



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Juni 2020 (720 20 5 / 118)

Invalidenversicherung

Medizinischer Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt; Rückweisung an die Vorinstanz

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____, gelernter Forstwart, ist seit dem 1. April 2012 bei der von seiner Lebenspartnerin betriebenen B.____ GmbH als Sachbearbeiter (Pensum 50 %) tätig. Am 23. Februar 2017 meldete er sich unter Hinweis auf eine Depression, eine chronische Leberzirrhose und Hepatitis C bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab, wobei sie den Versicherten durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) polydisziplinär begutachten liess (Expertise vom 13. August 2018). Gestützt auf die daraus ge-

wonnenen Erkenntnisse wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. November 2019 ab. Begründend hielt sie fest, A._____ habe das einjährige Wartejahr für den Anspruch auf eine IV-Rente nicht erfüllt.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Nikolaus Tamm, am 6. Januar 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 20. November 2019 aufzuheben und es sei ihm unter o/e-Kostenfolge mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 4. März 2020 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 17. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

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, 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 6. Januar 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 20. November 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Später eingereichte ärztliche Berichte sind aber ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c)

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 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).

3.3 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.

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

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

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

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.4 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). 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). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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 zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des EVG vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

6.2 Im Bericht vom 8. März 2017 (Eingang bei der IV-Stelle) diagnostizierte Dr. med. D._____, FMH Infektiologie, Intensivmedizin und Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Leberzirrhose (Child A) bei Status nach chronischer Hepatitis C und nach chronischem Aethylabusus, eine chronische Pankreatitis nach chronischem

Aethylabusus, einen Status nach rezidivierend depressiven Episoden, eine Opioidabhängigkeit, in Opioid-Substitutionstherapie, eine Benzodiazepinabhängigkeit, einen Status nach Alkoholabhängigkeit, nach schädlichem Konsum von Cannabinoiden, Kokain und LSD. Der Versicherte sei rasch erschöpft, habe Konzentrationsstörungen und einen hohen Erholungsbedarf. Es seien ihm nur noch leichteste Arbeiten (Büroarbeiten) halbtags zumutbar.

6.3 Am 9. Mai 2017 diagnostizierten Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.____, Abteilungsarzt beim Zentrum G.____, eine Leberzirrhose bei aethylicher und viraler Leberkrankheit, einen Status nach chronischer Hepatitis C, eine chronische Fatigue, rezidivierend depressive Störungen, eine aktuell abstinente Alkoholabhängigkeit und eine Opioidabhängigkeit, aktuell Opioid-Substitutionstherapie. Sie würden den Versicherten seit dem 5. März 2008 behandeln. Die Kombination von (familiär mitbedingter) chronischer Depressivität wechselnden Ausmasses mit der wahrscheinlich posthepatischen chronischen Fatigue führe beim Versicherten seit August 2014 zu einer eingeschränkten Lebensqualität mit reduzierter Erwerbsfähigkeit um 60 %.

6.4 Die IV-Stelle liess den Versicherten bei der ABI polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, neuropsychologisch und gastroenterologisch) begutachten. Am 13. August 2018 diagnostizierte das Expertenteam mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Leberzirrhose Child A (ICD-10 K70.3), eine chronische Hepatitis C (ICD-10 B18.2) und eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach psychischer Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzprogramm (ICD-10 F19.22), und ein fortgesetzter Nikotinabusus (ICD-10 F17.1). Aus gastroenterologischer Sicht könne eine chronische Lebererkrankung zur Kenntnis genommen werden mit einer Zirrhose, einerseits äthyltoxischer Natur, andererseits bei Status nach langjähriger Hepatitis C bzw. erfolgreicher Remission der Virusreplikation seit 2014. Klinisch sei es bisher nie zu einer Dekompensation gekommen. Ein Anteil der angegebenen Beschwerden, vor allem der Müdigkeit und Leistungsinsuffizienz, könne mit der Lebererkrankung erklärt werden, was zu einer geringen Leistungseinbusse von 25 % führe. Aus allgemeinmedizinischer Sicht seien keine weiteren Befunde und Diagnosen zu erkennen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden. Aus psychiatrischer Sicht bestünde eine leichtgradige Angst und depressive Störung gemischt. Diese führe zu einer geringen Leistungseinbusse von 20 %. Ein Anteil der angegebenen Symptome und Beschwerden mit Leistungseinbusse und Müdigkeit könnte dadurch erklärt werden. Der Substanzgebrauch sei nicht mehr gegeben. Die dauerhafte Teilnahme am Ersatzprogramm mit der Einnahme von Serve-Long (Opioid-Analgetikum) dürfte sich ungünstig auf die Motivationsfähigkeit des Versicherten auswirken. Eine Reduktion der Dosierung wäre sinnvoll anzustreben. Die Behandlung mit Cipralext (Antidepressivum) sei geeignet, sowohl die depressive Störung als auch die Angststörung effektiv zu minimieren. Der Erfolg sollte sich in vier bis sechs Wochen einstellen. Alsdann wäre auch die attestierte Arbeitsfähigkeit einlösbar. Aus neuropsychologischer Sicht hätten testpsychologisch keine wesentlichen Einbussen nachgewiesen werden können. Eine neuropsychologisch objektivierbare Einschränkung bestünde nicht. Ungünstig sei der ärztlich verordnete anhaltend hohe substituierende Morphinkonsum. Aus beruflicher und psychosozialer Sicht sei die lange Arbeitsabwesenheit ab 2002 zu vermerken und die Tatsache,

dass der Wiedereinstieg quasi im geschützten Rahmen bei der Partnerin des Versicherten erfolgt sei. Er sei seit vielen Jahren nicht mehr den echten Belastungen des ersten Arbeitsmarkts ausgesetzt gewesen und habe sich in dieser Situation eingerichtet. Wesentliche Einschränkungen der kognitiven, psychischen oder auch medizinischen Ressourcen seien nicht zu verzeichnen. Die leichten Leistungseinbussen aus gastroenterologischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen, da einerseits die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten. Andererseits sei die Symptomatik letztlich deckungsgleich und ätiologisch nicht sicher zuordenbar, sodass eine überwiegende Schnittmenge bestünde. In der zuletzt ausgeübten und in einer angepassten Verweistätigkeit sei der Versicherte acht Stunden pro Tag arbeitsfähig. Es bestünde ein erhöhter Pausenbedarf bei reduzierter Leistungsfähigkeit mit einer leichten Verlangsamung. Insgesamt betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Anmeldung bei der IV im Februar 2017 75 %. Psychiatrisch sei der affektive Teil der Störung ungenügend behandelt. Durch die effektive Behandlung mit CipraleX könnte eine leichte Verbesserung erreicht werden. Zudem dürfte eine Reduktion des Opiats die Wachheit und Motivation des Versicherten verbessern. Er selbst sehe sich nur sehr geringfügig arbeitsfähig, obwohl dafür keine medizinischen Gründe zu finden seien. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, eine Reduktion des Opiats vorzunehmen, um dann zu evaluieren, ob sich seine Motivation für ein höheres Pensum steigern würde und dieses auch umsetzbar wäre.

6.5 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, leitende Ärztin des Zentrums G.____, zum Gutachten der ABI vom 13. August 2018 Stellung. Sie hielt fest, die Gutachter hätten die traumatischen Erfahrungen des Versicherten in der Kindheit mit einem depressiven Vater und einer alkoholkranken Mutter nicht beachtet. Eine Schüchternheit, wie im Gutachten als Prädisposition zur Suchterkrankung angedeutet, könne so nicht angenommen werden. Es sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte während der Begutachtung überangepasst gezeigt und schambesetzte Inhalte nicht wiedergegeben habe. Die aktuelle erhebliche Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit entspreche der Realität. Laut Angaben des Arbeitsgebers betrage die Arbeitsleistung trotz hoher Motivation maximal 20 % bis 25 %. Der im Gutachten dargestellte Zusammenhang zwischen den Beschwerden, der Motivation des Versicherten und der Dosierung des Substitutionsmittels sei nicht nachvollziehbar und die Infragestellung der Substitutionsbehandlungsbedürftigkeit sei absurd. Eine stabile Dosis des Substitutionsmittels sei weder motivationsmindernd noch führe es zu anhaltender Müdigkeit, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsproblemen. Weiter bestünden Inkongruenzen zwischen dem psychiatrischen Befund und den Resultaten der neuropsychologischen Untersuchung. Während der Psychiater einen verlangsamten formellen Gedankengang sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen erwähne und diese Beschwerden als die Arbeitsfähigkeit einschränkend sehe, ergebe die neuropsychologische Untersuchung keine Hinweise für Verlangsamung oder Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Zudem werde im Gutachten die seit Jahren diagnostizierte rezidivierende depressive Störung weder diskutiert noch seien die depressiven Symptome gemäss ICD-10 vollständig exploriert worden. Der psychiatrische Gutachter begründe nicht, weshalb seines Erachtens die Verlangsamung, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen nicht in einem Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung stünden. Die Behauptung, mit einer effektiven Behandlung mit CipraleX könne eine leichte Verbesserung erreicht werden, sei eine reine Vermutung.

Der Versicherte werde aufgrund seiner rezidivierenden Störung seit Jahren psychotherapeutisch und pharmakologisch behandelt. Er vertrage die antidepressive Medikation schlecht. Ciprallex habe er zwar am besten vertragen, nach jahrelanger Behandlung bei Unverträglichkeit und mangelnder Wirksamkeit habe der Versicherte das Medikament in letzter Zeit nur noch unregelmässig eingenommen, was verständlich sei. Die depressive Störung sei beim Versicherten vor dem Erwachsenenalter eingetreten. Als beste (Selbst-)Medikation hätten sich bisher Alkohol, Benzodiazepine und Opioide erwiesen. Chronisch rezidivierende depressive Verläufe seien oft therapieresistent und würden zu einer erheblichen Krankheitslast führen. Die Arbeitsunfähigkeit sei beim Versicherten deutlich höher zu veranschlagen. Schliesslich sei im Gutachten die (somatische) Diagnose des chronischen Fatigue-Syndroms (ICD-10 G93.3) nicht berücksichtigt worden.

6.6 Am 22. Juni 2019 nahm die RAD-Ärztin pract. med. I. ____ Stellung. Sie hielt fest, dass die subjektive Müdigkeit und die Leistungsintoleranz nicht vollumfänglich objektivierbar seien. Dennoch seien diese subjektiven Beschwerden im Gutachten mit einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit resp. Leistungseinbusse aus gesamtmedizinischer Sicht ausreichend berücksichtigt worden. Die Diagnose eines chronischen Fatigue-Syndroms sei hingegen zu Recht nicht gestellt worden, da die subjektiven Beschwerden des Versicherten nicht vollumfänglich objektivierbar gewesen seien und in einem gewissen Ausmass anderen Grunderkrankungen hätten zugeordnet werden können.

6.7 Der RAD-Arzt Dr. C. ____ führte am 27. Juni 2019 aus, die von Dr. H. ____ angeführten Punkte seien weder dazu geeignet, das psychiatrische Gutachten in Zweifel zu ziehen noch zusätzliche Informationen einzubringen, die die Einschätzung des Psychiaters in ein anderes Licht rücken würden. Die wesentlichen Befunde, namentlich die des depressiven Formenkreises, seien im Gutachten diskutiert und in Relation zu den teilweise abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte gesetzt worden. Auch auf das chronische Fatigue-Syndrom werde Bezug genommen. Aufgrund der Befunde komme der Gutachter jedoch zu einer unterschiedlichen Bewertung des Sachverhalts. Die vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunde (eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit) hätten sich in der neuropsychologischen Untersuchung nicht objektivieren lassen, was jedoch eher für als gegen eine Arbeitsfähigkeit spreche. Die im Zusammenhang mit der antidepressiven Behandlung gemachte Aussage, als beste Selbstmedikation gegen die depressive Störung hätten sich beim Versicherten bislang Alkohol, Benzodiazepine und Opiate erwiesen, spreche für sich und bedürfe keines weiteren Kommentars.

6.8 Am 19. November 2019 führte Dr. C. ____ ergänzend aus, die Gutachter hätten dem Abhängigkeitssyndrom bzw. der Substanzkonsumstörung hinreichend Rechnung getragen. Der Einfluss des Substanzkonsums auf die Arbeitsfähigkeit sei ausführlich diskutiert und bewertet worden.

6.9 Am 6. Januar 2020 nahm Dr. H. ____ erneut Stellung. Für das Verständnis der Psychodynamik der Erkrankung seien die anamnestischen Angaben im Gutachten lückenhaft. So seien die traumatischen Erlebnisse des Versicherten nicht erfragt und verständlicherweise vom

Versicherten nicht spontan berichtet worden. Der realtraumatische Familienhintergrund mit sexualisierter und emotionaler Gewalt seitens der schwer alkoholkranken Mutter und der emotionalen Vernachlässigung seitens des depressiven Vaters spiele eine wesentliche Rolle. Der Versicherte habe bereits als Jugendlicher unter schweren depressiven Symptomen und einer Angstsymptomatik gelitten, welche er als Minderjähriger mit Substanzgebrauch (Drogen, Alkohol) zu bewältigen versucht habe. Daher seien sowohl die psychiatrischen Störungen als auch die Abhängigkeitserkrankungen unter einer traumatologischen Bedeutung und gegenseitiger Kausalität zu betrachten. Die Suchtentwicklung sei beim Versicherten eindeutig die Folge eines schweren psychischen Leidens. Die aktuelle Substitutionsbehandlung mit Opioiden und Benzodiazepinen ermögliche ihm das Überleben und überdeckte auch teilweise strukturelle Persönlichkeitsdefizite. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter diesen Aspekt nicht erkenne und die Substitutionsbehandlung in Frage stelle. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), einer strukturellen Störung im Sinne einer entwicklungsbedingten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61 und F62) sowie von einer Traumafolgestörung auszugehen. Die Diagnose einer sekundären Sucht sei im Gutachten nicht beachtet worden. Es bestünden eine Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, eine leichte Erschöpfbarkeit und verminderte Belastbarkeit, im Verlauf durchaus fluktuierend, rezidivierende depressive Verstimmungen mit Antriebs-, Kraft- und Interessenlosigkeit, chronisch rezidivierende Suizidgedanken, diffuse Ängste, Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen, Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins mit Amnesien und Depersonalisationserleben, eine Störung der Selbstwahrnehmung, eine schwere Selbstwertproblematik und ein schwankendes Selbstwertgefühl, eine Sorge vor Kritik und Ablehnung, rezidivierende interpersonelle Schwierigkeiten, ein abhängiges Beziehungsmuster, gewaltsame intime Beziehungen mit Retraumatisierungen, ein sozialer Rückzug, eine soziale Gehemmtheit, starke Verlassensängste und Abgrenzungsprobleme, ein Unterordnen eigener Bedürfnisse, ein Perfektionismus und übermässig hohe Ansprüche ans Selbst, rezidivierende Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung, Besorgtheit, eine eingeschränkte Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, ein Erleben von innerer Zerstörtheit und Hilflosigkeit, rezidivierende Zustände der Überregung oder Erstarrung, Schlafprobleme sowie Somatisierungsbeschwerden. Die Symptome seien chronisch-rezidivierend und könnten in ihrer Gesamtheit bei 1 bis 2 Untersuchungen durch einen Psychiater oder durch eine neuropsychologische Testung nicht erfasst werden. Der Gutachter spreche von einer Abstinenz und sehe das Problem einer schweren chronischen Suchterkrankung aktuell nicht mehr. Gleichzeitig werde aber die notwendige Opiat- und Benzodiazepinsubstitution bemängelt. Diese Sichtweise sei inkonsistent. Die Substitutionsbehandlung sei per se keine Abstinenzbehandlung. Die Annahme des Gutachters, der Versicherte sei mangelhaft motiviert, sei nicht begründet.

6.10 Am 17. Januar 2020 führte der RAD-Arzt Dr. C._____ aus, die vorgebrachte Kritik am Gutachten sei in einzelnen Punkten berechtigt, ohne jedoch die grundsätzliche Einschätzung der Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit umstürzen zu können. Tatsächlich falle die Beschreibung psychodynamischer Prozesse im Gutachten eher knapp aus, was jedoch in der Fragestellung begründet liege. Im versicherungsmedizinischen Kontext stehe die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Vordergrund, psychodynamische Überlegungen würden dabei eine untergeordnete Rolle spielen. Auch liesse sich aus den hier gestellten Diagnosen und Diagno-

sekkombinationen noch keine Aussage über die effektive Arbeitsfähigkeit treffen, auch wenn über die vergebenen Diagnosen durchaus diskutiert werden könnte. Von entscheidender Bedeutung sei die medizinische Querschnittuntersuchung für die aktuelle Beurteilung von Einschränkungen und Ressourcen in Kombination mit dem Längsschnittvergleich, wie von Dr. H.____ angemerkt. Daraus prognostische Aussagen für den Krankheitsverlauf und die Arbeitsfähigkeit abzuleiten, sei grundsätzlich nicht möglich. Auch wenn der Krankheitsverlauf des Versicherten von schwerer Suchterkrankung und affektiven Störungen gekennzeichnet sei, ergäben sich mit der bereits bestehenden Abstinenz von Alkohol und dem Verzicht auf Beikonsum von Substanzen neben der Substitutionsbehandlung Hinweise auf eine erfreuliche Verbesserung des Gesundheitszustands. Ob beim Versicherten die Sucht Folge oder Ursache einer weiterreichenden Psychopathologie gelten müsse, sei unerheblich. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien vielmehr die funktionellen Einschränkungen im Vergleich über alle Lebensbereiche hinweg massgeblich, wie auch deren Konsistenz. An diesem Punkt komme das Gutachten zu einer anderen Einschätzung als die behandelnde Ärztin. Die vom Versicherten gezeigten Leistungen in der neuropsychologischen Testung könnten dabei ebenso wenig unberücksichtigt bleiben, wie auch die lebenspraktisch gezeigte Arbeitsfähigkeit (50 %). Das in der Querschnittuntersuchung erhobene Bild zeige sich insofern konsistent mit dem Funktionsniveau im Alltag, in den sozialen Beziehungen und auch in der Berufstätigkeit. Im Gegensatz zu der ausführlichen Auseinandersetzung mit den genannten Themen komme im Gutachten die Auseinandersetzung mit den Themenkreis Persönlichkeit deutlich zu kurz. Eine Auseinandersetzung mit den sogenannten „komplexen ICH-Funktionen“ und anderen, die Persönlichkeit betreffenden Merkmalen finde nur in sehr verkürzter Form statt. Gesamthaft habe das Gutachten jedoch sämtliche relevanten Faktoren erfasst, die persönliche, berufliche und gesundheitliche Entwicklung hinreichend wiedergegeben und die bisherigen Therapien gewürdigt. Die unter Einbezug der durchgeführten Untersuchungen gezogenen Schlussfolgerungen mit Bezug auf die funktionalen Einschränkungen und die Arbeitsfähigkeit würden trotz berechtigter Kritik nachvollziehbar und plausibel erscheinen, weshalb auf das Gutachten abgestellt werden könne.

7.1 Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2019 gestützt auf die Beurteilung im Gutachten der ABI vom 13. August 2018 davon aus, dass dem Versicherten angepasste Tätigkeiten im Umfang von 75 % zumutbar seien. Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn diese aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, und solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien sind vorliegend jedoch nicht von der Hand zu weisen, wie die nachstehenden Erläuterungen aufzeigen.

7.2 Zunächst bestehen in psychiatrischer Hinsicht bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit fachärztliche Diskrepanzen. Zweifel an der Schlüssigkeit der psychiatrischen Expertise ergeben sich namentlich aufgrund der erheblich unterschiedlichen Beurteilung in den Berichten des Zentrums G.____ vom 9. Mai 2017, 13. Februar 2019 und 6. Januar 2020. Während der psychiatrische Gutachter – aufgrund einer einmaligen Exploration und eher spärlichen psychiatri-

schen Vorakten – eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), feststellte, deswegen eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % attestierte und davon ausging, dass sich eine Reduktion der Substitutionsmedikation positiv auf die Motivationsfähigkeit und eine Behandlung mit dem Antidepressivum CipraleX positiv auf die depressive Störung und die Angststörung auswirke, ergibt sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte ein deutlich anderes Bild: So diagnostizierte Dr. H._____ eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), eine strukturelle Störung im Sinne einer entwicklungsbedingten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61 und F62) sowie eine Traumafolgestörung. Sie beobachtete beim Versicherten diverse chronisch-rezidivierende Symptome (etwa Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, leichte Erschöpfbarkeit, verminderte Belastbarkeit, depressive Verstimmungen mit Antriebs-, Kraft- und Interessenlosigkeit, chronisch rezidivierende Suizidgedanken, diffuse Ängste, Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen, Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins mit Amnesien und Depersonalisationserleben, eine schwere Selbstwertproblematik, ein sozialer Rückzug) die vom psychiatrischen Gutachter weitgehend unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Aufgrund ihrer Beobachtungen attestierte sie beim Versicherten – unter Hinweis auf einen Bericht der Arbeitgeberin vom 20. Februar 2019, wonach die Arbeitsleistung trotz hoher Motivation maximal 20 % bis 25 % betrage – im Vergleich zum psychiatrischen Gutachter eine deutlich höhere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Alsdann wies sie begründet auf Mängel im Gutachten hin. So stellte sie zutreffend fest, dass die Gutachter die depressiven Symptome gemäss ICD-10 nicht vollständig explorierten und die (somatische) Diagnose des chronischen Fatigue-Syndroms (ICD-10 F93.3) nicht berücksichtigten. Soweit sie weiter die Anamnese im Gutachten als lückenhaft bezeichnet, erscheint diese Kritik insofern nachvollziehbar, als auch der RAD-Arzt Dr. C._____ in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2020 den vorgebrachten Mangel am Gutachten in einzelnen Punkten als berechtigt wertete und feststellte, dass die Beschreibung psychodynamischer Prozesse im Gutachten eher knapp, die Auseinandersetzung mit den Themenkreis Persönlichkeit deutlich zu kurz und eine Erörterung mit den sogenannten „komplexen ICH-Funktionen“ sowie anderer, die Persönlichkeit betreffender Merkmale nur in sehr verkürzter Form ausgefallen seien. Unlösbare Diskrepanzen bestehen sodann hinsichtlich den Auswirkungen der Substitutionsmedikation auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. So legte die auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierte Psychiaterin glaubhaft dar, dass die verabreichte Medikation erforderlich und entgegen der Auffassung des Gutachters eine stabile Dosis des Substitutionsmittels weder motivationsmindernd sei noch zu anhaltender Müdigkeit, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsproblemen führe. Zwar enthalten die Berichte des Zentrums G._____ vom 9. Mai 2017, 13. Februar 2019 und 6. Januar 2020 keine vollständige bzw. ausreichende Begründung. Dennoch lassen sie unüberwindbare Zweifel an der psychiatrischen Beurteilung im ABI Gutachten aufkommen. Dies gilt umso mehr, als sich der psychiatrische Gutachter mit den vorhandenen medizinischen Unterlagen – wenn überhaupt – nur sehr oberflächlich auseinandersetzte und seine Beurteilung, wonach mittels Behandlung mit CipraleX auch „auch die attestierte Arbeitsfähigkeit einlösbar wäre“ keine aussagekräftige Einschätzung der aktuellen Leistungsfähigkeit ist. Mit Blick auf die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin bestehen vielmehr Zweifel, ob der Gutachter den Gesundheitszustand und die daraus resultierende Leistungsfähigkeit korrekt erfasste. Bei dieser Sachlage kann jedenfalls nicht ausgeschlossen werden, dass beim Versicherten bereits seit längerer Zeit eine schwerwiegendere psychische Erkrankung vorliegen könnte, als der Gutachter der ABI annahm.

7.3 Auch die gastroenterologische Beurteilung überzeugt nicht. Zwar wird eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch eine erhöhte Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche bejaht. Seine Schlussfolgerungen, wonach nicht plausibel sei, dass der Versicherte „zwar keine Büroarbeit verrichten könne, aber doch mit dem Hund spazieren gehe“ (Gutachten Ziff. 7.3.2) und dass er „noch Ressourcen für eine Tätigkeit zu haben scheine, welche keine erhöhte Konzentration erfordere, wie bei der Büroarbeit“ (Gutachten Ziff. 7.4) sind indes auch mit Blick auf den Bericht der Arbeitgeberin vom 20. Februar 2019, wonach die Arbeitsleistung trotz hoher Motivation maximal 20 % bis 25 % betrage (act. 53), nicht einleuchtend, weshalb die im Übrigen nicht weiter begründete Leistungsfähigkeit von 75 % nicht zu überzeugen vermag. Dies gilt umso mehr, als sich der Gutachter mit dem von den behandelnden Ärzten diagnostizierten chronischen Fatigue-Syndrom nicht hinreichend auseinandersetzt.

7.4 Schliesslich wirft auch die im ABI-Gutachten vorgenommene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit Fragen auf. Die Gutachter gingen unter blossem Hinweis, dass sich die Einschränkungen in den einzelnen Disziplinen hinsichtlich eines erhöhten Pausenbedarfs bei reduzierter Leistungsfähigkeit mit einer leichten Verlangsamung ergänzten, sodass kein additiver Effekt entstehe, davon aus, dass der Versicherte gesamthaft betrachtet unter spezifischen Arbeitsplatzbedingungen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% aufweise. Bei dieser weder allgemein noch im Hinblick auf ein bestimmtes Belastungsprofil begründeten Einschätzung bleibt die Frage nach dem Zusammenspiel der somatischen und psychischen Einschränkungen auf die Leistungsfähigkeit weitgehend unklar.

7.5 Insgesamt bestehen erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Richtigkeit der Ausführungen im Gutachten der ABI vom 13. August 2018. Sie stellt daher keine geeignete Entscheidungsgrundlage für eine abschliessende Beurteilung der medizinischen Sachlage dar. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, weshalb die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden können. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch geeignete medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Von weiteren Abklärungen kann nicht abgesehen werden, da nicht von vornherein angenommen werden kann, eine ergänzende Begutachtung vermöge zu keinen besseren Erkenntnissen führen. Damit steht fest, dass die angefochtene Verfügung vom 20. November 2019 auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruht und deshalb aufzuheben ist.

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

oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweist sich das der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegte Gutachten der ABI vom 13. August 2018 als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, den massgeblichen medizinischen Sachverhalt – trotz eingehender und detaillierter fachärztlicher Kritik am Gutachten und Hinweisen des RAD-Arztes Dr. C._____ auf Mängel im psychiatrischen Teilgutachten – mit der gebotenen Sorgfalt widerspruchsfrei abzuklären und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von einer bisher nicht involvierten Institution erneut polydisziplinär abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind 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. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 24. März 2020 einen Zeitaufwand von 16 Stunden geltend gemacht. Darin befindet sich eine Bemühung im Umfang von 15 Minuten, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung des Versicherten zurückzuführen ist. Solche Bemühungen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Die Bemühungen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung

sind deshalb im genannten Umfang in Abzug zu bringen. Im Übrigen ist der geltend gemachte Aufwand in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Nach Abzug von 0,25 Stunden ist somit ein Aufwand von 15,75 Stunden zu dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 42.60. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'286.55 (15,75 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 42.60 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden 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 materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'286.55 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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