.____ dokumentiert. Es sei zweifelhaft, ob die vorgesehene Facettengelenksinfiltration eine nachhaltige Beschwerdebesserung bewirke. Auf die Arbeitsfähigkeit werde diese Behandlung keinen Einfluss haben. Eine Kristallarthropathie sei medikamentös gut behandelbar.

6.19 Am 23. April 2021 diagnostizierte Dr. M.____ an der rechten Schulter eine schwere Omarthrose Grad IV und eine Humeruskopfnekrose. An der linken Schulter bestünde eine Bankartläsion mit Labrumriss und am rechten Knie eine Gonarthrose Grad IV. Der Knorpel des rechten Schultergelenks sei nahezu aufgebraucht. Im Bereich der linken Schulter zeige sich eine Kapselinstabilität im ventralen Bereich. Hier seien die Beschwerden eher kompensatorisch bis gering. Sollten sie zunehmen, sei eine Schulterarthroskopie links mit Bankart-Repair und eine Dekompensationsoperation angezeigt. Aufgrund der ausgedehnten Arthrose im rechten Kniegelenk sei zur endgültigen Sanierung eine Knie totalprothese zu empfehlen. Wegen der massiven Funktionseinschränkung der rechten Schulter und der Mobilitätseinschränkung sei der Versicherte derzeit vollständig arbeitsunfähig.

7.1 Wie oben (vgl. E. 4.4 hiavor) dargelegt, 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. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 3./4. September 2018 erfüllt sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen relevanten medizinischen Vorakten, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann zu überzeugen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der erheblichen Befunde in der rechten Schulter und der Beschwerden im Bereich der LWS nur noch angepasste Verweistätigkeiten im Umfang von 80 % zumutbar sind. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvoll-

ziehbar. Es wird deutlich, dass die Schmerzverarbeitungsstörung und die Dysthymie die Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigen. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178). Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 6.3 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

7.2.1 Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, verfährt nicht. Der Beschwerdeführer beanstandet, dass die somatische Abklärung nicht von einem Facharzt für Orthopädie, sondern von einem solchen für Rheumatologie vorgenommen worden sei. Zwar trifft es zu, dass es zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen bedarf (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) und der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise u.a. davon abhängt, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist daher ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2011, 9C_547/2010, E. 2.2). Die Tatsache, dass das somatische Teilgutachten nicht von einem Orthopäden, sondern von einem Facharzt für Rheumatologie erstellt wurde, vermag dessen Beweiswert indes nicht in Frage zu stellen. Auf entsprechende Frage der Rechtsvertreterin stellte Dr. D.____ klar, dass sich der Rheumatologie mit allen Problemen des Bewegungsapparats befasse und sich zudem in den konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten, den Belastungsprofilen und den vorliegenden Fragestellungen auskenne (vgl. S. 80 des Gutachtens). Diese Ausführungen leuchten ein. (Chronische) Schmerzen des Bewegungsapparats bilden Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 3. Mai 2016, 9C_644/2015, E. 3.4 und vom 25. August 2015, 9C_320/2015, E. 3.3.3). Inwiefern Dr. D.____ fachlich nicht resp. ungenügend qualifiziert sein soll, dem Leiden des Versicherten in somatischer Hinsicht Rechnung zu tragen, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht substantiiert dargelegt. Dazu kommt, dass sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer – im Wissen um die fachliche Qualifikation des Gutachters – der Begutachtung unterzogen hatte.

7.2.2 Auch die weitere Kritik am Gutachten von Dr. D.____ ist nicht stichhaltig. Der Beschwerdeführer macht geltend, dieser habe das Leistungsprofil bezüglich der rechten Schulter zu optimistisch eingeschätzt und zudem nicht beurteilt, wie es sich mit den Beschwerden wegen des strukturellen Schadens an der linken Schulter verhalte, wenn diese quasi kompensatorisch belastet werde. Zwar beschrieb Prof. Dr. F.____ wegen den Schulterbeschwerden rechts in qualitativer Hinsicht ein eingeschränkteres Zumutbarkeitsprofil als Dr. D.____. Er stellte aber die Beurteilung des Gutachters, wonach dem Versicherten quantitativ ein Pensum von 80 % zumutbar sei, nicht in Abrede. Die eigene Einschätzung des Beschwerdeführers, wonach der Gesundheitsschaden an der linken Schulter die Arbeitsfähigkeit weiter einschränke, findet in den vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Stütze. Auch der Rüge, wonach die Ausführun-

gen von Dr. D.____ zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit (zu) wage seien und die damalige Aktenlage weitere Abklärungen erfordert hätten, trifft nicht zu. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen sind. Auch wenn in Bezug auf die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gewisse Unsicherheiten bestanden, war es Dr. D.____ aufgrund der ihm zur Verfügung gestandenen medizinischen Unterlagen und unter Berücksichtigung der Entwicklung einer Arthrose – wenn auch arbiträr – möglich, eine einleuchtende Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs vorzunehmen. Inwiefern seine Schlussfolgerungen betreffend den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit offensichtlich unrichtig sein sollen, zeigt der Beschwerdeführer nicht auf und ist auch nicht ersichtlich. Mangels fachärztlicher Qualifikation vermag der Verlaufsbericht der behandelnden Komplementärtherapeutin J.____ vom 4. Dezember 2020 die Beurteilung von Dr. D.____ nicht in Frage zu stellen.

7.2.3 Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe nicht berücksichtigt, dass sich seit der Begutachtung durch Dr. D.____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. Oktober 2020 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingestellt habe, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Dass der Gesundheitsschaden an der linken Schulter eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, ergibt sich weder aus dem Bericht von Prof. Dr. F.____ vom 21. Oktober 2019 noch aus demjenigen vom 1. Dezember 2020. Zudem spricht die Tatsache, dass Dr. M.____ die Beschwerden in der linken Schulter als "kompensatorisch bis gering" beurteilte (vgl. E. 6.19 hiervor) gegen eine relevante Gesundheitsschädigung. Bei dieser Sachlage ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich nach der Begutachtung durch Dr. D.____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. Oktober 2020 in Bezug auf die linke Schulter eine relevante Verschlechterung eingestellt hätte. Dasselbe gilt hinsichtlich der Rückenbeschwerden. Der Beschwerdeführer macht dazu geltend, dass die Bildgebung – im Nachgang zum Auffahrunfall vom 25. September 2018 – im Bereich der LWS neue Befunde zeigen würde und die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. K.____, wonach das Unfallereignis lediglich vom 25. September 2018 bis 13. November 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit verursacht habe, nicht verlässlich sei. Zunächst ist in Erinnerung zu rufen, dass für die Belange der Invalidenversicherung nicht die Diagnose, sondern die Auswirkungen des fachärztlich festgestellten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2). Weiter stellten die erstbehandelnden Ärzte der Notfallstation des Kantonsspitals N.____ in ihrem Bericht vom 26. September 2018 lediglich eine Kontusion der linken Schulter, des linken Knies und der LWS fest. Die Bildgebung ergab keine Traumafolgen. Zudem hielt PD Dr. P.____ am 27. November 2018 fest, dass die lumbale Schmerzhaftigkeit relativ unverändert zu den Vorbefunden sei, wobei insgesamt der Rücken- und der Beinschmerz links etwas an Intensität zugenommen hätten. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm sie nicht vor und eine Verlaufskontrolle war nicht vorgesehen. Die erhebliche lumbospondylogene Schmerzsymptomatik war aber bereits im Gutachten von Dr. D.____ dokumentiert. Vor diesem Hintergrund und bei der damaligen Aktenlage ist die Einschätzung von Dr. K.____ nachvollziehbar, wonach das Unfallereignis vom 25. September 2018 zu einer vorübergehenden Ar-

beitsunfähigkeit bis 13. November 2018 (Sprechstunde bei PD Dr. P.____) geführt habe, danach aber wieder von einem Beschwerdeausmass auszugehen sei, wie es sich anlässlich der Begutachtung durch Dr. D.____ gezeigt habe. Fachärztliche Aussagen, die diese Beurteilung in Zweifel zu ziehen vermöchten, lagen im damaligen Zeitpunkt nicht vor. Eine (abweichende) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich auch nicht aus dem erst nach Verfügungserlass erstellten Bericht der Dres. G.____ und H.____ vom 30. November 2020. Die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eingereichten Berichte der Klinik L.____ vom 19. Januar 2021 und 5. Februar 2021 sowie von Dr. M.____ vom 23. April 2021 basieren auf Konsultationen und Abklärungen, welche erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung durchgeführt wurden. Der darin beschriebene Knieschaden rechts wurde erst nach Verfügungserlass thematisiert. Die genannten Berichte der Klinik L.____ und Dr. M.____ enthalten jedoch keine retrospektiven Angaben zum Gesundheitszustand und zur Leistungsfähigkeit des Versicherten im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses, weshalb sie nicht geeignet sind, weiteren (dazumal bestehenden) Abklärungsbedarf aufzuzeigen. Eine allfällige zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands wäre deshalb im Rahmen einer Neuanschuldung zu beurteilen. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, im hier zu beurteilenden Zeitraum bis 23. Oktober 2020 den Beweiswert des Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 3./4. September 2012 und der Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. K.____ vom 2. September 2019 und 27. Juli 2020 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

8. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 3./4. September 2018 und der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. K.____ vom 6. September 2018 und 27. Juli 2020, davon ausgegangen ist, dass der Beschwerdeführer ab April 2011 in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % und ab Dezember 2015 zu 80 % arbeitsfähig war, wobei infolge der Schulteroperationen (am 6. September 2016, 14. Oktober 2016 und 5. September 2017) vom 6. September 2016 bis 14. Januar 2017 sowie vom 5. September 2017 bis 5. Dezember 2017 und das Unfallereignis vom 25. September 2018 bis 13. November 2018 zu einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit führten.

9.1 Der Beschwerdeführer bestreitet die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts zur wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist davon auszugehen, dass der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes nicht nur ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen enthält, sondern auch einen Arbeitsmarkt bezeichnet, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.1 mit Verweis auf BGE 110 V 276 E. 4). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto einge-

hender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_941/2012 vom 20. März 2013 E. 4.1.1 mit weiteren Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann besonders dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nunmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.1). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (vgl. BGE 110 V 273 E. 4b; AHI 1998 S. 291 E. 3b). Weder gestützt auf die Pflicht zur Selbsteingliederung noch im Rahmen der von der versicherten Person auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehenden Möglichkeiten zur Verwertung ihrer Resterwerbsfähigkeit dürfen von ihr Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles nicht zumutbar sind (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG; Urteil des EVG vom 10. März 2003, I 617/02, E. 3.1 mit Hinweisen).

9.2 Unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer dauernd schwere oder mittelschwere Arbeiten nicht mehr zumutbar sind. Rückenschonende leichte Tätigkeiten auf Schulterhöhe ohne dauerndes Sitzen oder Stehen waren ihm aber im hier relevanten Zeitraum im Umfang von 70 % resp. 80 % möglich. Dabei ist ein zusätzlicher Pausenbedarf im Umfang von 20 % berücksichtigt. Aus psychiatrischer Sicht besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Sachlage ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach wie vor verschiedene Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehen, so dass nicht von realitätsfremden und in diesem Sinne unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten auszugehen ist. Zwar ist der Beschwerdeführer angesichts seines gesundheitsbedingt erschwerten Zugangs zum Arbeitsmarkt sowie des eingeschränkten Anforderungsprofils nicht leicht vermittelbar, dennoch sind zumutbare Tätigkeiten zweifellos nicht nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers ausgeübt werden könnten. In Frage kommen beispielsweise Überwachungs-, Prüf-, Kontroll- und Administrativtätigkeiten oder Telefondienste aller Art. Daher kann nicht von einem fehlenden Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt im Sinne des Art. 16 ATSG gesprochen werden.

10.1 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. In den angefochtenen Verfügungen vom 23. Oktober 2020 nahm die IV-Stelle den erforderlichen Einkommensvergleich vor, wobei sie die Vergleichseinkommen aufgrund der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BfS) ermittelte. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die konkrete Bemessung derselben auch vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Darstellung der Berechnung.

10.2 Der Beschwerdeführer verlangt aber eine leidensbedingte Reduktion des Invalideneinkommens um mindestens 20 %. Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2017, 8C_114/2017, E. 3.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2).

10.3 Aus dem Gutachten der Dres. D._____ und E._____ vom 3./4. September 2018 ergibt sich, dass der Versicherte in einer rückschonenden leichten Verweistätigkeit im Umfang von 70 % resp. 80 % arbeitsfähig war, wobei ein zusätzlicher Pausenbedarf von 20 % berücksichtigt wurde. Die Tatsache allein, dass dem Versicherten nur noch körperlich angepasste Arbeiten zumutbar waren, stellt aber auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen Abzug dar, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl solcher Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C_805/2016, E. 3.4.2 und vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2). Ferner ist nicht ersichtlich, dass körperliche Limitierungen bestehen, die nicht bereits im gutachterlichen Anforderungs- und Belastungsprofil enthalten sind. Insbesondere darf der Umstand, dass dem Beschwerdeführer nur noch körperlich angepasste Tätigkeiten zumutbar sind, nicht durch einen Abzug vom Tabellenlohn und damit doppelt berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2017, 9C_264/2016, E. 5.2.2). Die weiteren Kriterien (Alter, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad und Nationalität/Aufenthaltskategorie) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug.

10.4 Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 – unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961) – bis 30. April 2017 Anspruch auf eine ganze Rente. Ein weitergehender Rentenanspruch besteht nicht. Die angefochtene Verfügung vom 23. Oktober 2020 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

11. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. 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 unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten

ihm zu auferlegen sind. Diese werden mit dem bereits geleisteten Vorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei diesem Verfahrensausgang ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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