

SO_GERICHTE VSBES.2020.185 vom 25. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.185_d20211125

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.185 du 25 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.185 del 25 novembre 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 12. September 2017 meldete sich A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1974, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 10). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein und veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie beim B.____. Im diesbezüglichen Gutachtensbericht vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 29.1) kamen die Gutachter zum Schluss, aufgrund einer generalisierten Angststörung sowie Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit schädlichem Gebrauch sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Dieses Gutachten legte die Beschwerdegegnerin Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), zur Stellungnahme vor. Dieser hielt diesbezüglich am 6. August 2018 (IV-Nr. 32) fest, da weder die diagnostische Einschätzung, noch die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar seien, könne der RAD ein Abstellen auf die diagnostischen Einschätzungen und die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit des Versicherten im ausschlaggebenden psychiatrische Teil-Gutachten des B.____ nicht empfehlen. Zunächst sollte gemäss den Empfehlungen der psychiatrischen Gutachterin dem Versicherte zur Auflage gemacht werden, mit Hilfe einer stationären Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie eine stabile Abstinenz von Dormicum im Speziellen und Benzodiazepinen im Allgemeinen zu erreichen und mindestens über vier Monate nachzuweisen, da nur unter Abstinenzbedingungen die seriöse Feststellung des vorliegenden Gesundheitsschadens möglich sei. Unter der Voraussetzung einer nachgewiesenen anhaltenden Abstinenz müsse dann zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes unter Abstinenzbedingungen und Beantwortung der offenen Fragen eine erneute psychiatrische Begutachtung erfolgen.

1.2 Nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren (IV-Nr. 33) unterzog sich der Beschwerdeführer vom 28. August bis 25. September 2018 einer stationären Entzugsbehandlung bei den D.____. Schliesslich veranlasste die Beschwerdegegnerin eine weitere psychiatrische Begutachtung im B.____, wobei diese wiederum durch die gleiche Gutachterin erfolgte, welche den Beschwerdeführer bereits anlässlich der ersten Begutachtung beurteilt hatte. Mit Bericht vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1) kam die Gutachterin zum Schluss, beim Beschwerdeführer bestünden eine generalisierte Angststörung sowie eine ängstliche Persönlichkeit. Der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde durch den

Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Der Versicherte habe zuletzt in einer Spezialreinigung gearbeitet. Der Arbeitsplatz sei nicht mehr vorhanden, der Versicherte sei ungelernt, sodass nur Hilfstätigkeiten in Frage kämen. In Hilfstätigkeiten sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig.

1.3 Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 47 und 56) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. Juli 2020 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) vom 1. März 2018 bis 31. Juli 2019 eine befristete ganze Rente zu und verneinte ab 1. August 2019 einen Rentenanspruch.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 10. September 2020 Beschwerde erheben (A.S. 9 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Beschwerdeantwort vom 5. November 2020 (A.S. 31 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Replik vom 27. November 2020 (A.S. 38 ff.) verweist der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf seine bisherigen Ausführungen.

5. Mit Verfügung vom 23. Juni 2021 (A.S. 59) veranlasst das Versicherungsgericht bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein Gerichtsgutachten. Das Gutachten ergeht am 1. September 2021 (A.S. 64 ff).

6. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2021 (A.S. 89 ff.) reicht der Beschwerdeführer eine abschliessende Stellungnahme ein.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 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 den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe

Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers erfülle das B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 die bundesgerichtlichen Voraussetzungen an ein beweistaugliches Gutachten. Es könne entsprechend vollumfänglich darauf abgestellt werden. Die Ausführungen des RAD-Arztes, Dr. med. C.____, vom 6. August 2018 vermöchten in keiner Weise Zweifel an dem Gutachten hervorzurufen. Zunächst sei die Behauptung des RAD unter Ziffer 1 auf S. 4 der Stellungnahme, wonach in den verschiedenen Untersuchungssituationen und Befragungen in Bezug auf das Ereignis im Jahr 2010 keine Angstsymptome hätten festgestellt werden können, schlicht falsch. Dem psychiatrischen Gutachten könne auf S. 39 das Gegenteil entnommen werden: «Beim Bericht über den Vorfall deutliche Anspannung und Ängste, hier zeigt er auch seine Verletzungen und führt diese aus.» Sodann hätten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung festgehalten, dass sich allfällige Diskrepanzen aus der Psychodynamik heraus und damit aus unbewussten Gründen ergäben (S. 7). Die Gutachter hätten sich also explizit mit dieser Frage auseinandergesetzt und aus diesbezüglichen allfälligen vom RAD genannten Inkonsistenzen könne demnach keinesfalls auf die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens geschlossen werden. Des Weiteren sei auch die Begründung des RAD, weshalb die Diagnose nicht richtig gestellt worden sein solle, nicht stichhaltig. Zunächst verhalte es sich so, dass der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt ja überhaupt keinen Entzug durchgemacht habe und die entsprechenden Angstsymptome demnach nicht in diesem Rahmen verstanden werden könnten, sondern eben aufgrund der bestehenden generalisierten Angststörung zu verstehen seien. Worin sodann ein Mangel des Gutachtens aufgrund des nicht gemessenen Midazolam-Spiegels bestehen solle, sei nicht ersichtlich und werde vom RAD denn auch nicht näher begründet. Es sei klar davon auszugehen, dass die Gutachter einen Labortest nicht für nötig befunden hätten bzw. dessen Resultat nichts an der Diagnosestellung bzw. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geändert hätte. Dies behaupte denn der RAD zu Recht nicht. Auch der ungewöhnliche Verlauf der Symptomentwicklung ändere nichts an der begründeten Diagnosestellung. Die Gutachterin habe diesen gewürdigt, aber eben anlässlich der Untersuchung festgestellt, dass bei der Exploration das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung deutlich geworden sei und der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt klarerweise noch keinen Entzug durchgemacht habe. Hinzu komme, dass die Gutachterin die Diagnose einer generalisierten Angststörung auch im Verlaufsgutachten bestätige. Demnach liege es auf der Hand, dass es sich nicht bloss um ein Abhängigkeitsproblem handle, sondern eine eigenständige psychische Problematik vorhanden sei. Schlicht zynisch sei sodann die Aussage des RAD, wonach kein umfassender sozialer Rückzug vorhanden sei. Nur weil der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt mit seiner Ehefrau und der Tochter zusammengelebt habe, könne doch nicht davon ausgegangen werden, dass dieser aktiv am sozialen Leben teilnehme. Dass er Kontakt mit der Familie in der Türkei habe, sei dem Gutachten sodann nicht zu entnehmen und sei falsch. Das einzige, was der Beschwerdeführer noch tue, sei spazieren und zwar alleine. Auch dies schliesse einen sozialen Rückzug klarerweise nicht aus, der im Falle des

Beschwerdeführers offensichtlich ■ auch nach Ansicht der Gutachter ■ gegeben sei. Wie sodann dem Verlaufsgutachten des B. ___ vom 3. Juli 2019 zu entnehmen sei, sei der psychiatrischen Gutachterin die Stellungnahme des RAD vom 6. August 2018 vorgelegen. Dadurch habe sich diese denn auch offensichtlich beeinflussen lassen und habe die Gelegenheit genutzt, nun ihre Auftraggeberin zufrieden zu stellen. Anders sei die 180-Grad Wende nicht zu erklären, denn gemäss dem Verlaufsgutachten solle der Beschwerdeführer plötzlich wieder in sämtlichen Tätigkeiten 100 % arbeitsfähig sein, obwohl noch immer keine adäquate Behandlung stattgefunden habe. Zunächst gelte es festzuhalten, dass die Gutachterin noch immer die Diagnose einer generalisierten Angststörung stelle. Dies auch nach erfolgtem Entzug. Auch dies belege, dass auf das erste Gutachten abzustellen sei. Nicht schlüssig sei hingegen die Annahme, dass die gestellte Diagnose nun überhaupt keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr haben solle. Dies werde von der Gutachterin denn auch nicht adäquat begründet. Vielmehr sei dem Verlaufsgutachten zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers grundsätzlich überhaupt nicht verändert habe. Zwar habe dieser ausgeführt, dass es ihm während der Hospitalisation besser gegangen sei. Jedoch habe er bereits nach der Entlassung wieder vermehrt Schwierigkeiten bekommen. Dass es ihm deutlich besser gehe, habe der Beschwerdeführer nicht gesagt. Anhand der sonstigen Feststellungen der Gutachterin sei denn auch klar ersichtlich, dass sich nichts geändert habe. Der Tagesablauf sei noch immer derselbe. Schlicht falsch seien sodann die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachterin, wonach der Beschwerdeführer nun zusammen mit seiner Ehefrau spazieren gehen solle und sie gemeinsamen den Wocheneinkauf erledigten und andere Personen träfen und der Beschwerdeführer nun plötzlich im Haushalt helfe. Solche Aussagen habe der Beschwerdeführer nicht gemacht. Vielmehr verhalte es sich so, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch von seiner zweiten Ehefrau getrennt lebe. Auffällig sei sodann, dass es in Bezug auf die Symptome zu keiner Veränderung gekommen sei. Vergleiche man die beiden Gutachten, sei ersichtlich, dass der Beschwerdeführer noch immer dasselbe berichte. So sei S. 14 zu entnehmen, dass er auch heute noch ein bedrückendes Gefühl und Herzklopfen habe. Er habe Ängste und frage sich immer wieder, wieso ihm das passiert sei. Am wohlsten fühle er sich, wenn er alleine sei. Seine Stimmung sei nicht gut, er sei verschlossen und ziehe sich zurück. Weiter unten stehe, dass er nichts mehr vom Leben erwarte und er wenig Hoffnung habe. Während der Hospitalisation sei es ihm gut gegangen, jetzt merke er, dass er wieder mehr Gedanken habe. Eindrücklich seien sodann die Ergebnisse des nun durchgeführten mini-ICF. Praktisch in allen Bereich bestünden mittlere bis schwere Einschränkungen. Des Weiteren halte die Gutachterin selbst fest, dass die Hauptsymptome wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden zum klinischen Bild gehörten und beim Beschwerdeführer noch vorhanden seien. Wie die Gutachterin angesichts des soeben Ausgeführten plötzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen könne, sei weder schlüssig noch nachvollziehbar. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass sich die Symptome abgeschwächt hätten, was ausdrücklich bestritten werde, sei eine nun plötzlich 100%ige Arbeitsfähigkeit weder nachvollziehbar noch schlüssig. Dies umso mehr, als dass die Gutachterin selbst festhalte, dass eine Chronifizierung vorhanden sei und die weiteren Empfehlungen, die im Erstgutachten erwähnt worden seien, nicht umgesetzt worden seien, sondern bloss ein Entzug stattgefunden habe. Ein schrittweiser therapeutischer Prozess, um die generalisierte Angststörung zu behandeln bzw. den Gesundheitszustand zu stabilisieren,

habe aber eben gerade nicht stattgefunden. Im ersten Gutachten habe die Gutachterin explizit festgehalten, dass ein therapeutischer Prozess von mindestens zwei Jahren ab Beginn der Behandlung notwendig sei und ein stationärer Aufenthalt alleine nicht ausreichen werde, um eine Verbesserung zu erzielen. Zudem verhalte es sich so, dass auch der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. F.____, in seinen Berichten vom 20. Oktober 2019 und 22. November 2019 bestätigt habe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht langanhaltend verbessert habe. Schliesslich sei es entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht der Beschwerdeführer, sondern die Beschwerdegegnerin, die den RAD falsch zitiere und interpretiere. Der RAD habe in der Stellungnahme vom 6. August 2018 auf S. 5 unten ausdrücklich festgehalten, dass er weder die diagnostische Einschätzung, noch die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit als nachvollziehbar betrachte. Seitens der Gutachterin sei der Beschwerdeführer sodann eingehend untersucht und in diesem Rahmen seien offensichtlich keine Entzugssymptome festgestellt worden. In diesem Zusammenhang spiele es eine Rolle, dass der RAD im Gegensatz zu der Gutachterin den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht habe. Es könne doch nicht einfach ohne jegliche Anhaltspunkte hierfür gesagt werden, dass der Beschwerdeführer an Entzugssymptomen gelitten habe.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Beschwerdeführer zitiere und interpretiere den RAD-Bericht falsch. Der RAD führe zwar aus, dass die von der Gutachterin vorgenommene medizinische Beurteilung und die von ihr daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar seien. Damit sage er aber nicht, dass diese falsch sei. Auf Seite 5 der RAD-Stellungnahme führe er denn auch noch genauer aus, weshalb er zu dieser Einschätzung gelange. Insbesondere unter Punkt 1 halte er fest, dass die Diagnose einer generalisierten Angststörung unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden könne, da allfällige Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit denen einer eigenständigen Angststörung glichen und nicht sicher von diesen zu differenzieren seien. Dies sei in dem Sinne zu verstehen, dass ohne explizite Entzugsbehandlung gleichwohl Entzugssymptome auftreten könnten, wenn die Benzodiazepine z.B. nicht regelmässig eingenommen würden. Solche Symptome könnten bei gleichzeitiger Benzodiazepinabhängigkeit nicht klar der Diagnose einer generalisierten Angststörung oder der Benzodiazepinabhängigkeit zugeordnet werden. Aus diesem Grund sei es durchaus nachvollziehbar, dass zunächst ein Entzug der Benzodiazepine zu erfolgen habe, bevor über das effektive Vorliegen der Diagnose einer generalisierten Angststörung entschieden werden könne. Dabei spiele es entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers keine Rolle, ob im Zeitpunkt der Begutachtung ein Entzug stattgefunden habe oder nicht. Entsprechende Symptome könnten gleichwohl auftreten und das Resultat verfälschen. Dabei spiele es auch keine Rolle, ob der RAD den Beschwerdeführer persönlich untersucht habe oder nicht, handle es sich bei dieser Einschätzung doch um entsprechendes Fachwissen in Bezug auf die Diagnosestellung und nicht um eine einzelfallbezogene Beurteilung. Dementsprechend sei der Entzug der Benzodiazepine mittels MBZV angeordnet worden. Dieser Entzug habe denn auch im Rahmen der stationären Hospitalisation in der D.____ vom 28. August 2018 bis 25. September 2018 vorgenommen werden können. Im Rahmen dieses Entzugs habe eine klare Verbesserung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Abhängigkeit von Benzodiazepinen wie auch der affektiven Symptomatik erreicht und ausgewiesen werden können (siehe dazu Austrittsbericht der D.____ vom 6. Oktober 2018). Die zweite Begutachtung durch das B.____ vom 3. Juli 2019 habe festgestellt, dass trotz dem Entzug der

Benzodiazepine weiterhin eine generalisierte Angststörung diagnostiziert werden könne. Somit sei die bereits im ersten Gutachten gestellte Diagnose verifiziert und bestätigt worden, dies auch nachdem keine Benzodiazepine mehr eingenommen worden seien. Daraus sei abzuleiten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Diagnosen im ersten Gutachten übernommen werden könnten. Ebendies habe jedoch zunächst durch den Entzug und die anschließende neue Begutachtung überprüft werden müssen. Somit sei die Kritik des RAD durchaus berechtigt gewesen und habe zur neuerlichen Beurteilung massgeblich beigetragen. Der RAD habe denn auch in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2019 zur zweiten Begutachtung des B.____ festgehalten, dass eine Verbesserung ab der zweiten Begutachtung angenommen werden könne. Sodann interpretiere der Beschwerdeführer das Mini-ICF so, dass in praktisch allen Bereichen eine mittlere bis schwere Einschränkung bestehe. Wie er zu dieser Einschätzung gelange, sei für die IV-Stelle nicht nachvollziehbar. Gestützt auf das Gutachten sei eher von durchwegs leichten bis mittleren Einschränkungen und zum Teil von keinen Einschränkungen auszugehen, sei doch nur bei Punkt 9 von einer mittleren Einschränkung und bei Punkt 10 von einer relevanten Einschränkung die Rede. Des Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass bereits der Entzug von Benzodiazepinen und die optimale Einstellung der Medikamente zu einer massiven Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Dies heisse zwar nicht, dass eine adäquate therapeutische Behandlung nicht durchaus Sinn machen würde. Für die IV sei diese jedoch nicht mehr in dem Sinne notwendig, um eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen, da bereits jetzt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Bezüglich des Hinweises des Beschwerdeführers, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. F.____ in seinen Berichten vom 20. Oktober 2019 und 22. November 2019 bestätige, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht langanhaltend verbessert habe, sei auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Februar 2020 zu verweisen. Darin führe der RAD aus, weshalb auf die Berichte von Dr. med. F.____ nicht abgestellt werden könne.

5. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht vom 1. März 2018 bis 31. Juli 2019 eine ganze Rente zugesprochen und ab 1. August 2019 den Rentenanspruch verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Dezember 2017 (IV-Nr. 17) beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und attestierte dem Beschwerdeführer seit Januar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe ernsthafte psychische Probleme. Hierbei sei zu beachten, dass er von mehreren Personen angegriffen und dabei ein psychisches Trauma erlitten habe. Er fühle sich müde, hilflos. Er leide unter Angststörungen, Verfolgungsideen und habe ein Aufmerksamkeitsproblem.

5.2 Mit Bericht vom 29. Januar 2018 (IV-Nr. 19) diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine posttraumatische Belastungsstörung. Aus medizinischer Sicht schienen körperlich stark belastende Tätigkeiten oder Tätigkeiten, welche komplexe Arbeitsabläufe beinhalteten, für den Beschwerdeführer ungeeignet. Dem Beschwerdeführer seien weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar.

5.3 Im B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 29.1; Fachrichtungen: Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus neurologischer und internistischer Sicht ergäben sich keine Auffälligkeiten. Aus psychiatrischer Sicht sei bei der Exploration beim Versicherten das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung deutlich. Er habe Anspannung, Besorgnis gezeigt und habe Befürchtungen gehabt. Er beschreibe plötzlich auftretende Situationen mit Herzklopfen, Herzrasen, Schweissausbrüchen, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Missempfindungen, Schwindel, Unsicherheit, Unruhe, Heiss- oder Kaltgefühle, Taubheit und Kribbelempfindungen, Nervosität und Hals- und Schluckbeschwerden. Zudem gebe er Ein- und Durchschlafstörungen an. Die diagnostischen Kriterien für die generalisierte Angststörung seien erfüllt. Möglicherweise habe der Versicherte noch eine gewisse Akzentuierung in der Persönlichkeit mit leichter Kränkbarkeit und Verunsicherung. Dies per se wirke sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus und werde aber als Reintegrationshindernis, welches beachtet werden müsste, erwähnt. Zudem nehme der Versicherte seit langem Dormicum ein. Er sei darauf fixiert. Es werde zumindest von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Eine Abhängigkeit liege nach dieser Zeit wahrscheinlich vor. Dies wäre zu beachten, wenn das Dormicum reduziert oder abgesetzt werden sollte. Es sei sehr wahrscheinlich, dass sich dann eine Entzugssymptomatik zeige. Der Versicherte sei nicht in der Lage, sich mit anderen Personen adäquat zu konfrontieren. Er lebe sozial isoliert und zeige ein Vermeidungsverhalten. Bei Beanspruchung komme es zu Ängsten. Er sei nicht flexibel und in seiner Umstellungsfähigkeit reduziert. Die Stresstoleranz sei gering. Der Versicherte sei auf sich und seine Symptome und die Angst, wieder eine Attacke zu bekommen, fixiert. Zudem verharre er in der verletzten, gekränkten Position und tue dies unbewusst. Er traue sich so nichts zu und sei nicht in der Lage, Schritte in Richtung Angstbewältigung, Erweiterung des Aktivitätsradius, Arbeitsintegration zu machen. Die Medikation mit Dormicum schränke sein Erleben ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

5.4 Mit Stellungnahme vom 6. August 2018 (IV-Nr. 32) führte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, aus, im psychiatrischen Teil-Gutachten des B.____ seien gewisse Diskrepanzen und offensichtliche Widersprüche in den anamnestischen Angaben des Versicherten auffällig bezüglich relevanter Ereignisse, deren Ablauf und Folgen. Darüber hinaus erschienen aus Sicht des RAD die medizinische Beurteilung durch die Gutachterin und die von ihr daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung könne unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden. Die allfälligen Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit (der Dormicum-Wirkstoff Midazolam weise ein bekannt hohes Abhängigkeitspotenzial auf, die Gutachterin vermute selbst eine Abhängigkeit) glichen denen einer eigenständigen Angststörung und seien nicht sicher von diesen zu differenzieren. Die iatrogen, durch eine inadäquate medikamentöse Therapie induzierte Benzodiazepinabhängigkeit des Versicherten stelle zudem eine «Suchtverlagerung» (von Alkohol zu Tranquilizern) dar.

Überraschenderweise sei von der Gutachterin allerdings eine Bestimmung des (sich im Fettgewebe anreichernden, ansonsten nach der HWZ kurzwirksamen) Midazolam-Spiegels (im Gegensatz zu CDT, oder auch dem Medikament Escitalopram) nicht veranlasst worden. Sodann sei auf die Unstimmigkeiten in der Darstellung der Symptomentwicklung im Verlauf auch von der Gutachterin hingewiesen worden, die allerdings die Selbstlimitierung des Versicherten als unbewusst aufgrund der Ängste, die der Versicherte körperlich spüre und als sehr unangenehm wahrnehme, einordne. Dem vermöge sich der RAD nicht anzuschliessen. Des Weiteren werde im psychiatrischen Teil-Gutachten auch eine umfassende Einschätzung von Funktions- und Partizipationsstörungen des Versicherten (gemäss Mini-ICF-P) vermisst. Vom Vorliegen eines umfassenden sozialen Rückzugs könne aus Sicht des RAD nicht ausgegangen werden (verheiratet, lebe mit Frau und Tochter zusammen, treffe seine Kinder, Kontakte mit Familie in der Türkei, gehe häufig spazieren). Psycho-sozio-kulturelle Faktoren schienen ebenfalls von Belang zu sein (Migrationshintergrund, keine berufliche Qualifikation, kaum Sprachkenntnisse nach 26 Jahren in der Schweiz). Da durch das psychiatrische Teil-Gutachten des B.____ das Vorliegen einer relevanten depressiven Störung wie auch eine posttraumatischen Belastungsstörung als überzeugend ausgeschlossen angesehen werden könnten, könne die im Gutachten einzig (neben der Benzodiazepinabhängigkeit) gestellte Diagnose F 41.1 (generalisierte Angststörung) aus Sicht des RAD die volle Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in jeglicher Erwerbstätigkeit nicht hinreichend plausibel begründen ■ zumal diese Diagnose auch noch unter dem Vorbehalt einer hier wahrscheinlich vorliegenden Überlagerung durch Suchtfolgen stehe. Da weder die diagnostische Einschätzung, noch die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar seien, könne der RAD ein Abstellen auf die diagnostischen Einschätzungen und die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit des Versicherten im ausschlaggebenden psychiatrischen Teil-Gutachten des B.____ nicht empfehlen.

5.5 Im Austrittsbericht der D.____, vom 6. Oktober 2018 (IV-Nr. 35) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Initial sei mit dem Beschwerdeführer eine Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen vereinbart worden. Temesta und Stilnox seien schrittweise reduziert und anschliessend total sistiert worden. Bei Zunahme der Angstsymptomatik nach dem Absetzen von Benzodiazepinen seien verschiedene Medikamente eingesetzt worden (Trimipramin, Truxal und Seroquel), worauf der Beschwerdeführer sehr sensitiv mit orthostatischer Hypotonie reagiert habe. Trimipramin habe aus diesem Grund wieder sistiert und die anderen Medikamente langsamer und niedriger aufdosiert werden müssen, worunter sich der Zustand des Beschwerdeführers massiv verbessert habe. Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt wiederkehrende Suizidgedanken, Wutausbrüche und aggressive Impulse gegenüber dem damaligen Angreifer, depressive Verstimmungen und Angstsymptome (Herzrasen, Zittern, innere Unruhe, Schlaflosigkeit) sowie Grübeln angegeben, was im Zusammenhang mit Erinnerungen eines ihm gegenüber stattgefundenen Angriffes auftrete. Das antriebssteigernde Ciprallex sei deswegen und bei Verdacht auf eine induzierte Unruhe auf 10 mg/Tag reduziert worden. Seroquel sei auf die retardierte Form umgestellt und bis 100 mg/Tag aufdosiert worden. Bei Ein- und Durchschlafstörungen sei Remeron 15 mg zur Nacht installiert worden in Kombination mit Truxal in Reserve, wobei dem Beschwerdeführer von einer erhöhten Dosierung von Truxal aufgrund der oben beschriebenen Nebenwirkungen abgeraten worden sei. Unter dieser Kombination habe sich

die Symptomatik im Verlauf massiv gebessert, der Beschwerdeführer habe ruhiger und entspannter gewirkt, die Suizidgedanken und aggressiven Impulse gegenüber dem Angreifer hätten sich remittiert und die Schlafstörungen hätten sich normalisiert. Am 25. September 2018 habe der Beschwerdeführer bei deutlich verbessertem Zustandsbild nach Hause entlassen werden können. Im Verlauf sei je nach klinischem Zustand und bei Bedarf eine weitere Aufdosierung von Seroquel und Remeron zu erwägen.

5.6 Im psychiatrischen Gutachten des B.____ vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde auch durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Der Versicherte sei nicht ausgebildet und seine Sprachkompetenzen seien gering. Die Persönlichkeitsstruktur führe zu Unsicherheiten und Ängsten, sodass die Eigenmotivation, sich eine Arbeit zu suchen, gering sei. Er lebe in einer stabilen Beziehung und nehme im Rahmen der Familie am sozialen Leben teil, er sei auch in der Lage, sich in der Umgebung frei zu bewegen. Der Versicherte habe es geschafft, den Alkoholkonsum zu sistieren und die Benzodiazepine/Hypnotika abzubauen. Ungünstig sei die lange Arbeitskarenz, die Stellenlosigkeit und die Dekonditionierung bezüglich den Anforderungen des Arbeitsmarktes. Die bei der Erstbegutachtung empfohlenen Massnahmen seien nur teilweise umgesetzt worden. Der Versicherte habe den Entzug gemacht, es sei zu einer Verbesserung des Befundes gekommen. Die Therapie sei weiterhin notwendig. Der Versicherte habe zuletzt in einer Spezialreinigung gearbeitet. Der Arbeitsplatz sei nicht vorhanden, der Versicherte sei ungelernt, sodass nur Hilfstätigkeiten in Frage kämen. In Hilfstätigkeiten sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Hier sei jedoch zu sagen, dass der Versicherte aufgrund der Persönlichkeit, der langen Arbeitskarenz und der Schwierigkeiten in Umstellungsphasen von einem gestuften Arbeitseinstieg profitieren würde. Beginn mit 50 % und dann Steigerung des Pensums um ca. 10 % pro Monat.

5.7 Dr. med. F.____ stellte in seinem Arztszeugnis vom 21. Oktober 2019 (IV-Nr. 48) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer leide an einem mittelschweren bis schweren depressiven Angstzustand. Er befinde sich in einer Stimmungsschwäche, die von täglichen Ängsten begleitet werde. Er habe Probleme, sich zu konzentrieren und aufmerksam zu sein. Das Interesse, die Freude und das Selbstwertgefühl nähmen ab. Er leide an neuroregulatorischen Störungen wie Tachykardie, Schwitzen und Kopfschmerzen. Zudem leide er an Verfolgungswahn. Er habe Schuldgefühle, weil er seinen Lebensunterhalt beruflich nicht mehr verdienen könne und seinen Platz in der Familie verliere. Er habe eine düstere Haltung gegenüber der Zukunft. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit etwa vier Monaten verschlechtert. Er befinde sich in einem mittelschweren bis schweren depressiven Angstzustand. Es gebe eine Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit. Er habe sich zu Hause eingeschlossen. Er habe tägliche Ängste und Panikattacken. Aktuell erhalte er folgende Medikamente: Escitalopram 20 mg. Trittico 50 mg, Quetiapine 50 mg, Zolpidem 10 mg. In seinem Zustand sei er 70 - 100 % arbeitsunfähig.

5.8 Mit Stellungnahme vom 18. Februar 2020 (IV-Nr. 55) führte Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, aus, wie Dr. med. F.____ auf die Diagnosen schizoaffektive Störung und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, komme, gehe aus seinen Ausführungen zu den Beschwerden und Befunden nicht hervor. Weder die psychiatrische Gutachterin noch die Ärzte der D.____, wo der Versicherte vom 28. August 2018 bis 25. September 2018 zum Benzodiazepinentzug hospitalisiert gewesen sei, stellten diese Diagnosen. Auch seine Angaben dazu, dass sich das Zustandsbild durch den Entzug von Temesta und Stilnox nicht verbessert und gar seit Anfang 2019 noch zusätzlich verschlechtert habe, widersprächen dem Austrittsbericht der D.____ vom 6. Oktober 2018 und der gutachterlichen Beurteilung vom April 2019. Sodann erstaune es, dass Dr. med. F.____ bei den Medikamenten wiederum Zolpidem (Stilnox) aufführe. Entweder habe er die Medikationsliste nicht aktualisiert oder entgegen allen Empfehlungen wiederum Stilnox verordnet. Des Weiteren berichte Dr. med. F.____, dass der Entzug der Schlaf- und Beruhigungsmittel keinen positiven Einfluss gehabt habe und sich seither das Zustandsbild gar verschlechtert habe. Beide Aussagen stünden in deutlichem Widerspruch zur Berichterstattung der D.____ und zur gutachterlichen Beurteilung. Dr. med. F.____ stelle zwar andere/neue Diagnosen. Diese gingen aus den Berichten aber nicht nachvollziehbar hervor, so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der bekannte Sachverhalt anders bewertet werde. Bezüglich Arbeitsfähigkeit ab Gutachten vom 8. April 2019 könne am Vorbescheid festgehalten werden. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt sei aber im Vorbescheid nicht berücksichtigt worden. Hierfür könne auf das Gutachten vom 12. Juli 2018 abgestützt werden.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten sowie das psychiatrische Gutachten des B.____ vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 29.1) bzw. vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1

6.1.1 Im internistischen Teilgutachten des polydisziplinären B.____-Gutachtens vom 12. Juli 2018 führte Dr. med. I.____ aus, gemäss den Akten sei beim Versicherten seit 11/2017 eine arterielle Hypertonie bekannt. Bei der aktuellen Untersuchung sei der Blutdruck unter einem ACE-Hemmer normal. Als weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren lägen Übergewicht (BMI 27,5) und ein Status nach Nikotinabusus (42 py, beendet vor einem Jahr) vor. Gemäss Akten und auch Eigenangaben habe der Versicherte bis vor einem Jahr während vieler Jahre (anamnestisch 15) regelmässig Alkohol konsumiert. Konkret habe der Versicherte angegeben, zwei bis drei Mal pro Woche, gelegentlich auch täglich, drei Liter Bier getrunken zu haben. Er berichte, vor einem Jahr aus eigenem Antrieb und aus Sorge um die Gesundheit sowohl den Nikotin- als auch den Alkoholkonsum gänzlich eingestellt zu haben. Die Laboruntersuchungen vom 29. Mai 2018 zeigten normale Transaminasen und einen unauffälligen CDT-Wert, was die obigen Angaben des Versicherten bestätige. Die arterielle Hypertonie sei mit einem ACE Hemmer gut behandelt. Es bestünden keine Hinweise auf einen Alkoholüberkonsum. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint somit auch die Schlussfolgerung des internistischen Gutachters nachvollziehbar, aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt.

6.1.2 Im neurologischen Teilgutachten hielt Dr. med. J.____ fest, dem CT-Befund Schädel vom 9. März 2012 im Röntgeninstitut Aarau könne unter «Indikation» entnommen werden,

dass chronische Kopfschmerzen nach einer Schädelkontusion mit grosser Schnittwunde am Hinterkopf vom 31. Oktober 2010 vorgelegen hätten. Der entsprechende Befund sei dann normal gewesen. Der diesbezügliche klinisch-neurologische Status sei unauffällig. Bildgebende Untersuchungen seien keine zur Verfügung gestanden. Phänomenologisch handle es sich beim beschriebenen Kopfweh um chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen. Inwieweit eine posttraumatische Komponente vorliege, könne nicht weiter eruiert werden. Möglicherweise bestehe eine gewisse Überlagerung mit einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfweh, gebe doch der Explorand an, täglich Dafalgan wegen Kopfschmerzen zu konsumieren. Anhaltspunkte für eine anderweitige sekundäre Kopfwehform ergäben sich keine, wobei eine Überlagerung durch psychische Faktoren anzunehmen sei. Eine Rückenproblematik sei aktuell vom Exploranden verneint worden. 06/2017 sei die BWS geröntgt worden mit altersentsprechend normalem Resultat. Klinisch liege eine leicht vermehrte Kyphose vor mit fraglich einer diskreten linkskonvexen Fehllhaltung, ohne relevante Verspannungen der Muskulatur und bei normaler Beweglichkeit. Der Explorand gebe an, seit einem Jahr keinen Alkohol mehr zu konsumieren. Offenbar habe vorgängig ein relativ regelmässiger Konsum bestanden. Somatisch-neurologische Folgeschäden im Sinne einer allfälligen alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems ergäben sich im klinischen Status keine. Die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen könne nicht als sicher pathologisch gewertet werden. Im Lichte der vorgehenden Ausführungen vermag auch die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe.

6.1.3

6.1.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. K. ___ bezüglich der erhobenen Befunde aus, der Versicherte sei ordentlich gekleidet, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Psychomotorisch etwas verlangsamt, vorsichtig, wirke angespannt und unsicher. Keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits- oder Konzentrationsstörungen. Er sei kooperativ und gebe über sich Auskunft. Er wirke insgesamt gehemmt, Mimik und Gestik seien vermindert. Vom Aspekt her wirke er unsicher und ängstlich. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei reduziert, er wirke nicht depressiv, im Verlauf der Exploration bei allgemeinen Themen weg vom Vorfall und weg von der eigentlichen medizinischen Symptomatik könne der Versicherte etwas entspannen, sei dann auch von der Stimmung etwas gelöster, aufgehellter und könne auch adäquat lachen und erscheine dann unauffällig. Bei Bericht über den Tod des Vaters stiegen ihm Tränen in die Augen. Er sei betroffen, könne darüber berichten und wieder in den allgemeinen Gesprächsfluss hineinkommen. Beim Bericht über den Vorfall bestünden eine deutliche Anspannung und Ängste, hier zeige er auch auf seine Verletzungen und führe diese aus. Keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ich-Erlebnis-Störungen. Keine Hinweise auf Zwänge. In Bezug auf Ängste gebe er an, dass er sich einerseits zu Hause sicher fühle, andererseits diese Räumlichkeit nicht aushalte und immer wieder laufen gehe. Er gebe an, nicht in Restaurants gehen zu können und sich am liebsten allein wohl zu fühlen. Bei der Exploration beschreibe er eine klassische Angstattacke. Insgesamt wirke der Versicherte etwas unbeholfen, hilflos und unsicher. Laut Angabe Schlafstörung, wenig Appetit, Gewichtsverlust, motorische Unruhe, Libidoverminderung sowie Schmerzen wie bereits beschrieben. Sodann hielt Dr. med. K. ___ als Beurteilung fest, der Versicherte gebe an, dass er seine Symptome seit 2010 habe. Trotz dieser Symptome habe er dann noch ca. vier Jahre gearbeitet. Was der

Versicherte angebe und teilweise auch bei der Exploration ausblende, seien Dinge wie z.B. ein vermehrter Alkoholkonsum, Untreue in der Ehe sowie eigene Anteile an Konflikten. Der Versicherte habe weiter ausgeführt, dass er früher einen anderen Lebenswandel mit Ausgang, Freunden, regelmässigem Alkoholkonsum gehabt habe. Ob eine Abhängigkeit diesbezüglich vorhanden gewesen sei, könne aufgrund der Akten nicht gesagt werden. Es werde letztendlich von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Aktuell gebe der Versicherte an, dass er seit einem Jahr keinen Alkohol mehr trinke und auch nicht mehr rauche. Hingegen nehme er täglich zwei Tabletten Dormicum ein, obwohl dies ungünstig sei. Es sei nun unklar, wie sich seine Symptomatik entwickelt habe. Vermutlich spiele die Kündigung 2015 nach dem Tod des Vaters eine entscheidende Rolle. Ab dann habe der Versicherte nicht mehr gearbeitet. Möglicherweise sei es hier zu einer tiefen Kränkung gekommen, dass der Arbeitgeber kein Verständnis gezeigt habe, sein Vater schwer krank gewesen und dann in seinen Armen verstorben sei. Möglicherweise habe dies frühere Kränkungen und Verletzungen reaktiviert, beginnend mit dem Vorfall am 31. Oktober 2010. Dort sei es zu einer Verletzung gekommen, wo der Versicherte selbst auch alkoholisiert gewesen sei. Möglicherweise hätten auch die Drohungen in der Folge, die vom Versicherten berichtet worden seien, zu einer Symptomausweitung geführt. Bei der Exploration habe der Versicherte das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung gezeigt. Er gebe Anspannung sowie Besorgnis an und habe Befürchtungen. Er beschreibe plötzliche Situationen mit Herzklopfen, Herzrasen, Schweissausbrüchen, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Missempfindungen, Schwindel, Unsicherheit, Unruhe, Heiss- oder Kaltgefühle, Taubheit und Kribbelempfindungen sowie Nervosität und Hals- und Schluckbeschwerden. Zudem gebe er auch Ein- und Durchschlafstörungen an. Die diagnostischen Kriterien für die generalisierte Angststörung seien erfüllt. Eine parallel dazu bestehende depressive Symptomatik, wie in den Akten aufgeführt, werde nicht gefunden. Es gebe zwar Symptome, die auf eine depressive Symptomatik hindeuteten, diese rechtfertigten jedoch keine separate ICD-10 Diagnose. Auch werde nicht die Diagnose einer Angststörung mit einer depressiven Symptomatik im Sinne einer ICD-10 F41.2 Diagnose gestellt. Möglicherweise habe der Versicherte noch eine gewisse Akzentuierung in der Persönlichkeit mit leichter Kränkbarkeit und Verunsicherung. Diese per se wirke sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, werde hier aber als Reintegrationshindernis, welches beachtet werden müsste, erwähnt. Zudem nehme der Versicherte seit langem Dormicum ein und sei darauf auch fixiert. Es werde zumindest von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Eine Abhängigkeit liege nach dieser Zeit wahrscheinlich vor. Dies wäre zu beachten, wenn das Dormicum reduziert oder abgesetzt werden sollte. Es sei sehr wahrscheinlich, dass dann eine Entzugssymptomatik zum Vorschein komme. Der Versicherte habe sein Leben seit zwei Jahren auf seine Symptomatik ausgerichtet und habe sich damit einen geregelten Tagesablauf geschaffen. Er selber könne sich nicht mehr vorstellen arbeiten zu gehen und sehe sich auch in der Zukunft in der aktuellen Situation so weiter leben. Es sei hier jedoch zu sagen, dass ein Dormicum-Entzug, eine adäquate verhaltenstherapeutisch orientierte regelmässigen Psychotherapie und der Einsatz von Psychopharmaka die Situation verbessern könnten. Der Versicherte sei noch nicht adäquat therapiert. Es brauche eine Psychoedukation und einen aktiven Support und eine adäquate medikamentöse Behandlung. Die Therapie müsse so ausgerechnet sein, dass der Versicherte motiviert werde, sich einen neuen Lebensentwurf zu kreieren, die Kränkungen zu überwinden und sich dann beruflich zu integrieren. Eine Verbesserung des Zustandes sei

möglich. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen kam Dr. med. K.____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung (E. II. 6.1.3.2 hiernach) schlüssig erscheint.

6.1.3.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1.Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a)Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2.Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Dem Gutachten ist keine ausdrückliche Beurteilung bezüglich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu entnehmen. Jedoch ergibt sich aus den Ausführungen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung in Ziff. 4.3, S. 6 des Gutachtens, «Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnose», dass die Angststörung des Beschwerdeführers tendenziell schwer ausgeprägt ist. Wohl ist im Anschluss an die durch den RAD-Arzt geäusserte Kritik davon auszugehen, dass eine klare Abgrenzung der Auswirkungen der Angststörung von derjenigen einer

Benzodiazepin-Abhängigkeit nicht möglich ist. Dieser Zuordnung kommt jedoch keine entscheidende Bedeutung zu, da auch Abhängigkeitssyndrome zu berücksichtigen sind (BGE 145 V 215). Zu den detaillierten Angaben der Gutachterin wird die auf Kategorie «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» verwiesen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte die Gutachterin aus, nach dem Überfall im Jahr 2010 wäre wahrscheinlich eine frühe psychiatrische Intervention günstig gewesen. Die psychiatrische ambulante Therapie ab 2012 sei nicht dokumentiert. Es lägen hier lediglich Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vor. Aus dem Bericht des Psychiaters Dr. med. F. ___ vom 23. Dezember 2017 gehe auch nicht viel mehr hervor. Sofern die Angaben des Versicherten stimmten und die Konsultationen jeweils 10 - 15 Minuten gedauert hätten und ansonsten Medikamente abgegeben worden seien, erscheine die Therapie als völlig insuffizient. Der Versicherte habe sein Leben seit zwei Jahren auf seine Symptomatik ausgerichtet und habe sich damit einen geregelten Tagesablauf geschaffen. Er selber könne sich nicht mehr vorstellen arbeiten zu gehen und sehe sich auch in der Zukunft in der aktuellen Situation so weiter leben. Es sei hier jedoch zu sagen, dass ein Dormicum-Entzug, eine adäquate verhaltenstherapeutisch orientierte regelmässigen Psychotherapie und der Einsatz von Psychopharmaka die Situation verbessern könnten. Der Versicherte sei noch nicht adäquat therapiert. Es brauche eine Psychoedukation und einen aktiven Support und eine adäquate medikamentöse Behandlung. Die Therapie müsse so ausgerechnet sein, dass der Versicherte motiviert werde, sich einen neuen Lebensentwurf zu kreieren, die Kränkungen zu überwinden und sich dann beruflich zu integrieren. Eine Verbesserung des Zustandes sei möglich. Als Therapieaufgabe müsse eine adäquate, regelmässige und dokumentierte Psychotherapie erfolgen. Ein stationärer Aufenthalt wäre durchaus möglich, auch wenn der Versicherte deswegen Angst habe. Im stationären Rahmen könne das Dormicum entzogen und eine adäquate Schlafmedikation etabliert werden. Der Versicherte benötige Psychoedukation und eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. Wahrscheinlich reiche ein stationärer Aufenthalt nicht aus, um eine wirkliche Verbesserung zu erzielen. Der Besuch einer Tagesklinik würde den Übergang vom komplett geschützten Bereich der Klinik nach Hause erleichtern und auch die Ressourcen fördern. Wichtig sei bei allen Therapieoptionen, den Versicherten dahin zu leiten, dass das Ziel eine Reintegration auf dem Arbeitsmarkt sei. Der Versicherte selber könne dies als Option jetzt nicht sehen. Mit einer Tätigkeit im geschützten Bereich wäre der Versicherte aktuell überfordert. Ein therapeutischer Prozess von ca. zwei Jahren nach Beginn der Therapie sei wahrscheinlich notwendig. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso muss gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz verneint werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von

ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Die Gutachterin hielt in diesem Zusammenhang fest, neben der Angststörung schränke die Medikation mit Dormicum das Erleben des Beschwerdeführers ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Demnach liegt mit der Diagnose ■ Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit schädlichem Gebrauch / DD: Abhängigkeitssyndrom ■ eine relevante Komorbidität vor.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte habe wenig Ressourcen. Als Belastungsfaktoren gälten die mangelnde sprachliche Integration und die erhöhte Kränkbarkeit. Zudem wirke sich ungünstig aus, dass der Versicherte «Opfer» bei einer Auseinandersetzung geworden sei und im späteren Verlauf weitere Verluste, die er innerpsychisch nicht verarbeiten könne, erlitten habe. Der Versicherte habe aber auch Ressourcen. Er habe den Nikotin- und Alkoholabusus aufgeben können. Dies sei wahrscheinlich innerhalb der bestehenden Symptomatik nicht einfach. Möglicherweise sei es hier jedoch zu einer Verlagerung der Symptomatik gekommen. Der Versicherte nutze jetzt das Dormicum zum Schlafen in ungünstiger Weise. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt von einigen positiven, aber vor allem negativen Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen. Zudem war aufgrund des Gutachtens und der Akten damals tendenziell von einem sozialen Rückzug auszugehen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie diesbezüglich im Gutachten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 29.1, S. Ziff. 4.3) ausgeführt wurde, sei der Versicherte nicht in der Lage, sich mit anderen Personen adäquat zu konfrontieren. Er lebe sozial isoliert und zeige ein Vermeidungsverhalten. Bei Beanspruchung komme es zu Ängsten. Er sei nicht flexibel und in seiner Umstellungsfähigkeit reduziert. Die Stresstoleranz sei gering. Der Versicherte sei auf sich und seine Symptome und die Angst,

wieder eine Attacke zu bekommen, fixiert. Zudem verharre er in der verletzten, gekränkten Position und tue dies unbewusst. Er traue sich so nichts zu und sei nicht in der Lage, Schritte in Richtung Angstbewältigung, Erweiterung des Aktivitätsradius, Arbeitsintegration zu machen. Die Medikation mit Dormicum schränke sein Erleben ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränken.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Dass der Beschwerdeführer bislang wohl nur ungenügend therapiert wurde, spricht eher gegen einen allzu grossen Leidensdruck.

6.1.3.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So waren beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt des ersten Gutachtens nur wenige ressourcenfördernde Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Diese Beurteilung wird auch durch das vom Gericht eingeholte Gutachten von Dr. med. E. ___ gestützt, der für die rückblickende Einschätzung die Ergebnisse des Gutachtens vom 12. Juli 2018 übernimmt (vgl. E. II. 7.1 hiernach).

Bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit kann sodann ebenfalls auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden: Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab 02/2015 sei retrospektiv nicht ausreichend dokumentiert. Die vom behandelnden Psychiater ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit sei erst ab 20. April 2016 dokumentiert. Ab dann fänden sich sowohl Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vom Hausarzt als auch vom ambulant behandelnden Psychiater. Der Versicherte sei danach aus psychischen Gründen arbeitsunfähig gewesen. Wahrscheinlich sei, dass der Versicherte nach dem Tod seines Vaters und einer in dieser Zeit resultierenden Kündigung, die jedoch zurückgezogen worden sei, sehr vulnerabel gewesen sei. Es sei zu einer Verstärkung von Symptomen gekommen, die im Vorfall vom 31. Oktober 2010 begründet seien. In der Folge sei es dem Versicherten psychisch zunehmend schlechter gegangen, bis er schliesslich mit seiner Arbeit überfordert gewesen sei und seine Stelle selbst gekündigt habe. Die Arbeitsunfähigkeit werde aus heutiger Sicht auf den Zeitpunkt der Kündigung festgelegt. Die pauschale Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch den Psychiater seit Januar 2013 werde grundsätzlich in Frage gestellt, da diese erst ab 20. April 2016 dokumentiert sei. Es könne auch nicht gesagt werden, ob sich die Symptome nach dem Tod des Vaters bzw. nach der Kündigung verändert hätten. Es sei eigentlich davon auszugehen, dass sie sich dort

letztendlich verstärkt hätten. Ansonsten wäre es auch nicht nachvollziehbar, dass der Versicherte zwischen 2010 und 2014 einer 100%igen Arbeitstätigkeit nachgegangen sei.

6.1.3.4 Des Weiteren ist auf die vom RAD-Arzt, Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 6. August 2018 (IV-Nr. 32) geäußerte Kritik am psychiatrischen Teilgutachten des B.____-Gutachtens vom 12. Juli 2018 einzugehen. Dr. med. C.____ kritisierte unter anderem den Umstand, dass die Gutachterin bezüglich der Angstsymptome lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt habe, solche Symptome anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen jedoch nicht hätten festgestellt werden können. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachterin die generalisierte Angststörung nachvollziehbar begründet hat, zumal es in der Natur einer psychiatrischen Untersuchung liegt, dass viele Befunde gestützt auf die Angaben der versicherten Person und unter gutachterlichen Einschätzung der diesbezüglichen Glaubhaftigkeit erhoben werden. Sodann ist dem RAD-Arzt zwar Recht zu geben, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bezüglich des Vorfalls vom 31. Oktober 2010 unterschiedliche Angaben zum Geschehensablauf machte (vgl. RAD-Bericht vom 6. August 2018, S. 4). Aber auch der RAD-Arzt kann daraus keine weiterführenden Schlüsse ziehen. So ist den unterschiedlichen Angaben des Beschwerdeführers zumindest keine bewusste Dramatisierung des Vorfalls zu entnehmen, womit auch nicht gesagt werden kann, der Beschwerdeführer habe damit eine erhöhte Rentenbegehrlichkeit gezeigt. Weshalb der Beschwerdeführer diesbezüglich unterschiedliche Angaben macht, kann demnach offenbleiben.

Die Kritik des RAD-Arztes, die allfälligen Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit glichen denen einer eigenständigen Angststörung und seien nicht sicher von diesen zu differenzieren, weshalb die Diagnose einer generalisierten Angststörung unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden könne, ist zwar angesichts der damaligen Aktenlage nachvollziehbar. Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 3. Juli 2019 wurde jedoch die Angststörung die auch nach erfolgreichem Benzodiazepin-Entzug immer noch diagnostiziert (vgl. E. II. 6.2 hiernach). Der übermässige Benzodiazepin-Konsum des Beschwerdeführers als solcher kann mit Blick auf die stationäre Entzugsbehandlung und den diesbezüglichen Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 6. Oktober 2018 (IV-Nr. 35) als erstellt gelten, weshalb die Kritik des RAD-Arztes am Umstand, dass die Gutachterin keine Bestimmung des Midazolam-Spiegels vorgenommen hat, ihre Bedeutung verloren hat. Wohl ist mit Blick auf die späteren Begutachtungen davon auszugehen, dass die Symptomatik vor der Entzugsbehandlung massgeblich durch den Substanzkonsum beeinflusst wurde. Dies ist jedoch, wie bereits erwähnt, nicht entscheidend, da seit der im Juli 2019 erfolgten Rechtsprechungsänderung (BGE 145 V 215) auch primäre Abhängigkeitssyndrome einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind.

6.1.4 Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf das B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 abgestellt und dem Beschwerdeführer ab dem 1. März 2018 (sechs Monate nach der IV-Anmeldung in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und unter Berücksichtigung, dass das Wartejahr bereits abgelaufen war) eine ganze Rente zugesprochen hat. Nachfolgend ist sodann der Beweiswert des psychiatrischen B.____-Gutachtens vom 3. Juli 2019 zu prüfen, gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin die ganze Rente per 31. Juli 2019 wiederum aufgehoben hat.

6.2 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten des B.____ vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1) führte Dr. med. K.____ im Rahmen der Befunderhebung aus, der Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er sei kooperativ, freundlich, Mimik und Gestik seien unauffällig. Er nehme und halte Blickkontakt. Psychomotorisch unauffällig. Es bestünden keine Hinweise auf psychotisches Erleben. Die Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Die Stimmung sei ausgeglichen, die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Beim Berichten über schwierige Themen (Tod des Vaters, Vorfall im Restaurant) sei er affektstabil, wirke aber nachdenklicher. Keine Hinweise auf Zwänge. In Bezug auf Ängste gebe er an, dass er sich zuhause wohler fühle, aber keine Schwierigkeiten habe, allein aus der Wohnung zu gehen. Seine Ängste seien geringer, er fühle sich aber noch unsicher und wisse nicht, wie er die Zukunft gestalten könne. Laut Angabe Libidoverminderung sowie Kopfschmerzen und zeitweise Durchschlafschwierigkeiten. Weiter hielt Dr. med. K.____ bezüglich der Diagnosestellung fest, der Versicherte sei vom 28. August 2018 bis zum 25. September 2018 zum stationären Entzug von Temesta und Stilnox in der D.____ [...] hospitalisiert gewesen. Bei Eintritt habe der Versicherte Suizidgedanken, Wutausbrüche, aggressive Impulse, depressive Verstimmung und Angstsymptome aufgewiesen. Im Verlauf sei ein vollständiger Entzug von den Benzodiazepinen durchgeführt und eine alternative Medikation etabliert worden. Wie aus dem Austrittsbericht hervorgehe, habe sich der Zustand des Versicherten deutlich gebessert. Die weiteren Empfehlungen, die im Gutachten erwähnt worden seien, seien nicht umgesetzt worden, es habe lediglich der Entzug stattgefunden. Der Versicherte habe bei der Untersuchung im B.____ eine subjektive Verbesserung angegeben. Objektiv habe sich ebenfalls eine Zustandsverbesserung gezeigt. Der Versicherte habe einen weitgehend unauffälligen Befund gezeigt und im Verhalten und von seiner Erscheinung her unauffällig und adäquat gewirkt. An der sozialen Situation habe sich seit der letzten Begutachtung nichts verändert. Der Versicherte lebe mit Frau und Kind zusammen und es bestehe zur weiteren Familie guter Kontakt. In Bezug auf den Tagesablauf nach der Hospitalisation habe sich nichts geändert. Der Versicherte verbringe seine Zeit zuhause oder gehe hinaus, um allein zu sein. Er selbst habe keine Zukunftsvorstellungen und sei bei der Befragung in dieser Beziehung ratlos und passiv. Der Versicherte habe immer wieder psychosomatische Reaktionen gezeigt, die die ängstlichen Persönlichkeitsaspekte untermauerten. Der Versicherte habe bei der Begutachtung eine ängstliche Grundhaltung gezeigt und es werde davon ausgegangen, dass eine ängstliche Persönlichkeit vorliege. Die generalisierte Angststörung sei nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen begrenzt oder besonders betont, sie sei «frei flottierend». Die Hauptsymptome, wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden, gehörten zum klinischen Bild und variierten. Häufig würden auch Befürchtungen geäußert. Diese Symptome seien beim Versicherten bei der jetzigen Untersuchung weniger stark ausgeprägt als bei der ersten Begutachtung. Die Symptome hätten sich abgeschwächt, seien aber noch vorhanden. Der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde aber davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen erscheint schliesslich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: In Hilfstätigkeiten sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Hier sei jedoch zu sagen, dass der

Versicherte aufgrund der Persönlichkeit, der langen Arbeitskarenz und der Schwierigkeiten in Umstellungsphasen von einem gestuften Arbeitseinstieg profitieren würde.

6.2.1 Nachfolgend ist sodann wiederum zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung schlüssig erscheint (bezüglich der Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien wird zwecks Vermeidung unnötiger Wiederholungen auf E. II. 6.1.3.2 hiervor verwiesen).

Bezüglich des Indikators Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, die generalisierte Angststörung sei nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen begrenzt oder besonders betont, sie sei «frei flottierend». Die Hauptsymptome, wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehörten zum klinischen Bild und variierten. Häufig würden auch Befürchtungen geäußert. Diese Symptome seien beim Versicherten bei der jetzigen Untersuchung weniger stark ausgeprägt als bei der ersten Begutachtung. Die Symptome hätten sich abgeschwächt, seien aber noch vorhanden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte die Gutachterin aus, der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde auch durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Die ambulante Psychotherapie sollte fortgesetzt, die medikamentöse Therapie weitergeführt werden. Je nach Zustand seien Anpassungen notwendig, auf die Verordnung von Benzodiazepinen sei zu verzichten. Zudem brauche der Versicherte Hilfe beim Finden einer geeigneten Stelle und in der Einarbeitungszeit. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz zu verneinen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist festzuhalten, dass die noch anlässlich des ersten B.___-Gutachtens gestellte Diagnose «Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit schädlichem Gebrauch» anlässlich der zweiten Begutachtung durch Dr. med. K.___ nicht mehr gestellt wurde, womit eine ressourcenhemmende Komorbidität zu verneinen ist, zumal es sich bei der neu zusätzlich gestellten Diagnose «Ängstliche Persönlichkeit» (ICD 10 Z 73), um eine sogenannte Z-Diagnose handelt, welche zwar bei der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen ist, aber selbst nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (Urteile des Bundesgerichts 9C_551/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 5.4, 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1).

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte sei nicht ausgebildet und seine Sprachkompetenzen seien gering. Die Persönlichkeitsstruktur führe zu Unsicherheiten und Ängsten, sodass die Eigenmotivation, sich eine Arbeit zu suchen, gering sei. Er lebe in einer stabilen Beziehung und nehme im Rahmen der Familie am sozialen Leben teil, er sei auch in der Lage, sich in der Umgebung frei zu bewegen. Der Versicherte habe es geschafft, den Alkoholkonsum zu sistieren und auch die

Benzodiazepine / Hypnotika. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt von einigen negativen, aber vor allem positiven Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen.

Bezüglich des Indikators einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) ist auf die unter E. II. 6.2 hiervor aufgeführte Zusammenfassung der gutachterlichen Erwägungen zu verweisen. Daraus geht hervor, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachtenszeitpunkt nicht mehr in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränkten.

Schliesslich ist hinsichtlich des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer zwar unter Druck der Beschwerdegegnerin (nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens) in eine stationäre Entzugstherapie begeben hat. Bezüglich der ebenfalls in Anspruch genommenen Psychotherapie gibt er aber an, er gehe alle zwei Wochen zu seinem ambulanten Psychotherapeuten Dr. F.____, [...]. Die Sitzungen dauerten 10 bis 15 Minuten. Die kurzen Sitzungen alle 14 Tage sprechen eher gegen einen grossen Leidensdruck.

6.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K.____ vom 3. Juli 2019 grundsätzlich genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Wie der Beschwerdeführer aber zurecht rügt, wird der Wechsel von einer anlässlich des ersten Gutachtens vom 12. Juli 2018 attestierten vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit zu einer im Gutachten vom 3. Juli 2019 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit durch die Gutachterin nicht vollständig nachvollziehbar begründet. So stellt die Gutachterin auch nach erfolgtem Entzug noch immer die Diagnose einer generalisierten Angststörung. Dass die gestellte Diagnose nun überhaupt keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr haben soll, leuchtet angesichts der im Vergleich zum ersten Gutachten nicht massiv veränderten Befunde nur bedingt ein. Wohl gab es in der Zwischenzeit den erfolgreichen Benzodiazepin-Entzug des Beschwerdeführers, aber im ersten Gutachten war aufgrund der Angststörung eine erhebliche Einschränkung angenommen worden, wobei die Diagnose unverändert blieb. Zwar erscheint eine Verbesserung der Befunde und damit auch der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen durchaus nachvollziehbar. Aber dass nun keinerlei Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorliegen sollen, erscheint gestützt auf die beiden psychiatrischen Gutachten nicht ohne weiteres plausibel. Das Versicherungsgericht kam deshalb nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu veranlassen.

7. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein gerichtliches Obergutachten veranlasst. Das Gutachten vom 1. September 2021 (A.S. 64 f.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die vorgenannten Diagnosen werden vom Gutachter nachvollziehbar begründet und er setzt sich eingehend mit den übrigen in den Vorakten gestellten Diagnosen auseinander: Der Beschwerdeführer verneine Fragen nach frei flottierenden Ängsten. Es könnten keine Hinweise auf eine derartige Angststörung gefunden werden. Es bestehe nicht eine ständige Nervosität mit Zittern und Anspannung und Schwitzen, auch nicht Benommenheit oder Herzklopfen, Schwindelgefühle und vegetative Beschwerden. Der Explorand schildere aber panikartige Zustände, die ohne für ihn erkennbare Anlässe auftreten könnten und fünf bis zehn Minuten anhielten, er verspüre dabei Herzklopfen und Sterbensangst, er schwitze dabei auch. Er müsse dann nachhause oder müsse warten, bis dies vorbeigehe. Es falle auf, dass der Explorand keine Angaben zur Häufigkeit machen und auch nicht angeben könne, wann er den letzten Anfall gehabt habe, obwohl er meine, dass diese sehr häufig aufträten. In der Untersuchungssituation wirke er in keiner Weise übermässig ängstlich, auch nicht übermässig angespannt. Er beteilige sich an der Untersuchung, sei wach, präsent, unterstreiche seine Ausführungen mit adäquater Gestik und Mimik, er wirke nicht leidend, es machten sich auch keine vegetativen Begleiterscheinungen bemerkbar, seine Stimmlage sei moduliert, er wirke auch nicht misstrauisch oder abweisend, auch nicht gereizt oder aggressiv. Dieser objektivierbare Zustand kontrastiere deutlich zu den subjektiv angegebenen Beschwerden mit den Ängsten, die dadurch nicht erkennbar oder spürbar seien, auch der Leidensdruck könne dadurch nicht nachvollzogen werden.

Im Weiteren falle auf, dass der Explorand unvorbereitet zur heutigen Untersuchung erscheine und meine, dass er gar nicht wisse, weswegen er hier erscheinen müsse, auch einen im Voraus zugestellten Fragebogen unausgefüllt mitgebracht habe, es habe auch ein Lebenslauf gefehlt. Dies weise doch auf eine Gleichgültigkeit hin. Ein eher gleichgültiges Verhalten könnte auch bei einer Resignation angenommen werden oder bei schwer depressiven Zuständen, doch wirke der Explorand in der Untersuchung weder resigniert noch schwer depressiv. Aufgrund seiner Beschreibungen des Tagesablaufes könnte vermutet werden, dass eine schwer depressive Störung vorliege, indem er sich passiv verhalte, keinen Aktivitäten nachgehe, eine Tendenz zu Ermüdbarkeit aufweise und sich hinlege, wobei auch anzunehmen sei, dass ihm eine Aufgabe fehle. Er gebe eine gedrückte Stimmung an, wirke aber in der Untersuchung stimmungsmässig nicht wesentlich beeinträchtigt. Er beklage sich über Freudlosigkeit und würde nie lachen, doch sei seine affektive Modulationsbreite durchaus erhalten und situationsadäquat. Es bestehe daher eine deutliche Diskrepanz. Rein aufgrund seiner subjektiven Angaben könnte eine mindestens mittelschwere depressive Störung angenommen werden, die allerdings nicht zum objektivierbaren Befund passe. Immerhin sei der Explorand in der Lage, sich um seinen Haushalt zu kümmern, er gebe auch an, dass er selbstständig einkaufe, eher rudimentär koche, er fühle sich auch in der Lage, selbstständig in die Türkei zu reisen, was doch eine Herausforderung wäre bei depressiven Zuständen. Es könne daher allenfalls eine eher leichtgradige depressive Störung angenommen werden. Kognitive Schwierigkeiten liessen sich nicht finden, eine deutliche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls ebenfalls nicht, auch nicht Schuldgefühle, wie dies vom behandelnden Psychiater angegeben werde. Es bestehe allerdings eine negativistische Haltung, wobei eine Passivität dominiere, Suizidgedanken könnten nicht eruiert werden, Schlafstörungen schienen teilweise aufzutreten, allerdings nicht durchwegs, und der Beschwerdeführer gebe einen

verminderten Appetit an, wobei aufgrund seiner äusseren Erscheinung nicht davon ausgegangen werden könne, dass er stark an Gewicht abgenommen habe.

Der Vorfall 2010, als er auf den Kopf geschlagen worden sei und sich die linke Hand an einem Messer verletzt habe, sei sehr eindrücklich gewesen. Der Explorand habe danach ärztlich behandelt werden müssen, respektive die Wunden hätten genäht werden müssen. Immerhin sei es ihm in der Folge wieder möglich gewesen, einer beruflichen Tätigkeit noch während knapp fünf Jahren nachzugehen. Dieser Vorfall habe ihn allerdings in der Folge massiv beschäftigt und habe auch dazu geführt, dass ihn der damalige Hausarzt an einen Psychiater überwiesen habe. Es handle sich dabei sicher um einen Vorfall, der aussergewöhnlich sei, doch habe keine lebensbedrohliche Situation oder Bedrohung bestanden, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Es träten auch nicht eindeutige Nachhallerinnerungen im Sinne von Flashbacks auf, doch der Explorand gebe an, dass er dauernd daran herumstudiere. Er träume auch nicht von diesem Vorfall. Es könne kein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit angenommen werden. Der Explorand sei in der Lage, über diesen Vorfall zu sprechen, ohne dass sich vegetative Begleiterscheinungen bemerkbar machten. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien demnach nicht erfüllt. Auch vom behandelnden Psychiater würden keine derartigen Angaben gemacht. Anlässlich der zwei Begutachtungen durch das B. ___ hätten keine derartigen Störungen festgestellt werden können. Auch heute liessen sich keine entsprechenden Kriterien finden. Es handle sich dabei allerdings zweifellos um einen belastenden Vorfall, der bis heute noch nicht genügend verarbeitet sei.

Vom behandelnden Psychiater werde neu die Diagnose einer schizoaffektiven Störung in den Raum gestellt, ohne diese zu begründen. Bezüglich einer derartigen Störung bedürfe es sowohl schizophrener als auch depressiver Symptome. Hinweise auf typische schizophrene Symptome könnten allerdings beim Exploranden nicht gefunden werden. Es bestehe einzig ein Gefühl von Bedrohtsein oder das Gefühl, teilweise verfolgt zu werden, was mit dem Vorfall von 2010 zusammenhänge. Es müsse auch bedacht werden, dass der Explorand die damaligen Angreifer heute noch teilweise sehe und das Gefühl habe, es werde über ihn gesprochen. Dies hänge allerdings auch damit zusammen, weil er den damaligen Vorfall nicht adäquat verarbeiten könne. Es bestehe daher ein realer Hintergrund, welcher das Bedrohungsgefühl erkläre, weswegen nicht von einer schizophrenieartigen Störung auszugehen sei.

Sodann berichte der Explorand von panikartigen Zuständen, indem er plötzlich, ohne erkennbaren Grund, unter Ängsten leide, die jeweils mehrere Minuten dauern könnten und sehr oft aufträten. Es sei daher eine mögliche Panikstörung in Betracht zu ziehen, wobei unklar sei, inwieweit der Explorand tatsächlich dadurch beeinträchtigt sei, da seine Angaben diesbezüglich sehr diffus und ungenau seien.

Des Weiteren begründet der Gutachter seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingehend und nachvollziehbar: Mittlerweile habe der Beschwerdeführer den Alkoholkonsum aufgegeben und es bestehe auch kein Dauerkonsum von Benzodiazepinen, welche offensichtlich erfolgreich hätten entzogen werden können. Trotz dieser Massnahmen könnten heute keine verstärkten Ängste beobachtet werden. Ganz im Gegenteil müsse heute festgestellt werden, dass die im Vorfeld aufgeführte generalisierte Angststörung sich nicht mehr begründen lasse. Es könne allenfalls noch eine Panikstörung angenommen werden. Auch die affektive Störung sei objektiv nicht festzustellen, es könne einzig aufgrund seiner subjektiven Angaben eine depressive Störung

angenommen werden. In diesem Sinne sei eine Besserung eingetreten, allerdings keine Remission. Der heutige Zustand könne nicht ohne Weiteres mit seinen Angaben gedeckt werden. Der Explorand gebe an, dass er sich sehr passiv verhalte. Er kümmere sich wohl um den Haushalt und gehe einkaufen, er koche auch, ansonsten unternehme er kleine Spaziergänge und verbringe viel Zeit am Wasser, wo er angeblich sitze und warte und den Gedanken nachhänge. Weiteren Interessen gehe er nicht nach. Aufgrund des objektivierbaren Befundes wäre aber anzunehmen, dass er sich durchaus besser aktivieren könnte. Auch seine Angaben wirkten nur schwer nachvollziehbar, ein Leidensdruck könne nicht ohne Weiteres erkannt werden bei der Schilderung verschiedener Umstände, zudem seien seine Angaben sehr ungenau, diffus und müssten hinterfragt werden, es falle dem Exploranden ausserordentlich schwer, sich genauer zu erklären, auch wenn er dabei unterstützt werde. Es fänden sich demnach verschiedene Inkonsistenzen, die nicht allein mit der geringen Bildung und den sprachlichen Defiziten erklärt werden könnten. Er wirke zudem nicht glaubhaft, wenn er angebe, den Grund für die heutige Abklärung nicht zu kennen. Es sei demnach aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben und der Untersuchung anzunehmen, dass der Explorand in der Lage sei, Termine wahrzunehmen. Es könne kein Grund gefunden werden, weswegen er sich nicht an gewisse Regeln und Routinen halten könnte. Inwieweit der Explorand in der Strukturierung von Aufgaben eingeschränkt sei, sei unklar, es fänden sich zurzeit keine Anhaltspunkte dafür, um dies annehmen zu können. Er sollte auch fähig sein, sich verschiedenen Begebenheiten anzupassen. Fachliche Kompetenzen dürften wohl eher gering sein. Er sollte in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen oder sich ein Urteil zu bilden. Es könne allenfalls eine leicht eingeschränkte Durchhaltefähigkeit aufgrund der affektiven Störung und möglichen Angstkomponenten angenommen werden. Er könne sich gut selbst behaupten, wie auch in der Untersuchung festzustellen sei. Unklar sei, wieso sich der Explorand zurückziehe und keine Kontakte pflegen wolle, ausser zur Familie. Im Kontaktverhalten wirke er nicht auffällig in der Untersuchung. Auch sei unklar, wieso er in der Gruppenfähigkeit eingeschränkt sein sollte. Zumindest pflege er die familiären Beziehungen. Er gehe, gemäss seinen Angaben, kaum irgendwelchen Aktivitäten nach und verhalte sich passiv, was aufgrund des Zustandes nicht erklärt werden könne. Auch während der Hospitalisation 2018 hätten damals keine wesentlichen Beeinträchtigungen angenommen werden können, der Explorand sei offensichtlich gut in der Lage gewesen, sich an den Therapiemassnahmen und weiteren Massnahmen zu beteiligen. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt, die Verkehrs- und Wegefähigkeit grundsätzlich erhalten. Es sei demnach sehr schwierig die Kriterien der Mini-ICF-APP zu beurteilen, da die Angaben des Exploranden teilweise hinterfragt werden müssten und nicht mit dem objektivierbaren Zustand korrelierten.

Aufgrund der depressiven Störung sei der Explorand vermindert belastbar, er dürfte auch verlangsamt sein, er habe Mühe, sich ganztags genügend auf eine Aufgabe zu konzentrieren, er sollte nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Er benötige teilweise Erholungsmöglichkeiten. Aufgrund der heute anzunehmenden Angststörung im Sinne von Panikattacken, sei der Explorand im Moment einer Panikattacke nicht in der Lage, sich genügend auf eine Aufgabe zu fokussieren. Er müsse eine Pause einlegen können, nach seinen Beschreibungen von der Dauer von etwa 10 - 15 Minuten. Der Explorand sei in der Lage, eine Tätigkeit durchzuführen, wo er keine Alleinverantwortung übernehmen müsste, die Arbeit müsse daher klar vorgegeben sein, dürfe nicht komplex sein, monotone Arbeiten seien daher zu bevorzugen, er sollte sich nicht immer wieder neuen Situationen anpassen müssen und könne nicht unter Zeitdruck arbeiten. Es sei demnach eine Tätigkeit als

Reinigungsarbeiter möglich. Aufgrund der psychischen Störung sei er darauf angewiesen, Pausen einlegen zu können, er benötige Erholungsraum, weswegen eine Einschränkung von etwa einer Stunde im Tag anzunehmen sei, was einem prozentualen Anteil von etwa 12 % entspreche. Weiterhin sei anzunehmen, dass der Explorand etwas verlangsamt sein dürfte aufgrund der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten über den Tag, was einem Umfang von etwa 8 % entspreche, wodurch insgesamt von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei in einer ähnlichen Tätigkeit wie bisher. Es sei anzunehmen, dass sich die Störung bei jeder Tätigkeit auswirke, weswegen auch bei einem adaptierten Arbeitsplatz nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne.

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter sodann aus, aus gutachterlicher Sicht sei noch im Juli 2018 die Meinung vertreten worden, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Verlauf sei dann im Juli 2019 die Meinung vertreten worden, dass eine Arbeit zu 50 % begonnen werden könnte mit langsamer Steigerung bis wieder zur vollen Leistungsfähigkeit. Es sei demnach anzunehmen, dass aufgrund der Angaben in den Unterlagen ab April 2016 aus psychiatrischer Sicht, eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die schon vorgängig pauschal angegebene Arbeitsunfähigkeit ab 2013 könne nicht nachvollzogen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit habe bis Juli 2019 bestanden, wo eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen worden sei mit langsamer Steigerungstendenz von 10 % pro Monat, was heisse, dass bis Ende 2019 theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit resultieren könnte. Aufgrund der heutigen Untersuchung müsse allerdings eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden, die seither persistiere. Dies sowohl in der angestammten wie auch für jegliche alternative Arbeit.

7.2 Nachfolgend ist sodann wiederum zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung schlüssig erscheint (bezüglich der Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien wird zwecks Vermeidung unnötiger Wiederholungen auf E. II. 6.1.3.2 hiavor verwiesen).

Bezüglich des Indikators Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, es könne allenfalls eine eher leichtgradige depressive Störung angenommen werden. Kognitive Schwierigkeiten liessen sich nicht finden, eine deutliche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles ebenfalls nicht, auch nicht Schuldgefühle, wie dies vom behandelnden Psychiater angegeben werde. Zudem berichte der Explorand von panikartigen Zuständen, indem er plötzlich, ohne erkennbaren Grund, unter Ängsten leide, die jeweils mehrere Minuten dauern könnten und sehr oft aufträten. Es sei daher eine mögliche Panikstörung in Betracht zu ziehen, wobei unklar sei, inwieweit der Explorand tatsächlich dadurch beeinträchtigt sei, da seine Angaben diesbezüglich sehr diffus und ungenau seien. Der Schweregrad der Störung müsse relativiert werden. Immerhin sei der Explorand in der Lage, zumindest den Alltag selbstständig zu gestalten, auch wenn er sich nicht sehr aktiviere, doch benötige er keine Hilfen. Er sei auch in der Lage, eine längere Reise zu unternehmen und könne auch Termine wahrnehmen. Wesentliche Einschränkungen im Alltag seien demnach nicht vorhanden. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit festzuhalten, dass die diagnoserelevanten Befunde eher geringgradig ausgeprägt sind.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, der Explorand habe sich bisher an den Therapiemassnahmen beteiligt, wobei im ambulanten Rahmen nie intensive Therapiemassnahmen durchgeführt worden

seien. Immerhin habe er von den stationären Massnahmen profitiert, weswegen es sinnvoll sein dürfte, nochmals stationäre Massnahmen in Erwägung zu ziehen oder allenfalls eine tagesklinische Behandlung, solange er keiner Arbeit nachgehe. Die Erfahrung habe aufgezeigt, dass er von derartigen Massnahmen profitieren könnte. Theoretisch wäre es zudem sinnvoll berufliche Massnahmen durchzuführen, da der Explorand mittlerweile einer Arbeit entwöhnt sei. Derartige Massnahmen seien ihm grundsätzlich zuzumuten. Der Explorand lehne aber derartige Massnahmen ab und fühle sich nicht in der Lage, diese zu befolgen, er könne aber keinen nachvollziehbaren Grund dafür angeben. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso muss gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz verneint werden.

Betreffend den Indikator der Komorbidität führte der Gutachter aus, wesentliche Komorbiditäten könnten nicht gefunden werden, im Vordergrund stehe der psychische Zustand. Es bestehe eine depressive Symptomatik überlagert mit aktuell Panikzuständen, deren Ausmass relativiert werden müsse. Die in der Vergangenheit festgestellte generalisierte Angststörung könne heute nicht mehr vorgefunden werden, die Kriterien für eine mittelschwere oder schwere depressive Störung seien nicht erfüllt, eine weitergehende zusätzliche psychiatrische Störung könne nicht vorgefunden werden. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit das Vorliegen von relevanten Komorbiditäten zu verneinen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, bezüglich der Persönlichkeitsstruktur könnten keine wesentlichen Auffälligkeiten eruiert werden. Es müsse allerdings bedacht werden, dass der Explorand eine sehr geringe Bildung aufweise, er spreche die hiesige Sprache nicht genügend und könne sich nicht ohne Hilfe mitteilen, es falle auf, dass er sehr ungenaue und verallgemeinernde Angaben mache, so dass wiederholt nachgefragt werden müsse. Er wirke im Verhalten nicht übermässig ängstlich oder eingeschüchtert, allenfalls könne aufgrund seiner subjektiven Angaben eine ängstliche Grundhaltung angenommen werden. Es falle auf, dass der Explorand kaum Angaben zum Beziehungserleben machen könne, respektive darüber, wie ihn seine Ehefrauen erlebt hätten und weswegen sie sich von ihm getrennt hätten, er wirke dabei eher etwas passiv und zurückhaltend und meine, dass er dies akzeptiert habe, weil sie dies so gewollt hätten. Der Explorand hinterlasse dadurch insgesamt einen passiven, unselbstständigen Eindruck, was allerdings nicht ausreiche, um eine gravierende Persönlichkeitsproblematik annehmen zu können. Mittlerweile sei die Trennung von der zweiten Frau erfolgt, die anlässlich der ersten Begutachtung noch nicht ein Thema gewesen sei. Diese Veränderung scheine den Exploranden allerdings nicht sehr zu belasten, er gebe ja auch an, dass sich in seinem gesamten Verhalten und Tagesablauf über die Jahre nichts verändert habe. Nicht klar sei, wieso sich der Explorand derart im sozialen Bereich zurückziehe, auch sich kaum um Kontakte mit seinen Kindern bemühe. Immerhin telefoniere er regelmässig mit seinen Geschwistern und seiner Mutter, er besuche sie auch einmal jährlich in der Türkei, was darauf hinweise, dass ein gewisser Bedarf an familiären Kontakten bestehe.

Im Vordergrund stehe aktuell die psychosoziale Problematik. Mittlerweile sei der Explorand zum zweiten Mal geschieden, die Familie habe sich von ihm abgewandt, was in seiner Kultur als Versagen gedeutet werde. Er sei in der Vergangenheit bedroht worden und es sei das rechtliche Verfahren eingestellt worden, weil er die Anzeige zurückgezogen habe, wodurch er keine Genugtuung erhalte. Er sei mittlerweile verschuldet. Er weise kaum eine

Bildung auf, nur eine rudimentäre Schulbildung, könne die hiesige Sprache nicht genügend und sei mangelhaft integriert, er benötige auch Unterstützung durch seine Familie. Mit diesen Voraussetzungen seien die Aussichten schlecht, auch wenn er versuchen würde einer Arbeit nachzugehen. Er werde sich kaum von den Schulden erholen können und würde sich als abgestempelt behandelt fühlen. Es sei deshalb anzunehmen, dass auch motivationelle Faktoren eine grosse Rolle spielten. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt sowohl von negativen als auch von positiven Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen.

Bezüglich des Indikators einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) ist auf die unter E. II. 7.1 hiervor aufgeführte Zusammenfassung der gutachterlichen Erwägungen zu verweisen. Daraus geht hervor, dass der Schweregrad der Störung relativiert werden müsse. Immerhin sei der Explorand in der Lage, zumindest den Alltag selbstständig zu gestalten, auch wenn er sich nicht sehr aktiviere, doch benötige er keine Hilfen. Er sei in der Lage, eine längere Reise zu unternehmen und könne auch Termine wahrnehmen. Wesentliche Einschränkungen im Alltag seien demnach nicht vorhanden. Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachtenszeitpunkt nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränkten.

Hinsichtlich des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» hielt der Gutachter fest, intensive Therapiemassnahmen seien im ambulanten Rahmen nie durchgeführt worden, wie aufgrund der Angaben zur ersehen sei. Es seien Konsultationen in der Frequenz von zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen erfolgt, nach den Angaben des Exploranden, jeweils von 10 - 15 Minuten Dauer. Dies reiche allenfalls dazu, kurz einige Fragen zu stellen, doch nicht um eigentliche Therapiemassnahmen durchzuführen. Es könne die medikamentöse Therapie abgeschätzt und eine Verordnung erstellt werden. Verhaltenstherapeutische Massnahmen würden keine durchgeführt, was angesichts der Situation indiziert wäre. Immerhin habe sich der Explorand an den stationären Therapiemassnahmen beteiligt, wo ein Entzug der Benzodiazepine durchgeführt worden sei. Der Explorand habe von diesen Massnahmen profitiert und habe in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können, was darauf hinweise, dass er durch geeignete Behandlungsmassnahmen durchaus profitieren könne. Es wäre demnach auch zu erwarten, dass er bei geeigneten ambulanten oder allenfalls halbstationären Massnahmen profitieren könnte. Diese Therapiemassnahmen zeigten zudem auch auf, dass der Leidensdruck wohl nicht derart massiv sei, als der Explorand intensivere Hilfe möchte und unterstütze die vorangegangene Überlegung, dass er hauptsächlich gekränkt sei durch den damaligen Vorfall. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit von einem nicht allzu grossen Leidensdruck auszugehen.

7.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt, womit die psychiatrische Beurteilung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Sodann ist auch die von Dr. med. E. ___ in seinem Gutachten vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Vorakten

schlüssig (s. S. 29 hiavor). Zwar stützt sich Dr. med. E.____ bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit unter anderem auf die beiden B.____-Gutachten, wobei das zweite Gutachten vom 3. Juli 2019 ■ wie vorstehend ausgeführt ■ nicht beweiswertig ist. Der von Dr. med. E.____ aus dem B.____-Gutachten übernommene Verlauf der Arbeitsfähigkeit mit einer Verbesserung ab der B.____-Begutachtung vom 8. April 2019 ist aber vertretbar, da sich eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung nachvollziehbar aus den Akten sowie den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. E.____ ergibt. Demnach ist von folgendem Verlauf auszugehen: Ab April 2016 - April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 8. April 2019 (Zeitpunkt der Begutachtung im B.____) bis Ende 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die vom Gutachter angenommene Steigerungstendenz der Arbeitsfähigkeit ■ ab 50 % monatlich 10 % ■ ab Juli 2019 erscheint auf dem Arbeitsmarkt jedoch nicht realistisch umsetzbar, weshalb vorliegend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bis Ende 2019 ausgegangen wird. Die Begutachtung im B.____ fand zwar bereits am

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers erfülle das B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 die bundesgerichtlichen Voraussetzungen an ein beweistaugliches Gutachten. Es könne entsprechend vollumfänglich darauf abgestellt werden. Die Ausführungen des RAD-Arztes, Dr. med. C.____, vom 6. August 2018 vermöchten in keiner Weise Zweifel an dem Gutachten hervorzurufen. Zunächst sei die Behauptung des RAD unter Ziffer 1 auf S. 4 der Stellungnahme, wonach in den verschiedenen Untersuchungssituationen und Befragungen in Bezug auf das Ereignis im Jahr 2010 keine Angstsymptome hätten festgestellt werden können, schlicht falsch. Dem psychiatrischen Gutachten könne auf S. 39 das Gegenteil entnommen werden: «Beim Bericht über den Vorfall deutliche Anspannung und Ängste, hier zeigt er auch seine Verletzungen und führt diese aus.» Sodann hätten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung festgehalten, dass sich allfällige Diskrepanzen aus der Psychodynamik heraus und damit aus unbewussten Gründen ergäben (S. 7). Die Gutachter hätten sich also explizit mit dieser Frage auseinandergesetzt und aus diesbezüglichen allfälligen vom RAD genannten Inkonsistenzen könne demnach keinesfalls auf die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens geschlossen werden. Des Weiteren sei auch die Begründung des RAD, weshalb die Diagnose nicht richtig gestellt worden sein solle, nicht stichhaltig. Zunächst verhalte es sich so, dass der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt ja überhaupt keinen Entzug durchgemacht habe und die entsprechenden Angstsymptome demnach nicht in diesem Rahmen verstanden werden könnten, sondern eben aufgrund der bestehenden generalisierten Angststörung zu verstehen seien. Worin sodann ein Mangel des Gutachtens aufgrund des nicht gemessenen Midazolam-Spiegels bestehen solle, sei nicht ersichtlich und werde vom RAD denn auch nicht näher begründet. Es sei klar davon auszugehen, dass die Gutachter einen Labortest nicht für nötig befunden hätten bzw. dessen Resultat nichts an der Diagnosestellung bzw. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geändert hätte. Dies behaupte denn der RAD zu Recht nicht. Auch der ungewöhnliche Verlauf der Symptomentwicklung ändere nichts an der begründeten Diagnosestellung. Die Gutachterin habe diesen gewürdigt, aber eben anlässlich der Untersuchung festgestellt, dass bei der Exploration das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung deutlich geworden sei und der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt klarerweise noch keinen Entzug durchgemacht habe. Hinzu komme, dass die Gutachterin die Diagnose einer generalisierten Angststörung auch im Verlaufsgutachten bestätige. Demnach liege es auf der Hand, dass es sich nicht bloss um ein Abhängigkeitsproblem handle, sondern eine eigenständige psychische Problematik

vorhanden sei. Schlicht zynisch sei sodann die Aussage des RAD, wonach kein umfassender sozialer Rückzug vorhanden sei. Nur weil der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt mit seiner Ehefrau und der Tochter zusammengelebt habe, könne doch nicht davon ausgegangen werden, dass dieser aktiv am sozialen Leben teilnehme. Dass er Kontakt mit der Familie in der Türkei habe, sei dem Gutachten sodann nicht zu entnehmen und sei falsch. Das einzige, was der Beschwerdeführer noch tue, sei spazieren und zwar alleine. Auch dies schliesse einen sozialen Rückzug klarerweise nicht aus, der im Falle des Beschwerdeführers offensichtlich – auch nach Ansicht der Gutachter – gegeben sei. Wie sodann dem Verlaufsgutachten des B. ___ vom 3. Juli 2019 zu entnehmen sei, sei der psychiatrischen Gutachterin die Stellungnahme des RAD vom 6. August 2018 vorgelegen. Dadurch habe sich diese denn auch offensichtlich beeinflussen lassen und habe die Gelegenheit genutzt, nun ihre Auftraggeberin zufrieden zu stellen. Anders sei die 180-Grad Wende nicht zu erklären, denn gemäss dem Verlaufsgutachten solle der Beschwerdeführer plötzlich wieder in sämtlichen Tätigkeiten 100 % arbeitsfähig sein, obwohl noch immer keine adäquate Behandlung stattgefunden habe. Zunächst gelte es festzuhalten, dass die Gutachterin noch immer die Diagnose einer generalisierten Angststörung stelle. Dies auch nach erfolgtem Entzug. Auch dies belege, dass auf das erste Gutachten abzustellen sei. Nicht schlüssig sei hingegen die Annahme, dass die gestellte Diagnose nun überhaupt keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr haben solle. Dies werde von der Gutachterin denn auch nicht adäquat begründet. Vielmehr sei dem Verlaufsgutachten zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers grundsätzlich überhaupt nicht verändert habe. Zwar habe dieser ausgeführt, dass es ihm während der Hospitalisation besser gegangen sei. Jedoch habe er bereits nach der Entlassung wieder vermehrt Schwierigkeiten bekommen. Dass es ihm deutlich besser gehe, habe der Beschwerdeführer nicht gesagt. Anhand der sonstigen Feststellungen der Gutachterin sei denn auch klar ersichtlich, dass sich nichts geändert habe. Der Tagesablauf sei noch immer derselbe. Schlicht falsch seien sodann die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachterin, wonach der Beschwerdeführer nun zusammen mit seiner Ehefrau spazieren gehen solle und sie gemeinsamen den Wocheneinkauf erledigten und andere Personen träfen und der Beschwerdeführer nun plötzlich im Haushalt helfe. Solche Aussagen habe der Beschwerdeführer nicht gemacht. Vielmehr verhalte es sich so, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch von seiner zweiten Ehefrau getrennt lebe. Auffällig sei sodann, dass es in Bezug auf die Symptome zu keiner Veränderung gekommen sei. Vergleiche man die beiden Gutachten, sei ersichtlich, dass der Beschwerdeführer noch immer dasselbe berichte. So sei S. 14 zu entnehmen, dass er auch heute noch ein bedrückendes Gefühl und Herzklopfen habe. Er habe Ängste und frage sich immer wieder, wieso ihm das passiert sei. Am wohlsten fühle er sich, wenn er alleine sei. Seine Stimmung sei nicht gut, er sei verschlossen und ziehe sich zurück. Weiter unten stehe, dass er nichts mehr vom Leben erwarte und er wenig Hoffnung habe. Während der Hospitalisation sei es ihm gut gegangen, jetzt merke er, dass er wieder mehr Gedanken habe. Eindrücklich seien sodann die Ergebnisse des nun durchgeführten mini-ICF. Praktisch in allen Bereich bestünden mittlere bis schwere Einschränkungen. Des Weiteren halte die Gutachterin selbst fest, dass die Hauptsymptome wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden zum klinischen Bild gehörten und beim Beschwerdeführer noch vorhanden seien. Wie die Gutachterin angesichts des soeben Ausgeführten plötzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen könne, sei weder schlüssig noch

nachvollziehbar. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass sich die Symptome abgeschwächt hätten, was ausdrücklich bestritten werde, sei eine nun plötzlich 100%ige Arbeitsfähigkeit weder nachvollziehbar noch schlüssig. Dies umso mehr, als dass die Gutachterin selbst festhalte, dass eine Chronifizierung vorhanden sei und die weiteren Empfehlungen, die im Erstgutachten erwähnt worden seien, nicht umgesetzt worden seien, sondern bloss ein Entzug stattgefunden habe. Ein schrittweiser therapeutischer Prozess, um die generalisierte Angststörung zu behandeln bzw. den Gesundheitszustand zu stabilisieren, habe aber eben gerade nicht stattgefunden. Im ersten Gutachten habe die Gutachterin explizit festgehalten, dass ein therapeutischer Prozess von mindestens zwei Jahren ab Beginn der Behandlung notwendig sei und ein stationärer Aufenthalt alleine nicht ausreichen werde, um eine Verbesserung zu erzielen. Zudem verhalte es sich so, dass auch der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. F.____, in seinen Berichten vom 20. Oktober 2019 und 22. November 2019 bestätigt habe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht langanhaltend verbessert habe. Schliesslich sei es entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht der Beschwerdeführer, sondern die Beschwerdegegnerin, die den RAD falsch zitiere und interpretiere. Der RAD habe in der Stellungnahme vom 6. August 2018 auf S. 5 unten ausdrücklich festgehalten, dass er weder die diagnostische Einschätzung, noch die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit als nachvollziehbar betrachte. Seitens der Gutachterin sei der Beschwerdeführer sodann eingehend untersucht und in diesem Rahmen seien offensichtlich keine Entzugssymptome festgestellt worden. In diesem Zusammenhang spiele es eine Rolle, dass der RAD im Gegensatz zu der Gutachterin den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht habe. Es könne doch nicht einfach ohne jegliche Anhaltspunkte hierfür gesagt werden, dass der Beschwerdeführer an Entzugssymptomen gelitten habe. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Beschwerdeführer zitiere und interpretiere den RAD-Bericht falsch. Der RAD führe zwar aus, dass die von der Gutachterin vorgenommene medizinische Beurteilung und die von ihr daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar seien. Damit sage er aber nicht, dass diese falsch sei. Auf Seite 5 der RAD-Stellungnahme führe er denn auch noch genauer aus, weshalb er zu dieser Einschätzung gelange. Insbesondere unter Punkt 1 halte er fest, dass die Diagnose eine generalisierten Angststörung unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden könne, da allfällige Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit denen einer eigenständigen Angststörung glichen und nicht sicher von diesen zu differenzieren seien. Dies sei in dem Sinne zu verstehen, dass ohne explizite Entzugsbehandlung gleichwohl Entzugssymptome auftreten könnten, wenn die Benzodiazepine z.B. nicht regelmässig eingenommen würden. Solche Symptome könnten bei gleichzeitiger Benzodiazepinabhängigkeit nicht klar der Diagnose einer generalisierten Angststörung oder der Benzodiazepinabhängigkeit zugeordnet werden. Aus diesem Grund sei es durchaus nachvollziehbar, dass zunächst ein Entzug der Benzodiazepine zu erfolgen habe, bevor über das effektive Vorliegen der Diagnose einer generalisierten Angststörung entschieden werden könne. Dabei spiele es entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers keine Rolle, ob im Zeitpunkt der Begutachtung ein Entzug stattgefunden habe oder nicht. Entsprechende Symptome könnten gleichwohl auftreten und das Resultat verfälschen. Dabei spiele es auch keine Rolle, ob der RAD den Beschwerdeführer persönlich untersucht habe oder nicht, handle es sich bei dieser Einschätzung doch um entsprechendes Fachwissen in Bezug auf die Diagnosestellung und nicht um eine einzelfallbezogene Beurteilung. Dementsprechend sei der Entzug der

Benzodiazepine mittels MBZV angeordnet worden. Dieser Entzug habe denn auch im Rahmen der stationären Hospitalisation in der D.____ vom 28. August 2018 bis 25. September 2018 vorgenommen werden können. Im Rahmen dieses Entzugs habe eine klare Verbesserung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Abhängigkeit von Benzodiazepinen wie auch der affektiven Symptomatik erreicht und ausgewiesen werden können (siehe dazu Austrittsbericht der D.____ vom 6. Oktober 2018). Die zweite Begutachtung durch das B.____ vom 3. Juli 2019 habe festgestellt, dass trotz dem Entzug der Benzodiazepine weiterhin eine generalisierte Angststörung diagnostiziert werden könne. Somit sei die bereits im ersten Gutachten gestellte Diagnose verifiziert und bestätigt worden, dies auch nachdem keine Benzodiazepine mehr eingenommen worden seien. Daraus sei abzuleiten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Diagnosen im ersten Gutachten übernommen werden könnten. Ebendies habe jedoch zunächst durch den Entzug und die anschließende neue Begutachtung überprüft werden müssen. Somit sei die Kritik des RAD durchaus berechtigt gewesen und habe zur neuerlichen Beurteilung massgeblich beigetragen. Der RAD habe denn auch in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2019 zur zweiten Begutachtung des B.____ festgehalten, dass eine Verbesserung ab der zweiten Begutachtung angenommen werden könne. Sodann interpretiere der Beschwerdeführer das Mini-ICF so, dass in praktisch allen Bereichen eine mittlere bis schwere Einschränkung bestehe. Wie er zu dieser Einschätzung gelange, sei für die IV-Stelle nicht nachvollziehbar. Gestützt auf das Gutachten sei eher von durchwegs leichten bis mittleren Einschränkungen und zum Teil von keinen Einschränkungen auszugehen, sei doch nur bei Punkt 9 von einer mittleren Einschränkung und bei Punkt 10 von einer relevanten Einschränkung die Rede. Des Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass bereits der Entzug von Benzodiazepinen und die optimale Einstellung der Medikamente zu einer massiven Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Dies heisse zwar nicht, dass eine adäquate therapeutische Behandlung nicht durchaus Sinn machen würde. Für die IV sei diese jedoch nicht mehr in dem Sinne notwendig, um eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen, da bereits jetzt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Bezüglich des Hinweises des Beschwerdeführers, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. F.____ in seinen Berichten vom 20. Oktober 2019 und 22. November 2019 bestätige, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht langanhaltend verbessert habe, sei auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Februar 2020 zu verweisen. Darin führe der RAD aus, weshalb auf die Berichte von Dr. med. F.____ nicht abgestellt werden könne.

5. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht vom 1. März 2018 bis 31. Juli 2019 eine ganze Rente zugesprochen und ab 1. August 2019 den Rentenanspruch verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Dezember 2017 (IV-Nr. 17) beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und attestierte dem Beschwerdeführer seit Januar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe ernsthafte psychische Probleme. Hierbei sei zu beachten, dass er von mehreren Personen angegriffen und dabei ein psychisches Trauma erlitten habe. Er fühle sich müde, hilflos. Er leide unter Angststörungen, Verfolgungsideen und habe ein Aufmerksamkeitsproblem.

5.2 Mit Bericht vom 29. Januar 2018 (IV-Nr. 19) diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine

posttraumatische Belastungsstörung. Aus medizinischer Sicht schienen körperlich stark belastende Tätigkeiten oder Tätigkeiten, welche komplexe Arbeitsabläufe beinhalteten, für den Beschwerdeführer ungeeignet. Dem Beschwerdeführer seien weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar. 5.3 Im B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 29.1; Fachrichtungen: Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Generalisierte Angststörung - Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit schädlichem Gebrauch - DD: Abhängigkeitssyndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Arterielle Hypertonie - Übergewicht (BMI 27,5) - Status nach Nikotinabusus (42 py) - Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol - Retikuläre Varizen beidseits o Status nach Varizenoperation links 10/2015 - Status nach laparoskopischer Cholezystektomie 05/2017 - Chronisches Spannungstyp-Kopfweg o DD: Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - Status nach tödlichem Angriff mit Contusio capitis und Riss-/Quetschwunde im Bereich des behaarten Kopfes am 31. Oktober 2010 Aus neurologischer und internistischer Sicht ergäben sich keine Auffälligkeiten. Aus psychiatrischer Sicht sei bei der Exploration beim Versicherten das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung deutlich. Er habe Anspannung, Besorgnis gezeigt und habe Befürchtungen gehabt. Er beschreibe plötzlich auftretende Situationen mit Herzklopfen, Herzrasen, Schweissausbrüchen, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Missempfindungen, Schwindel, Unsicherheit, Unruhe, Heiss- oder Kaltgefühle, Taubheit und Kribbelempfindungen, Nervosität und Hals- und Schluckbeschwerden. Zudem gebe er Ein- und Durchschlafstörungen an. Die diagnostischen Kriterien für die generalisierte Angststörung seien erfüllt. Möglicherweise habe der Versicherte noch eine gewisse Akzentuierung in der Persönlichkeit mit leichter Kränkbarkeit und Verunsicherung. Dies per se wirke sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus und werde aber als Reintegrationshindernis, welches beachtet werden müsste, erwähnt. Zudem nehme der Versicherte seit langem Dormicum ein. Er sei darauf fixiert. Es werde zumindest von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Eine Abhängigkeit liege nach dieser Zeit wahrscheinlich vor. Dies wäre zu beachten, wenn das Dormicum reduziert oder abgesetzt werden sollte. Es sei sehr wahrscheinlich, dass sich dann eine Entzugssymptomatik zeige. Der Versicherte sei nicht in der Lage, sich mit anderen Personen adäquat zu konfrontieren. Er lebe sozial isoliert und zeige ein Vermeidungsverhalten. Bei Beanspruchung komme es zu Ängsten. Er sei nicht flexibel und in seiner Umstellungsfähigkeit reduziert. Die Stresstoleranz sei gering. Der Versicherte sei auf sich und seine Symptome und die Angst, wieder eine Attacke zu bekommen, fixiert. Zudem verharre er in der verletzten, gekränkten Position und tue dies unbewusst. Er traue sich so nichts zu und sei nicht in der Lage, Schritte in Richtung Angstbewältigung, Erweiterung des Aktivitätsradius, Arbeitsintegration zu machen. Die Medikation mit Dormicum schränke sein Erleben ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. 5.4 Mit Stellungnahme vom 6. August 2018 (IV-Nr. 32) führte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, aus, im psychiatrischen Teil-Gutachten des B.____ seien gewisse Diskrepanzen und offensichtliche Widersprüche in den anamnestischen Angaben des Versicherten auffällig bezüglich relevanter Ereignisse, deren Ablauf und Folgen. Darüber hinaus erschienen aus Sicht des RAD die medizinische Beurteilung durch die Gutachterin und die von ihr daraus

abgeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung könne unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden. Die allfälligen Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit (der Dormicum-Wirkstoff Midazolam weise ein bekannt hohes Abhängigkeitspotenzial auf, die Gutachterin vermute selbst eine Abhängigkeit) glichen denen einer eigenständigen Angststörung und seien nicht sicher von diesen zu differenzieren. Die iatrogen, durch eine inadäquate medikamentöse Therapie induzierte Benzodiazepinabhängigkeit des Versicherten stelle zudem eine «Suchtverlagerung» (von Alkohol zu Tranquilizern) dar. Überraschenderweise sei von der Gutachterin allerdings eine Bestimmung des (sich im Fettgewebe anreichernden, ansonsten nach der HWZ kurzwirksamen) Midazolam-Spiegels (im Gegensatz zu CDT, oder auch dem Medikament Escitalopram) nicht veranlasst worden. Sodann sei auf die Unstimmigkeiten in der Darstellung der Symptomentwicklung im Verlauf auch von der Gutachterin hingewiesen worden, die allerdings die Selbstlimitierung des Versicherten als unbewusst aufgrund der Ängste, die der Versicherte körperlich spüre und als sehr unangenehm wahrnehme, einordne. Dem vermöge sich der RAD nicht anzuschliessen. Des Weiteren werde im psychiatrischen Teil-Gutachten auch eine umfassende Einschätzung von Funktions- und Partizipationsstörungen des Versicherten (gemäss Mini-ICF-P) vermisst. Vom Vorliegen eines umfassenden sozialen Rückzugs könne aus Sicht des RAD nicht ausgegangen werden (verheiratet, lebe mit Frau und Tochter zusammen, treffe seine Kinder, Kontakte mit Familie in der Türkei, gehe häufig spazieren). Psycho-sozio-kulturelle Faktoren schienen ebenfalls von Belang zu sein (Migrationshintergrund, keine berufliche Qualifikation, kaum Sprachkenntnisse nach 26 Jahren in der Schweiz). Da durch das psychiatrische Teil-Gutachten des B.____ das Vorliegen einer relevanten depressiven Störung wie auch eine posttraumatischen Belastungsstörung als überzeugend ausgeschlossen angesehen werden könnten, könne die im Gutachten einzig (neben der Benzodiazepinabhängigkeit) gestellte Diagnose F 41.1 (generalisierte Angststörung) aus Sicht des RAD die volle Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in jeglicher Erwerbstätigkeit nicht hinreichend plausibel begründen – zumal diese Diagnose auch noch unter dem Vorbehalt einer hier wahrscheinlich vorliegenden Überlagerung durch Suchtfolgen stehe. Da weder die diagnostische Einschätzung, noch die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar seien, könne der RAD ein Abstellen auf die diagnostischen Einschätzungen und die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit des Versicherten im ausschlaggebenden psychiatrischen Teil-Gutachten des B.____ nicht empfehlen.

5.5 Im Austrittsbericht der D.____, vom 6. Oktober 2018 (IV-Nr. 35) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent aber in beschützender Umgebung (F13.21) 2. Verdacht auf PTBS bei ausgeprägter Angst- und Depressionssymptomatik (F43.1) 3. St. n. Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (F10.20) Initial sei mit dem Beschwerdeführer eine Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen vereinbart worden. Temesta und Stilnox seien schrittweise reduziert und anschliessend total sistiert worden. Bei Zunahme der Angstsymptomatik nach dem Absetzen von Benzodiazepinen seien verschiedene Medikamente eingesetzt worden (Trimipramin, Truxal und Seroquel), worauf der Beschwerdeführer sehr sensitiv mit orthostatischer Hypotonie reagiert habe. Trimipramin habe aus diesem Grund wieder sistiert und die anderen Medikamente langsamer und niedriger aufdosiert werden müssen, worunter sich der Zustand des Beschwerdeführers massiv verbessert habe. Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt

wiederkehrende Suizidgedanken, Wutausbrüche und aggressive Impulse gegenüber dem damaligen Angreifer, depressive Verstimmungen und Angstsymptome (Herzrasen, Zittern, innere Unruhe, Schlaflosigkeit) sowie Grübeln angegeben, was im Zusammenhang mit Erinnerungen eines ihm gegenüber stattgefundenen Angriffes aufträte. Das antriebssteigernde Cipralext sei deswegen und bei Verdacht auf eine induzierte Unruhe auf 10 mg/Tag reduziert worden. Seroquel sei auf die retardierte Form umgestellt und bis 100 mg/Tag aufdosiert worden. Bei Ein- und Durchschlafstörungen sei Remeron 15 mg zur Nacht installiert worden in Kombination mit Truxal in Reserve, wobei dem Beschwerdeführer von einer erhöhten Dosierung von Truxal aufgrund der oben beschriebenen Nebenwirkungen abgeraten worden sei. Unter dieser Kombination habe sich die Symptomatik im Verlauf massiv gebessert, der Beschwerdeführer habe ruhiger und entspannter gewirkt, die Suizidgedanken und aggressiven Impulse gegenüber dem Angreifer hätten sich remittiert und die Schlafstörungen hätten sich normalisiert. Am 25. September 2018 habe der Beschwerdeführer bei deutlich verbessertem Zustandsbild nach Hause entlassen werden können. Im Verlauf sei je nach klinischem Zustand und bei Bedarf eine weitere Aufdosierung von Seroquel und Remeron zu erwägen.

5.6 Im psychiatrischen Gutachten des B.____ vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Generalisierte Angststörung (ICD 10 F 41.1) - Ängstliche Persönlichkeit (ICD 10 Z 73) Der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde auch durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Der Versicherte sei nicht ausgebildet und seine Sprachkompetenzen seien gering. Die Persönlichkeitsstruktur führe zu Unsicherheiten und Ängsten, sodass die Eigenmotivation, sich eine Arbeit zu suchen, gering sei. Er lebe in einer stabilen Beziehung und nehme im Rahmen der Familie am sozialen Leben teil, er sei auch in der Lage, sich in der Umgebung frei zu bewegen. Der Versicherte habe es geschafft, den Alkoholkonsum zu sistieren und die Benzodiazepine/Hypnotika abzubauen. Ungünstig sei die lange Arbeitskarenz, die Stellenlosigkeit und die Dekonditionierung bezüglich den Anforderungen des Arbeitsmarktes. Die bei der Erstbegutachtung empfohlenen Massnahmen seien nur teilweise umgesetzt worden. Der Versicherte habe den Entzug gemacht, es sei zu einer Verbesserung des Befundes gekommen. Die Therapie sei weiterhin notwendig. Der Versicherte habe zuletzt in einer Spezialreinigung gearbeitet. Der Arbeitsplatz sei nicht vorhanden, der Versicherte sei ungelernt, sodass nur Hilfstätigkeiten in Frage kämen. In Hilfstätigkeiten sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Hier sei jedoch zu sagen, dass der Versicherte aufgrund der Persönlichkeit, der langen Arbeitskarenz und der Schwierigkeiten in Umstellungsphasen von einem gestuften Arbeitseinstieg profitieren würde. Beginn mit 50 % und dann Steigerung des Pensums um ca. 10 % pro Monat.

5.7 Dr. med. F.____ stellte in seinem Arztzeugnis vom 21. Oktober 2019 (IV-Nr. 48) folgende Diagnosen: - Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) - Generalisierte Angststörung. (F41.1) Der Beschwerdeführer leide an einem mittelschweren bis schweren depressiven Angstzustand. Er befinde sich in einer Stimmungsschwäche, die von täglichen Ängsten begleitet werde. Er habe Probleme, sich zu konzentrieren und aufmerksam zu sein. Das Interesse, die Freude und das Selbstwertgefühl nähmen ab. Er leide an neuroregulatorischen Störungen wie

Tachykardie, Schwitzen und Kopfschmerzen. Zudem leide er an Verfolgungswahn. Er habe Schuldgefühle, weil er seinen Lebensunterhalt beruflich nicht mehr verdienen könne und seinen Platz in der Familie verliere. Er habe eine düstere Haltung gegenüber der Zukunft. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit etwa vier Monaten verschlechtert. Er befinde sich in einem mittelschweren bis schweren depressiven Angstzustand. Es gebe eine Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit. Er habe sich zu Hause eingeschlossen. Er habe tägliche Ängste und Panikattacken. Aktuell erhalte er folgende Medikamente: Escitalopram 20 mg, Trittico 50 mg, Quetiapine 50 mg, Zolpidem 10 mg. In seinem Zustand sei er 70 - 100 % arbeitsunfähig. 5.8 Mit Stellungnahme vom 18. Februar 2020 (IV-Nr. 55) führte Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, aus, wie Dr. med. F.____ auf die Diagnosen schizoaffektive Störung und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, komme, gehe aus seinen Ausführungen zu den Beschwerden und Befunden nicht hervor. Weder die psychiatrische Gutachterin noch die Ärzte der D.____, wo der Versicherte vom 28. August 2018 bis 25. September 2018 zum Benzodiazepinentzug hospitalisiert gewesen sei, stellten diese Diagnosen. Auch seine Angaben dazu, dass sich das Zustandsbild durch den Entzug von Temesta und Stilnox nicht verbessert und gar seit Anfang 2019 noch zusätzlich verschlechtert habe, widersprächen dem Austrittsbericht der D.____ vom 6. Oktober 2018 und der gutachterlichen Beurteilung vom April 2019. Sodann erstaune es, dass Dr. med. F.____ bei den Medikamenten wiederum Zolpidem (Stilnox) aufführe. Entweder habe er die Medikationsliste nicht aktualisiert oder entgegen allen Empfehlungen wiederum Stilnox verordnet. Des Weiteren berichte Dr. med. F.____, dass der Entzug der Schlaf- und Beruhigungsmittel keinen positiven Einfluss gehabt habe und sich seither das Zustandsbild gar verschlechtert habe. Beide Aussagen stünden in deutlichem Widerspruch zur Berichterstattung der D.____ und zur gutachterlichen Beurteilung. Dr. med. F.____ stelle zwar andere/neue Diagnosen. Diese gingen aus den Berichten aber nicht nachvollziehbar hervor, so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der bekannte Sachverhalt anders bewertet werde. Bezüglich Arbeitsfähigkeit ab Gutachten vom 8. April 2019 könne am Vorbescheid festgehalten werden. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt sei aber im Vorbescheid nicht berücksichtigt worden. Hierfür könne auf das Gutachten vom 12. Juli 2018 abgestützt werden. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten sowie das psychiatrische Gutachten des B.____ vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 29.1) bzw. vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. 6.1 6.1.1 Im internistischen Teilgutachten des polydisziplinären B.____-Gutachtens vom 12. Juli 2018 führte Dr. med. I.____ aus, gemäss den Akten sei beim Versicherten seit 11/2017 eine arterielle Hypertonie bekannt. Bei der aktuellen Untersuchung sei der Blutdruck unter einem ACE-Hemmer normal. Als weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren lägen Übergewicht (BMI 27,5) und ein Status nach Nikotinabusus (42 py, beendet vor einem Jahr) vor. Gemäss Akten und auch Eigenangaben habe der Versicherte bis vor einem Jahr während vieler Jahre (anamnestisch 15) regelmässig Alkohol konsumiert. Konkret habe der Versicherte angegeben, zwei bis drei Mal pro Woche, gelegentlich auch täglich, drei Liter Bier getrunken zu haben. Er berichte, vor einem Jahr aus eigenem Antrieb und aus Sorge um die Gesundheit sowohl den Nikotin- als auch den Alkoholkonsum gänzlich eingestellt zu haben. Die Laboruntersuchungen vom 29. Mai 2018 zeigten normale Transaminasen und einen unauffälligen CDT-Wert, was die obigen Angaben des Versicherten bestätige. Die arterielle Hypertonie sei mit einem ACE

Hemmer gut behandelt. Es bestünden keine Hinweise auf einen Alkoholüberkonsum. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint somit auch die Schlussfolgerung des internistischen Gutachters nachvollziehbar, aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt.

6.1.2 Im neurologischen Teilgutachten hielt Dr. med. J. ___ fest, dem CT-Befund Schädel vom 9. März 2012 im Röntgeninstitut Aarau könne unter «Indikation» entnommen werden, dass chronische Kopfschmerzen nach einer Schädelkontusion mit grosser Schnittwunde am Hinterkopf vom 31. Oktober 2010 vorgelegen hätten. Der entsprechende Befund sei dann normal gewesen. Der diesbezügliche klinisch-neurologische Status sei unauffällig. Bildgebende Untersuchungen seien keine zur Verfügung gestanden. Phänomenologisch handle es sich beim beschriebenen Kopfweh um chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen. Inwieweit eine posttraumatische Komponente vorliege, könne nicht weiter eruiert werden. Möglicherweise bestehe eine gewisse Überlagerung mit einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfweh, gebe doch der Explorand an, täglich Dafalgan wegen Kopfschmerzen zu konsumieren. Anhaltspunkte für eine anderweitige sekundäre Kopfwehform ergäben sich keine, wobei eine Überlagerung durch psychische Faktoren anzunehmen sei. Eine Rückenproblematik sei aktuell vom Exploranden verneint worden. 06/2017 sei die BWS geröntgt worden mit altersentsprechend normalem Resultat. Klinisch liege eine leicht vermehrte Kyphose vor mit fraglich einer diskreten linkskonvexen Fehllhaltung, ohne relevante Verspannungen der Muskulatur und bei normaler Beweglichkeit. Der Explorand gebe an, seit einem Jahr keinen Alkohol mehr zu konsumieren. Offenbar habe vorgängig ein relativ regelmässiger Konsum bestanden. Somatisch-neurologische Folgeschäden im Sinne einer allfälligen alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems ergäben sich im klinischen Status keine. Die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen könne nicht als sicher pathologisch gewertet werden. Im Lichte der vorgehenden Ausführungen vermag auch die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe.

6.1.3 6.1.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. K. ___ bezüglich der erhobenen Befunde aus, der Versicherte sei ordentlich gekleidet, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Psychomotorisch etwas verlangsamt, vorsichtig, wirke angespannt und unsicher. Keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits- oder Konzentrationsstörungen. Er sei kooperativ und gebe über sich Auskunft. Er wirke insgesamt gehemmt, Mimik und Gestik seien vermindert. Vom Aspekt her wirke er unsicher und ängstlich. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei reduziert, er wirke nicht depressiv, im Verlauf der Exploration bei allgemeinen Themen weg vom Vorfall und weg von der eigentlichen medizinischen Symptomatik könne der Versicherte etwas entspannen, sei dann auch von der Stimmung etwas gelöster, aufgehellter und könne auch adäquat lachen und erscheine dann unauffällig. Bei Bericht über den Tod des Vaters stiegen ihm Tränen in die Augen. Er sei betroffen, könne darüber berichten und wieder in den allgemeinen Gesprächsfluss hineinkommen. Beim Bericht über den Vorfall bestünden eine deutliche Anspannung und Ängste, hier zeige er auch auf seine Verletzungen und führe diese aus. Keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ich-Erlebnis-Störungen. Keine Hinweise auf Zwänge. In Bezug auf Ängste gebe er an, dass er sich einerseits zu Hause sicher fühle, andererseits diese Räumlichkeit nicht aushalte und immer wieder laufen gehe. Er gebe an, nicht in Restaurants gehen zu können und sich am liebsten allein wohl zu fühlen. Bei der Exploration beschreibe er eine klassische Angstattacke. Insgesamt wirke der Versicherte etwas unbeholfen, hilflos und unsicher. Laut Angabe Schlafstörung, wenig Appetit, Gewichtsverlust, motorische

Unruhe, Libidoverminderung sowie Schmerzen wie bereits beschrieben. Sodann hielt Dr. med. K. ___ als Beurteilung fest, der Versicherte gebe an, dass er seine Symptome seit 2010 habe. Trotz dieser Symptome habe er dann noch ca. vier Jahre gearbeitet. Was der Versicherte angebe und teilweise auch bei der Exploration ausblende, seien Dinge wie z.B. ein vermehrter Alkoholkonsum, Untreue in der Ehe sowie eigene Anteile an Konflikten. Der Versicherte habe weiter ausgeführt, dass er früher einen anderen Lebenswandel mit Ausgang, Freunden, regelmässigem Alkoholkonsum gehabt habe. Ob eine Abhängigkeit diesbezüglich vorhanden gewesen sei, könne aufgrund der Akten nicht gesagt werden. Es werde letztendlich von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Aktuell gebe der Versicherte an, dass er seit einem Jahr keinen Alkohol mehr trinke und auch nicht mehr rauche. Hingegen nehme er täglich zwei Tabletten Dormicum ein, obwohl dies ungünstig sei. Es sei nun unklar, wie sich seine Symptomatik entwickelt habe. Vermutlich spiele die Kündigung 2015 nach dem Tod des Vaters eine entscheidende Rolle. Ab dann habe der Versicherte nicht mehr gearbeitet. Möglicherweise sei es hier zu einer tiefen Kränkung gekommen, dass der Arbeitgeber kein Verständnis gezeigt habe, sein Vater schwer krank gewesen und dann in seinen Armen verstorben sei. Möglicherweise habe dies frühere Kränkungen und Verletzungen reaktiviert, beginnend mit dem Vorfall am 31. Oktober 2010. Dort sei es zu einer Verletzung gekommen, wo der Versicherte selbst auch alkoholisiert gewesen sei. Möglicherweise hätten auch die Drohungen in der Folge, die vom Versicherten berichtet worden seien, zu einer Symptomausweitung geführt. Bei der Exploration habe der Versicherte das typische Bild einer sogenannten generalisierten Angststörung gezeigt. Er gebe Anspannung sowie Besorgnis an und habe Befürchtungen. Er beschreibe plötzliche Situationen mit Herzklopfen, Herzrasen, Schweissausbrüchen, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Missempfindungen, Schwindel, Unsicherheit, Unruhe, Heiss- oder Kaltgefühle, Taubheit und Kribbelempfindungen sowie Nervosität und Hals- und Schluckbeschwerden. Zudem gebe er auch Ein- und Durchschlafstörungen an. Die diagnostischen Kriterien für die generalisierte Angststörung seien erfüllt. Eine parallel dazu bestehende depressive Symptomatik, wie in den Akten aufgeführt, werde nicht gefunden. Es gebe zwar Symptome, die auf eine depressive Symptomatik hindeuteten, diese rechtfertigten jedoch keine separate ICD-10 Diagnose. Auch werde nicht die Diagnose einer Angststörung mit einer depressiven Symptomatik im Sinne einer ICD-10 F41.2 Diagnose gestellt. Möglicherweise habe der Versicherte noch eine gewisse Akzentuierung in der Persönlichkeit mit leichter Kränkbarkeit und Verunsicherung. Diese per se wirke sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, werde hier aber als Reintegrationshindernis, welches beachtet werden müsste, erwähnt. Zudem nehme der Versicherte seit langem Dormicum ein und sei darauf auch fixiert. Es werde zumindest von einem schädlichen Gebrauch ausgegangen. Eine Abhängigkeit liege nach dieser Zeit wahrscheinlich vor. Dies wäre zu beachten, wenn das Dormicum reduziert oder abgesetzt werden sollte. Es sei sehr wahrscheinlich, dass dann eine Entzugssymptomatik zum Vorschein komme. Der Versicherte habe sein Leben seit zwei Jahren auf seine Symptomatik ausgerichtet und habe sich damit einen geregelten Tagesablauf geschaffen. Er selber könne sich nicht mehr vorstellen arbeiten zu gehen und sehe sich auch in der Zukunft in der aktuellen Situation so weiter leben. Es sei hier jedoch zu sagen, dass ein Dormicum-Entzug, eine adäquate verhaltenstherapeutisch orientierte regelmässigen Psychotherapie und der Einsatz von Psychopharmaka die Situation verbessern könnten. Der Versicherte sei noch nicht adäquat therapiert. Es brauche eine Psychoedukation und einen aktiven Support und eine adäquate

medikamentöse Behandlung. Die Therapie müsse so ausgerechnet sein, dass der Versicherte motiviert werde, sich einen neuen Lebensentwurf zu kreieren, die Kränkungen zu überwinden und sich dann beruflich zu integrieren. Eine Verbesserung des Zustandes sei möglich. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen kam Dr. med. K. ___ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung (E. II. 6.1.3.2 hiernach) schlüssig erscheint.

6.1.3.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2. Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Dem Gutachten ist keine ausdrückliche Beurteilung bezüglich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu entnehmen. Jedoch ergibt sich aus den Ausführungen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung in Ziff. 4.3, S. 6 des Gutachtens, «Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnose», dass die Angststörung des Beschwerdeführers tendenziell schwer ausgeprägt ist. Wohl ist im Anschluss an die durch den RAD-Arzt geäusserte Kritik davon auszugehen, dass eine klare Abgrenzung der Auswirkungen der Angststörung von derjenigen einer Benzodiazepin-Abhängigkeit nicht möglich ist. Dieser Zuordnung kommt jedoch keine entscheidende Bedeutung zu, da auch Abhängigkeitssyndrome zu berücksichtigen sind (BGE 145 V 215). Zu den detaillierten Angaben der Gutachterin wird die auf Kategorie «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» verwiesen. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte die Gutachterin aus, nach dem Überfall im Jahr 2010 wäre wahrscheinlich eine frühe psychiatrische Intervention günstig gewesen. Die

psychiatrische ambulante Therapie ab 2012 sei nicht dokumentiert. Es lägen hier lediglich Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vor. Aus dem Bericht des Psychiaters Dr. med. F. ___ vom 23. Dezember 2017 gehe auch nicht viel mehr hervor. Sofern die Angaben des Versicherten stimmten und die Konsultationen jeweils 10 - 15 Minuten gedauert hätten und ansonsten Medikamente abgegeben worden seien, erscheine die Therapie als völlig insuffizient. Der Versicherte habe sein Leben seit zwei Jahren auf seine Symptomatik ausgerichtet und habe sich damit einen geregelten Tagesablauf geschaffen. Er selber könne sich nicht mehr vorstellen arbeiten zu gehen und sehe sich auch in der Zukunft in der aktuellen Situation so weiter leben. Es sei hier jedoch zu sagen, dass ein Dormicum-Entzug, eine adäquate verhaltenstherapeutisch orientierte regelmässigen Psychotherapie und der Einsatz von Psychopharmaka die Situation verbessern könnten. Der Versicherte sei noch nicht adäquat therapiert. Es brauche eine Psychoedukation und einen aktiven Support und eine adäquate medikamentöse Behandlung. Die Therapie müsse so ausgerechnet sein, dass der Versicherte motiviert werde, sich einen neuen Lebensentwurf zu kreieren, die Kränkungen zu überwinden und sich dann beruflich zu integrieren. Eine Verbesserung des Zustandes sei möglich. Als Therapieaufgabe müsse eine adäquate, regelmässige und dokumentierte Psychotherapie erfolgen. Ein stationärer Aufenthalt wäre durchaus möglich, auch wenn der Versicherte deswegen Angst habe. Im stationären Rahmen könne das Dormicum entzogen und eine adäquate Schlafmedikation etabliert werden. Der Versicherte benötige Psychoedukation und eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. Wahrscheinlich reiche ein stationärer Aufenthalt nicht aus, um eine wirkliche Verbesserung zu erzielen. Der Besuch einer Tagesklinik würde den Übergang vom komplett geschützten Bereich der Klinik nach Hause erleichtern und auch die Ressourcen fördern. Wichtig sei bei allen Therapieoptionen, den Versicherten dahin zu leiten, dass das Ziel eine Reintegration auf dem Arbeitsmarkt sei. Der Versicherte selber könne dies als Option jetzt nicht sehen. Mit einer Tätigkeit im geschützten Bereich wäre der Versicherte aktuell überfordert. Ein therapeutischer Prozess von ca. zwei Jahren nach Beginn der Therapie sei wahrscheinlich notwendig. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso muss gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz verneint werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Die Gutachterin hielt in diesem Zusammenhang fest, neben der Angststörung schränke die Medikation mit Dormicum das Erleben des Beschwerdeführers ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Demnach liegt mit der Diagnose – Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit

schädlichem Gebrauch / DD: Abhängigkeitssyndrom – eine relevante Komorbidität vor. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte habe wenig Ressourcen. Als Belastungsfaktoren gälten die mangelnde sprachliche Integration und die erhöhte Kränkbarkeit. Zudem wirke sich ungünstig aus, dass der Versicherte «Opfer» bei einer Auseinandersetzung geworden sei und im späteren Verlauf weitere Verluste, die er innerpsychisch nicht verarbeiten könne, erlitten habe. Der Versicherte habe aber auch Ressourcen. Er habe den Nikotin- und Alkoholabusus aufgeben können. Dies sei wahrscheinlich innerhalb der bestehenden Symptomatik nicht einfach. Möglicherweise sei es hier jedoch zu einer Verlagerung der Symptomatik gekommen. Der Versicherte nutze jetzt das Dormicum zum Schlafen in ungünstiger Weise. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt von einigen positiven, aber vor allem negativen Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen. Zudem war aufgrund des Gutachtens und der Akten damals tendenziell von einem sozialen Rückzug auszugehen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie diesbezüglich im Gutachten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 29.1, S. Ziff. 4.3) ausgeführt wurde, sei der Versicherte nicht in der Lage, sich mit anderen Personen adäquat zu konfrontieren. Er lebe sozial isoliert und zeige ein Vermeidungsverhalten. Bei Beanspruchung komme es zu Ängsten. Er sei nicht flexibel und in seiner Umstellungsfähigkeit reduziert. Die Stresstoleranz sei gering. Der Versicherte sei auf sich und seine Symptome und die Angst, wieder eine Attacke zu bekommen, fixiert. Zudem verharre er in der verletzten, gekränkten Position und tue dies unbewusst. Er traue sich so nichts zu und sei nicht in der Lage, Schritte in Richtung Angstbewältigung, Erweiterung des Aktivitätsradius, Arbeitsintegration zu machen. Die Medikation mit Dormicum schränke sein Erleben ein und wirke sich negativ auf seine kognitiven Fähigkeiten und die Angstbewältigung insgesamt aus. Zudem sei dies eine inadäquate Behandlung, eine Abhängigkeit von der Substanz sei bereits möglich. Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränken. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen

Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Dass der Beschwerdeführer bislang wohl nur ungenügend therapiert wurde, spricht eher gegen einen allzu grossen Leidensdruck.

6.1.3.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So waren beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt des ersten Gutachtens nur wenige ressourcenfördernde Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Diese Beurteilung wird auch durch das vom Gericht eingeholte Gutachten von Dr. med. E. ___ gestützt, der für die rückblickende Einschätzung die Ergebnisse des Gutachtens vom 12. Juli 2018 übernimmt (vgl. E. II. 7.1 hiernach).

Bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit kann sodann ebenfalls auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden: Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab 02/2015 sei retrospektiv nicht ausreichend dokumentiert. Die vom behandelnden Psychiater ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit sei erst ab 20. April 2016 dokumentiert. Ab dann fänden sich sowohl Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vom Hausarzt als auch vom ambulant behandelnden Psychiater. Der Versicherte sei danach aus psychischen Gründen arbeitsunfähig gewesen. Wahrscheinlich sei, dass der Versicherte nach dem Tod seines Vaters und einer in dieser Zeit resultierenden Kündigung, die jedoch zurückgezogen worden sei, sehr vulnerabel gewesen sei. Es sei zu einer Verstärkung von Symptomen gekommen, die im Vorfall vom 31. Oktober 2010 begründet seien. In der Folge sei es dem Versicherten psychisch zunehmend schlechter gegangen, bis er schliesslich mit seiner Arbeit überfordert gewesen sei und seine Stelle selbst gekündigt habe. Die Arbeitsunfähigkeit werde aus heutiger Sicht auf den Zeitpunkt der Kündigung festgelegt. Die pauschale Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch den Psychiater seit Januar 2013 werde grundsätzlich in Frage gestellt, da diese erst ab 20. April 2016 dokumentiert sei. Es könne auch nicht gesagt werden, ob sich die Symptome nach dem Tod des Vaters bzw. nach der Kündigung verändert hätten. Es sei eigentlich davon auszugehen, dass sie sich dort letztendlich verstärkt hätten. Ansonsten wäre es auch nicht nachvollziehbar, dass der Versicherte zwischen 2010 und 2014 einer 100%igen Arbeitstätigkeit nachgegangen sei.

6.1.3.4 Des Weiteren ist auf die vom RAD-Arzt, Dr. med. C. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 6. August 2018 (IV-Nr. 32) geäusserte Kritik am psychiatrischen Teilgutachten des B. ___-Gutachtens vom 12. Juli 2018 einzugehen. Dr. med. C. ___ kritisierte unter anderem den Umstand, dass die Gutachterin bezüglich der Angstsymptome lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt habe, solche Symptome anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen jedoch nicht hätten festgestellt werden können. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachterin die generalisierte Angststörung nachvollziehbar begründet hat, zumal es in der Natur einer psychiatrischen Untersuchung liegt, dass viele Befunde gestützt auf die Angaben der versicherten Person und unter gutachterlichen Einschätzung der diesbezüglichen

Glaubhaftigkeit erhoben werden. Sodann ist dem RAD-Arzt zwar Recht zu geben, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bezüglich des Vorfalls vom 31. Oktober 2010 unterschiedliche Angaben zum Geschehensablauf machte (vgl. RAD-Bericht vom 6. August 2018, S. 4). Aber auch der RAD-Arzt kann daraus keine weiterführenden Schlüsse ziehen. So ist den unterschiedlichen Angaben des Beschwerdeführers zumindest keine bewusste Dramatisierung des Vorfalls zu entnehmen, womit auch nicht gesagt werden kann, der Beschwerdeführer habe damit eine erhöhte Rentenbegehrlichkeit gezeigt. Weshalb der Beschwerdeführer diesbezüglich unterschiedliche Angaben macht, kann demnach offenbleiben. Die Kritik des RAD-Arztes, die allfälligen Entzugssymptome bei Benzodiazepinabhängigkeit glichen denen einer eigenständigen Angststörung und seien nicht sicher von diesen zu differenzieren, weshalb die Diagnose einer generalisierten Angststörung unter ständigem Benzodiazepinkonsum nicht plausibel gestellt werden könne, ist zwar angesichts der damaligen Aktenlage nachvollziehbar. Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 3. Juli 2019 wurde jedoch die Angststörung die auch nach erfolgreichem Benzodiazepin-Entzug immer noch diagnostiziert (vgl. E. II. 6.2 hiernach). Der übermässige Benzodiazepin-Konsum des Beschwerdeführers als solcher kann mit Blick auf die stationäre Entzugsbehandlung und den diesbezüglichen Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 6. Oktober 2018 (IV-Nr. 35) als erstellt gelten, weshalb die Kritik des RAD-Arztes am Umstand, dass die Gutachterin keine Bestimmung des Midazolam-Spiegels vorgenommen hat, ihre Bedeutung verloren hat. Wohl ist mit Blick auf die späteren Begutachtungen davon auszugehen, dass die Symptomatik vor der Entzugsbehandlung massgeblich durch den Substanzkonsum beeinflusst wurde. Dies ist jedoch, wie bereits erwähnt, nicht entscheidend, da seit der im Juli 2019 erfolgten Rechtsprechungsänderung (BGE 145 V 215) auch primäre Abhängigkeitssyndrome einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind.

6.1.4 Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf das B.____-Gutachten vom 12. Juli 2018 abgestellt und dem Beschwerdeführer ab dem 1. März 2018 (sechs Monate nach der IV-Anmeldung in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und unter Berücksichtigung, dass das Wartejahr bereits abgelaufen war) eine ganze Rente zugesprochen hat. Nachfolgend ist sodann der Beweiswert des psychiatrischen B.____-Gutachtens vom 3. Juli 2019 zu prüfen, gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin die ganze Rente per 31. Juli 2019 wiederum aufgehoben hat.

6.2 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten des B.____ vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 43.1) führte Dr. med. K.____ im Rahmen der Befunderhebung aus, der Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er sei kooperativ, freundlich, Mimik und Gestik seien unauffällig. Er nehme und halte Blickkontakt. Psychomotorisch unauffällig. Es bestünden keine Hinweise auf psychotisches Erleben. Die Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Die Stimmung sei ausgeglichen, die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Beim Berichten über schwierige Themen (Tod des Vaters, Vorfall im Restaurant) sei er affektstabil, wirke aber nachdenklicher. Keine Hinweise auf Zwänge. In Bezug auf Ängste gebe er an, dass er sich zuhause wohler fühle, aber keine Schwierigkeiten habe, allein aus der Wohnung zu gehen. Seine Ängste seien geringer, er fühle sich aber noch unsicher und wisse nicht, wie er die Zukunft gestalten könne. Laut Angabe Libidoverminderung sowie Kopfschmerzen und zeitweise Durchschlafschwierigkeiten. Weiter hielt Dr. med. K.____ bezüglich der Diagnosestellung fest, der Versicherte sei vom 28. August 2018 bis zum 25. September 2018 zum stationären Entzug von Temesta und Stilnox in der D.____ [...] hospitalisiert gewesen. Bei Eintritt habe

der Versicherte Suizidgedanken, Wutausbrüche, aggressive Impulse, depressive Verstimmung und Angstsymptome aufgewiesen. Im Verlauf sei ein vollständiger Entzug von den Benzodiazepinen durchgeführt und eine alternative Medikation etabliert worden. Wie aus dem Austrittsbericht hervorgehe, habe sich der Zustand des Versicherten deutlich gebessert. Die weiteren Empfehlungen, die im Gutachten erwähnt worden seien, seien nicht umgesetzt worden, es habe lediglich der Entzug stattgefunden. Der Versicherte habe bei der Untersuchung im B.____ eine subjektive Verbesserung angegeben. Objektiv habe sich ebenfalls eine Zustandsverbesserung gezeigt. Der Versicherte habe einen weitgehend unauffälligen Befund gezeigt und im Verhalten und von seiner Erscheinung her unauffällig und adäquat gewirkt. An der sozialen Situation habe sich seit der letzten Begutachtung nichts verändert. Der Versicherte lebe mit Frau und Kind zusammen und es bestehe zur weiteren Familie guter Kontakt. In Bezug auf den Tagesablauf nach der Hospitalisation habe sich nichts geändert. Der Versicherte verbringe seine Zeit zuhause oder gehe hinaus, um allein zu sein. Er selbst habe keine Zukunftsvorstellungen und sei bei der Befragung in dieser Beziehung ratlos und passiv. Der Versicherte habe immer wieder psychosomatische Reaktionen gezeigt, die die ängstlichen Persönlichkeitsaspekte untermauerten. Der Versicherte habe bei der Begutachtung eine ängstliche Grundhaltung gezeigt und es werde davon ausgegangen, dass eine ängstliche Persönlichkeit vorliege. Die generalisierte Angststörung sei nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen begrenzt oder besonders betont, sie sei «frei flottierend». Die Hauptsymptome, wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden, gehörten zum klinischen Bild und variierten. Häufig würden auch Befürchtungen geäußert. Diese Symptome seien beim Versicherten bei der jetzigen Untersuchung weniger stark ausgeprägt als bei der ersten Begutachtung. Die Symptome hätten sich abgeschwächt, seien aber noch vorhanden. Der Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde aber davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen erscheint schliesslich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: In Hilfstätigkeiten sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Hier sei jedoch zu sagen, dass der Versicherte aufgrund der Persönlichkeit, der langen Arbeitskarenz und der Schwierigkeiten in Umstellungsphasen von einem gestuften Arbeitseinstieg profitieren würde. 6.2.1 Nachfolgend ist sodann wiederum zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung schlüssig erscheint (bezüglich der Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien wird zwecks Vermeidung unnötiger Wiederholungen auf E. II. 6.1.3.2 hiavor verwiesen). Bezüglich des Indikators Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, die generalisierte Angststörung sei nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen begrenzt oder besonders betont, sie sei «frei flottierend». Die Hauptsymptome, wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehörten zum klinischen Bild und variierten. Häufig würden auch Befürchtungen geäußert. Diese Symptome seien beim Versicherten bei der jetzigen Untersuchung weniger stark ausgeprägt als bei der ersten Begutachtung. Die Symptome hätten sich abgeschwächt, seien aber noch vorhanden. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte die Gutachterin aus, der

Zustand des Versicherten habe sich gemäss dem Austrittsbericht durch den stationären Entzug verbessert, dies werde auch durch den Versicherten selbst bestätigt und zeige sich auch bei der Untersuchung deutlich. Die generalisierte Angststörung werde diagnostiziert, es werde davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik abgeschwächt habe, jedoch aufgrund der Dauer eine Chronifizierung vorhanden sei. Die ambulante Psychotherapie sollte fortgesetzt, die medikamentöse Therapie weitergeführt werden. Je nach Zustand seien Anpassungen notwendig, auf die Verordnung von Benzodiazepinen sei zu verzichten. Zudem brauche der Versicherte Hilfe beim Finden einer geeigneten Stelle und in der Einarbeitungszeit. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz zu verneinen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist festzuhalten, dass die noch anlässlich des ersten B.____-Gutachtens gestellte Diagnose «Störungen durch Sedativa und Hypnotika mit schädlichem Gebrauch» anlässlich der zweiten Begutachtung durch Dr. med. K.____ nicht mehr gestellt wurde, womit eine ressourcenhemmende Komorbidität zu verneinen ist, zumal es sich bei der neu zusätzlich gestellten Diagnose «Ängstliche Persönlichkeit» (ICD 10 Z 73), um eine sogenannte Z-Diagnose handelt, welche zwar bei der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen ist, aber selbst nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (Urteile des Bundesgerichts 9C_551/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 5.4, 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1). Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte sei nicht ausgebildet und seine Sprachkompetenzen seien gering. Die Persönlichkeitsstruktur führe zu Unsicherheiten und Ängsten, sodass die Eigenmotivation, sich eine Arbeit zu suchen, gering sei. Er lebe in einer stabilen Beziehung und nehme im Rahmen der Familie am sozialen Leben teil, er sei auch in der Lage, sich in der Umgebung frei zu bewegen. Der Versicherte habe es geschafft, den Alkoholkonsum zu sistieren und auch die Benzodiazepine / Hypnotika. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt von einigen negativen, aber vor allem positiven Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen. Bezüglich des Indikators einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) ist auf die unter E. II. 6.2 hiervor aufgeführte Zusammenfassung der gutachterlichen Erwägungen zu verweisen. Daraus geht hervor, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachtenszeitpunkt nicht mehr in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränkten. Schliesslich ist hinsichtlich des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer zwar unter Druck der Beschwerdegegnerin (nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens) in eine stationäre Entzugstherapie begeben hat. Bezüglich der ebenfalls in Anspruch genommenen Psychotherapie gibt er aber an, er gehe alle zwei Wochen zu seinem ambulanten Psychotherapeuten Dr. F.____, [...]. Die Sitzungen dauerten 10 bis 15 Minuten. Die kurzen Sitzungen alle 14 Tage sprechen eher gegen einen grossen Leidensdruck. 6.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K.____ vom 3. Juli 2019 grundsätzlich genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Wie der Beschwerdeführer aber zurecht rügt, wird der Wechsel von einer anlässlich des ersten

Gutachtens vom 12. Juli 2018 attestierten vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit zu einer im Gutachten vom 3. Juli 2019 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit durch die Gutachterin nicht vollständig nachvollziehbar begründet. So stellt die Gutachterin auch nach erfolgtem Entzug noch immer die Diagnose einer generalisierten Angststörung. Dass die gestellte Diagnose nun überhaupt keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr haben soll, leuchtet angesichts der im Vergleich zum ersten Gutachten nicht massiv veränderten Befunde nur bedingt ein. Wohl gab es in der Zwischenzeit den erfolgreichen Benzodiazepin-Entzug des Beschwerdeführers, aber im ersten Gutachten war aufgrund der Angststörung eine erhebliche Einschränkung angenommen worden, wobei die Diagnose unverändert blieb. Zwar erscheint eine Verbesserung der Befunde und damit auch der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen durchaus nachvollziehbar. Aber dass nun keinerlei Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorliegen sollen, erscheint gestützt auf die beiden psychiatrischen Gutachten nicht ohne weiteres plausibel. Das Versicherungsgericht kam deshalb nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu veranlassen. 7. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. E. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein gerichtliches Obergutachten veranlasst. Das Gutachten vom 1. September 2021 (A.S. 64 f.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 7.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0) · Mögliche Panikstörung (ICD-10 F41.0) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · St. n. generalisierter Angststörung, aktuell nicht feststellbar (ICD-10 F41.1) · St. n. Alkoholüberkonsum (ICD-10 F10.20) · St. n. Sedativadauerkonsum (ICD-10 F13.20) Die vorgenannten Diagnosen werden vom Gutachter nachvollziehbar begründet und er setzt sich eingehend mit den übrigen in den Vorakten gestellten Diagnosen auseinander: Der Beschwerdeführer verneine Fragen nach frei flottierenden Ängsten. Es könnten keine Hinweise auf eine derartige Angststörung gefunden werden. Es bestehe nicht eine ständige Nervosität mit Zittern und Anspannung und Schwitzen, auch nicht Benommenheit oder Herzklopfen, Schwindelgefühle und vegetative Beschwerden. Der Explorand schildere aber panikartige Zustände, die ohne für ihn erkennbare Anlässe auftreten könnten und fünf bis zehn Minuten anhielten, er verspüre dabei Herzklopfen und Sterbensangst, er schwitze dabei auch. Er müsse dann nachhause oder müsse warten, bis dies vorbeigehe. Es falle auf, dass der Explorand keine Angaben zur Häufigkeit machen und auch nicht angeben könne, wann er den letzten Anfall gehabt habe, obwohl er meine, dass diese sehr häufig aufträten. In der Untersuchungssituation wirke er in keiner Weise übermässig ängstlich, auch nicht übermässig angespannt. Er beteilige sich an der Untersuchung, sei wach, präsent, unterstreiche seine Ausführungen mit adäquater Gestik und Mimik, er wirke nicht leidend, es machten sich auch keine vegetativen Begleiterscheinungen bemerkbar, seine Stimmlage sei moduliert, er wirke auch nicht misstrauisch oder abweisend, auch nicht gereizt oder aggressiv. Dieser objektivierbare Zustand kontrastiere deutlich zu den subjektiv angegebenen Beschwerden mit den Ängsten, die dadurch nicht erkennbar oder spürbar seien, auch der Leidensdruck könne dadurch nicht nachvollzogen werden. Im Weiteren falle auf, dass der Explorand unvorbereitet zur

heutigen Untersuchung erscheine und meine, dass er gar nicht wisse, weswegen er hier erscheinen müsse, auch einen im Voraus zugestellten Fragebogen unausgefüllt mitgebracht habe, es habe auch ein Lebenslauf gefehlt. Dies weise doch auf eine Gleichgültigkeit hin. Ein eher gleichgültiges Verhalten könnte auch bei einer Resignation angenommen werden oder bei schwer depressiven Zuständen, doch wirke der Explorand in der Untersuchung weder resigniert noch schwer depressiv. Aufgrund seiner Beschreibungen des Tagesablaufes könnte vermutet werden, dass eine schwer depressive Störung vorliege, indem er sich passiv verhalte, keinen Aktivitäten nachgehe, eine Tendenz zu Ermüdbarkeit aufweise und sich hinlege, wobei auch anzunehmen sei, dass ihm eine Aufgabe fehle. Er gebe eine gedrückte Stimmung an, wirke aber in der Untersuchung stimmungsmässig nicht wesentlich beeinträchtigt. Er beklage sich über Freudlosigkeit und würde nie lachen, doch sei seine affektive Modulationsbreite durchaus erhalten und situationsadäquat. Es bestehe daher eine deutliche Diskrepanz. Rein aufgrund seiner subjektiven Angaben könnte eine mindestens mittelschwere depressive Störung angenommen werden, die allerdings nicht zum objektivierbaren Befund passe. Immerhin sei der Explorand in der Lage, sich um seinen Haushalt zu kümmern, er gebe auch an, dass er selbstständig einkaufe, eher rudimentär koche, er fühle sich auch in der Lage, selbstständig in die Türkei zu reisen, was doch eine Herausforderung wäre bei depressiven Zuständen. Es könne daher allenfalls eine eher leichtgradige depressive Störung angenommen werden. Kognitive Schwierigkeiten liessen sich nicht finden, eine deutliche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls ebenfalls nicht, auch nicht Schuldgefühle, wie dies vom behandelnden Psychiater angegeben werde. Es bestehe allerdings eine negativistische Haltung, wobei eine Passivität dominiere, Suizidgedanken könnten nicht eruiert werden, Schlafstörungen schienen teilweise aufzutreten, allerdings nicht durchwegs, und der Beschwerdeführer gebe einen verminderten Appetit an, wobei aufgrund seiner äusseren Erscheinung nicht davon ausgegangen werden könne, dass er stark an Gewicht abgenommen habe. Der Vorfall 2010, als er auf den Kopf geschlagen worden sei und sich die linke Hand an einem Messer verletzt habe, sei sehr eindrücklich gewesen. Der Explorand habe danach ärztlich behandelt werden müssen, respektive die Wunden hätten genäht werden müssen. Immerhin sei es ihm in der Folge wieder möglich gewesen, einer beruflichen Tätigkeit noch während knapp fünf Jahren nachzugehen. Dieser Vorfall habe ihn allerdings in der Folge massiv beschäftigt und habe auch dazu geführt, dass ihn der damalige Hausarzt an einen Psychiater überwiesen habe. Es handle sich dabei sicher um einen Vorfall, der aussergewöhnlich sei, doch habe keine lebensbedrohliche Situation oder Bedrohung bestanden, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Es träten auch nicht eindeutige Nachhallerinnerungen im Sinne von Flashbacks auf, doch der Explorand gebe an, dass er dauernd daran herumstudiere. Er träume auch nicht von diesem Vorfall. Es könne kein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit angenommen werden. Der Explorand sei in der Lage, über diesen Vorfall zu sprechen, ohne dass sich vegetative Begleiterscheinungen bemerkbar machten. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien demnach nicht erfüllt. Auch vom behandelnden Psychiater würden keine derartigen Angaben gemacht. Anlässlich der zwei Begutachtungen durch das B. ___ hätten keine derartigen Störungen festgestellt werden können. Auch heute liessen sich keine entsprechenden Kriterien finden. Es handle sich dabei allerdings zweifellos um einen belastenden Vorfall, der bis heute noch nicht genügend verarbeitet sei. Vom behandelnden Psychiater werde neu die Diagnose einer schizoaffektiven Störung in den Raum gestellt, ohne diese zu begründen. Bezüglich einer derartigen Störung bedürfe es sowohl

schizophrener als auch depressiver Symptome. Hinweise auf typische schizophrene Symptome könnten allerdings beim Exploranden nicht gefunden werden. Es bestehe einzig ein Gefühl von Bedrohtsein oder das Gefühl, teilweise verfolgt zu werden, was mit dem Vorfall von 2010 zusammenhänge. Es müsse auch bedacht werden, dass der Explorand die damaligen Angreifer heute noch teilweise sehe und das Gefühl habe, es werde über ihn gesprochen. Dies hänge allerdings auch damit zusammen, weil er den damaligen Vorfall nicht adäquat verarbeiten könne. Es bestehe daher ein realer Hintergrund, welcher das Bedrohungsgefühl erkläre, weswegen nicht von einer schizophrenieartigen Störung auszugehen sei. Sodann berichte der Explorand von panikartigen Zuständen, indem er plötzlich, ohne erkennbaren Grund, unter Ängsten leide, die jeweils mehrere Minuten dauern könnten und sehr oft aufträten. Es sei daher eine mögliche Panikstörung in Betracht zu ziehen, wobei unklar sei, inwieweit der Explorand tatsächlich dadurch beeinträchtigt sei, da seine Angaben diesbezüglich sehr diffus und ungenau seien. Des Weiteren begründet der Gutachter seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingehend und nachvollziehbar: Mittlerweile habe der Beschwerdeführer den Alkoholkonsum aufgegeben und es bestehe auch kein Dauerkonsum von Benzodiazepinen, welche offensichtlich erfolgreich hätten entzogen werden können. Trotz dieser Massnahmen könnten heute keine verstärkten Ängste beobachtet werden. Ganz im Gegenteil müsse heute festgestellt werden, dass die im Vorfeld aufgeführte generalisierte Angststörung sich nicht mehr begründen lasse. Es könne allenfalls noch eine Panikstörung angenommen werden. Auch die affektive Störung sei objektiv nicht festzustellen, es könne einzig aufgrund seiner subjektiven Angaben eine depressive Störung angenommen werden. In diesem Sinne sei eine Besserung eingetreten, allerdings keine Remission. Der heutige Zustand könne nicht ohne Weiteres mit seinen Angaben gedeckt werden. Der Explorand gebe an, dass er sich sehr passiv verhalte. Er kümmere sich wohl um den Haushalt und gehe einkaufen, er koche auch, ansonsten unternehme er kleine Spaziergänge und verbringe viel Zeit am Wasser, wo er angeblich sitze und warte und den Gedanken nachhänge. Weiteren Interessen gehe er nicht nach. Aufgrund des objektivierbaren Befundes wäre aber anzunehmen, dass er sich durchaus besser aktivieren könnte. Auch seine Angaben wirkten nur schwer nachvollziehbar, ein Leidensdruck könne nicht ohne Weiteres erkannt werden bei der Schilderung verschiedener Umstände, zudem seien seine Angaben sehr ungenau, diffus und müssten hinterfragt werden, es falle dem Exploranden ausserordentlich schwer, sich genauer zu erklären, auch wenn er dabei unterstützt werde. Es fänden sich demnach verschiedene Inkonsistenzen, die nicht allein mit der geringen Bildung und den sprachlichen Defiziten erklärt werden könnten. Er wirke zudem nicht glaubhaft, wenn er angebe, den Grund für die heutige Abklärung nicht zu kennen. Es sei demnach aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben und der Untersuchung anzunehmen, dass der Explorand in der Lage sei, Termine wahrzunehmen. Es könne kein Grund gefunden werden, weswegen er sich nicht an gewisse Regeln und Routinen halten könnte. Inwieweit der Explorand in der Strukturierung von Aufgaben eingeschränkt sei, sei unklar, es fänden sich zurzeit keine Anhaltspunkte dafür, um dies annehmen zu können. Er sollte auch fähig sein, sich verschiedenen Begebenheiten anzupassen. Fachliche Kompetenzen dürften wohl eher gering sein. Er sollte in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen oder sich ein Urteil zu bilden. Es könne allenfalls eine leicht eingeschränkte Durchhaltefähigkeit aufgrund der affektiven Störung und möglichen Angstkomponenten angenommen werden. Er könne sich gut selbst behaupten, wie auch in der Untersuchung festzustellen sei. Unklar sei, wieso sich der Explorand zurückziehe und keine Kontakte pflegen wolle, ausser zur Familie. Im

Kontaktverhalten wirke er nicht auffällig in der Untersuchung. Auch sei unklar, wieso er in der Gruppenfähigkeit eingeschränkt sein sollte. Zumindest pflege er die familiären Beziehungen. Er gehe, gemäss seinen Angaben, kaum irgendwelchen Aktivitäten nach und verhalte sich passiv, was aufgrund des Zustandes nicht erklärt werden könne. Auch während der Hospitalisation 2018 hätten damals keine wesentlichen Beeinträchtigungen angenommen werden können, der Explorand sei offensichtlich gut in der Lage gewesen, sich an den Therapiemassnahmen und weiteren Massnahmen zu beteiligen. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt, die Verkehrs- und Wegefähigkeit grundsätzlich erhalten. Es sei demnach sehr schwierig die Kriterien der Mini-ICF-APP zu beurteilen, da die Angaben des Exploranden teilweise hinterfragt werden müssten und nicht mit dem objektivierbaren Zustand korrelierten. Aufgrund der depressiven Störung sei der Explorand vermindert belastbar, er dürfte auch verlangsamt sein, er habe Mühe, sich ganztags genügend auf eine Aufgabe zu konzentrieren, er sollte nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Er benötige teilweise Erholungsmöglichkeiten. Aufgrund der heute anzunehmenden Angststörung im Sinne von Panikattacken, sei der Explorand im Moment einer Panikattacke nicht in der Lage, sich genügend auf eine Aufgabe zu fokussieren. Er müsse eine Pause einlegen können, nach seinen Beschreibungen von der Dauer von etwa 10 - 15 Minuten. Der Explorand sei in der Lage, eine Tätigkeit durchzuführen, wo er keine Alleinverantwortung übernehmen müsste, die Arbeit müsse daher klar vorgegeben sein, dürfe nicht komplex sein, monotone Arbeiten seien daher zu bevorzugen, er sollte sich nicht immer wieder neuen Situationen anpassen müssen und könne nicht unter Zeitdruck arbeiten. Es sei demnach eine Tätigkeit als Reinigungsarbeiter möglich. Aufgrund der psychischen Störung sei er darauf angewiesen, Pausen einlegen zu können, er benötige Erholungsraum, weswegen eine Einschränkung von etwa einer Stunde im Tag anzunehmen sei, was einem prozentualen Anteil von etwa 12 % entspreche. Weiterhin sei anzunehmen, dass der Explorand etwas verlangsamt sein dürfte aufgrund der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten über den Tag, was einem Umfang von etwa 8 % entspreche, wodurch insgesamt von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei in einer ähnlichen Tätigkeit wie bisher. Es sei anzunehmen, dass sich die Störung bei jeder Tätigkeit auswirke, weswegen auch bei einem adaptierten Arbeitsplatz nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter sodann aus, aus gutachterlicher Sicht sei noch im Juli 2018 die Meinung vertreten worden, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Verlauf sei dann im Juli 2019 die Meinung vertreten worden, dass eine Arbeit zu 50 % begonnen werden könnte mit langsamer Steigerung bis wieder zur vollen Leistungsfähigkeit. Es sei demnach anzunehmen, dass aufgrund der Angaben in den Unterlagen ab April 2016 aus psychiatrischer Sicht, eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die schon vorgängig pauschal angegebene Arbeitsunfähigkeit ab 2013 könne nicht nachvollzogen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit habe bis Juli 2019 bestanden, wo eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen worden sei mit langsamer Steigerungstendenz von 10 % pro Monat, was heisse, dass bis Ende 2019 theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit resultieren könnte. Aufgrund der heutigen Untersuchung müsse allerdings eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden, die seither persistiere. Dies sowohl in der angestammten wie auch für jegliche alternative Arbeit. 7.2 Nachfolgend ist sodann wiederum zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der durchzuführenden Indikatorenprüfung schlüssig erscheint (bezüglich der Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien wird zwecks Vermeidung unnötiger Wiederholungen auf

E. II. 6.1.3.2 hiervor verwiesen). Bezüglich des Indikators Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, es könne allenfalls eine eher leichtgradige depressive Störung angenommen werden. Kognitive Schwierigkeiten liessen sich nicht finden, eine deutliche Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles ebenfalls nicht, auch nicht Schuldgefühle, wie dies vom behandelnden Psychiater angegeben werde. Zudem berichte der Explorand von panikartigen Zuständen, indem er plötzlich, ohne erkennbaren Grund, unter Ängsten leide, die jeweils mehrere Minuten dauern könnten und sehr oft aufträten. Es sei daher eine mögliche Panikstörung in Betracht zu ziehen, wobei unklar sei, inwieweit der Explorand tatsächlich dadurch beeinträchtigt sei, da seine Angaben diesbezüglich sehr diffus und ungenau seien. Der Schweregrad der Störung müsse relativiert werden. Immerhin sei der Explorand in der Lage, zumindest den Alltag selbstständig zu gestalten, auch wenn er sich nicht sehr aktiviere, doch benötige er keine Hilfen. Er sei auch in der Lage, eine längere Reise zu unternehmen und könne auch Termine wahrnehmen. Wesentliche Einschränkungen im Alltag seien demnach nicht vorhanden. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit festzuhalten, dass die diagnoserelevanten Befunde eher geringgradig ausgeprägt sind. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, der Explorand habe sich bisher an den Therapiemassnahmen beteiligt, wobei im ambulanten Rahmen nie intensive Therapiemassnahmen durchgeführt worden seien. Immerhin habe er von den stationären Massnahmen profitiert, weswegen es sinnvoll sein dürfte, nochmals stationäre Massnahmen in Erwägung zu ziehen oder allenfalls eine tagesklinische Behandlung, solange er keiner Arbeit nachgehe. Die Erfahrung habe aufgezeigt, dass er von derartigen Massnahmen profitieren könnte. Theoretisch wäre es zudem sinnvoll berufliche Massnahmen durchzuführen, da der Explorand mittlerweile einer Arbeit entwöhnt sei. Derartige Massnahmen seien ihm grundsätzlich zuzumuten. Der Explorand lehne aber derartige Massnahmen ab und fühle sich nicht in der Lage, diese zu befolgen, er könne aber keinen nachvollziehbaren Grund dafür angeben. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegt beim Beschwerdeführer keine Behandlungsresistenz vor. Ebenso muss gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine IV-relevante Eingliederungsresistenz verneint werden. Betreffend den Indikator der Komorbidität führte der Gutachter aus, wesentliche Komorbiditäten könnten nicht gefunden werden, im Vordergrund stehe der psychische Zustand. Es bestehe eine depressive Symptomatik überlagert mit aktuell Panikzuständen, deren Ausmass relativiert werden müsse. Die in der Vergangenheit festgestellte generalisierte Angststörung könne heute nicht mehr vorgefunden werden, die Kriterien für eine mittelschwere oder schwere depressive Störung seien nicht erfüllt, eine weitergehende zusätzliche psychiatrische Störung könne nicht vorgefunden werden. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit das Vorliegen von relevanten Komorbiditäten zu verneinen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, bezüglich der Persönlichkeitsstruktur könnten keine wesentlichen Auffälligkeiten eruiert werden. Es müsse allerdings bedacht werden, dass der Explorand eine sehr geringe Bildung aufweise, er spreche die hiesige Sprache nicht genügend und könne sich nicht ohne Hilfe mitteilen, es falle auf, dass er sehr ungenaue und verallgemeinernde Angaben mache, so dass wiederholt nachgefragt werden müsse. Er wirke im Verhalten nicht übermässig ängstlich oder eingeschüchtert, allenfalls könne aufgrund seiner subjektiven Angaben eine ängstliche Grundhaltung angenommen werden. Es falle auf, dass der Explorand kaum Angaben zum Beziehungserleben machen könne,

respektive darüber, wie ihn seine Ehefrauen erlebt hätten und weswegen sie sich von ihm getrennt hätten, er wirke dabei eher etwas passiv und zurückhaltend und meine, dass er dies akzeptiert habe, weil sie dies so gewollt hätten. Der Explorand hinterlasse dadurch insgesamt einen passiven, unselbstständigen Eindruck, was allerdings nicht ausreiche, um eine gravierende Persönlichkeitsproblematik annehmen zu können. Mittlerweile sei die Trennung von der zweiten Frau erfolgt, die anlässlich der ersten Begutachtung noch nicht ein Thema gewesen sei. Diese Veränderung schein den Exploranden allerdings nicht sehr zu belasten, er gebe ja auch an, dass sich in seinem gesamten Verhalten und Tagesablauf über die Jahre nichts verändert habe. Nicht klar sei, wieso sich der Explorand derart im sozialen Bereich zurückziehe, auch sich kaum um Kontakte mit seinen Kindern bemühe. Immerhin telefoniere er regelmässig mit seinen Geschwistern und seiner Mutter, er besuche sie auch einmal jährlich in der Türkei, was darauf hinweise, dass ein gewisser Bedarf an familiären Kontakten bestehe. Im Vordergrund stehe aktuell die psychosoziale Problematik. Mittlerweile sei der Explorand zum zweiten Mal geschieden, die Familie habe sich von ihm abgewandt, was in seiner Kultur als Versagen gedeutet werde. Er sei in der Vergangenheit bedroht worden und es sei das rechtliche Verfahren eingestellt worden, weil er die Anzeige zurückgezogen habe, wodurch er keine Genugtuung erhalte. Er sei mittlerweile verschuldet. Er weise kaum eine Bildung auf, nur eine rudimentäre Schulbildung, könne die hiesige Sprache nicht genügend und sei mangelhaft integriert, er benötige auch Unterstützung durch seine Familie. Mit diesen Voraussetzungen seien die Aussichten schlecht, auch wenn er versuchen würde einer Arbeit nachzugehen. Er werde sich kaum von den Schulden erholen können und würde sich als abgestempelt behandelt fühlen. Es sei deshalb anzunehmen, dass auch motivationelle Faktoren eine grosse Rolle spielten. Es ist demnach beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt sowohl von negativen als auch von positiven Ressourcen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen. Bezüglich des Indikators einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) ist auf die unter E. II. 7.1 hiervor aufgeführte Zusammenfassung der gutachterlichen Erwägungen zu verweisen. Daraus geht hervor, dass der Schweregrad der Störung relativiert werden müsse. Immerhin sei der Explorand in der Lage, zumindest den Alltag selbstständig zu gestalten, auch wenn er sich nicht sehr aktiviere, doch benötige er keine Hilfen. Er sei in der Lage, eine längere Reise zu unternehmen und könne auch Termine wahrnehmen. Wesentliche Einschränkungen im Alltag seien demnach nicht vorhanden. Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerden das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachtenszeitpunkt nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig einschränkten. Hinsichtlich des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» hielt der Gutachter fest, intensive Therapiemassnahmen seien im ambulanten Rahmen nie durchgeführt worden, wie aufgrund der Angaben zur ersehen sei. Es seien Konsultationen in der Frequenz von zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen erfolgt, nach den Angaben des Exploranden, jeweils von 10 - 15 Minuten Dauer. Dies reiche allenfalls dazu, kurz einige Fragen zu stellen, doch nicht um eigentliche Therapiemassnahmen durchzuführen. Es könne die medikamentöse Therapie abgeschätzt und eine Verordnung erstellt werden. Verhaltenstherapeutische Massnahmen würden keine durchgeführt, was angesichts der Situation indiziert wäre. Immerhin habe sich der Explorand an den stationären Therapiemassnahmen beteiligt, wo ein Entzug der Benzodiazepine durchgeführt worden sei. Der Explorand habe von diesen Massnahmen profitiert und habe in deutlich

gebessertem Zustand entlassen werden können, was darauf hinweise, dass er durch geeignete Behandlungsmassnahmen durchaus profitieren könne. Es wäre demnach auch zu erwarten, dass er bei geeigneten ambulanten oder allenfalls halbstationären Massnahmen profitieren könnte. Diese Therapiemassnahmen zeigten zudem auch auf, dass der Leidensdruck wohl nicht derart massiv sei, als der Explorand intensivere Hilfe möchte und unterstütze die vorangegangene Überlegung, dass er hauptsächlich gekränkt sei durch den damaligen Vorfall. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit von einem nicht allzu grossen Leidensdruck auszugehen. 7.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt, womit die psychiatrische Beurteilung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Sodann ist auch die von Dr. med. E. ___ in seinem Gutachten vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Vorakten schlüssig (s. S. 29 hiervor). Zwar stützt sich Dr. med. E. ___ bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit unter anderem auf die beiden B. ___-Gutachten, wobei das zweite Gutachten vom 3. Juli 2019 – wie vorstehend ausgeführt – nicht beweismässig ist. Der von Dr. med. E. ___ aus dem B. ___-Gutachten übernommene Verlauf der Arbeitsfähigkeit mit einer Verbesserung ab der B. ___-Begutachtung vom 8. April 2019 ist aber vertretbar, da sich eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung nachvollziehbar aus den Akten sowie den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. E. ___ ergibt. Demnach ist von folgendem Verlauf auszugehen: Ab April 2016 - April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 8. April 2019 (Zeitpunkt der Begutachtung im B. ___) bis Ende 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die vom Gutachter angenommene Steigerungstendenz der Arbeitsfähigkeit – ab 50 % monatlich 10 % – ab Juli 2019 erscheint auf dem Arbeitsmarkt jedoch nicht realistisch umsetzbar, weshalb vorliegend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bis Ende 2019 ausgegangen wird. Die Begutachtung im B. ___ fand zwar bereits am

E. 8

8.1 Wie aus dem Gutachten von Dr. med. E. ___ hervorgeht, ist der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Reinigungsarbeiter als auch in einer ideal angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Somit basiert sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Lohnbasis, weshalb auf den Bezug konkreter Tabellenlöhne verzichtet werden kann, da die attestierte Arbeitsunfähigkeit dem Invaliditätsgrad entspricht, dies vorbehältlich eines allfälligen leidensbedingten Abzugs (s. E. II. 8.2 hiernach).

8.2 Mit einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25

% nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 45 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 12) und somit im tiefsten Kompetenzniveau nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12). Zudem ist die geltend gemachte fehlende Ausbildung invaliditätsfremd und damit nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Sodann ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 80 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 75 - 89 % durchschnittlich sogar (hochgerechnet) mehr als Männer in einem Vollpensum, womit sich diesbezüglich kein Abzug rechtfertigt. Zudem führt ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ auch eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt jedenfalls dort rechtsprechungsgemäss nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn, wo ■ wie hier ■ als Invalidentätigkeiten Hilfstätigkeiten im Kompetenzniveau 1 in Frage kommen (vgl. etwa Urteile 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2, 8C_59/2019 vom 17. Mai 2019 E. 5.5).

Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Dies kann jedoch ohne Weiteres verneint werden, da dem Beschwerdeführer aus psychischen Gründen auch die bisherige Tätigkeit ■ wenn auch nur noch in einem 80%-Pensum ■ weiterhin zumutbar ist. Weitere somatisch bedingte Beschwerden, welche das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers in relevanter Weise einschränken würden, sind nicht ersichtlich. Zudem wurden die vom Beschwerdeführer aus dem psychiatrischen Gutachten zitierten Einschränkungen vom Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen und sind demnach beim leidensbedingten Abzug nicht noch einmal zu berücksichtigen. Im Übrigen umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen).

9. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers wie folgt festzulegen: Nach Ablauf des Wartejahrs ab April 2017 - April 2019 100 %, ab

Mai - Dezember 2019 50 %, ab Januar 2020 20 %. Somit hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung, dass er sich erst am 12. September 2017 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet hat und damit ein Anspruch auf eine Invalidenrente frühestens 6 Monate danach entstehen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG), sowie unter Berücksichtigung der Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV folgende Rentenansprüche: Vom 1. März 2018 bis 31. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Rente; vom 1. August 2019 bis 31. März 2020 Anspruch auf eine halbe Rente; ab 1. April 2020 kein Rentenanspruch.

10. Die Beschwerde ist demnach im Sinne obiger Erwägungen teilweise gutzuheissen.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Ergänzend ist anzufügen, dass der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, für sich allein noch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung begründet (Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt in 8C_194/2016 vom 14. Juni 2016 E. 4.2 und 8C_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5).

Im vorliegenden Fall verlangte der Beschwerdeführer in der Hauptsache die Weiterausrichtung der ganzen Rente. Die Beschwerde wird aber lediglich teilweise gutgeheissen, indem die ganze Rente per 31. Juli 2019 auf eine halbe Rente herabgesetzt und ab 1. April 2020 aufgehoben wird. Gegenüber der angefochtenen Verfügung resultiert ein zusätzlicher Anspruch auf eine halbe Rente für die Zeit vom 1. August 2019 bis 31. März 2020. Diese Konstellation allein rechtfertigt gemäss vorgenannter Rechtsprechung zwar keine Reduktion der Parteientschädigung. Eine Reduktion findet aber statt, wenn die teilweise Abweisung den zeitlichen Aspekt betrifft, also statt der beantragten unbefristeten eine befristete Rente zugesprochen wird. Diesfalls wird gekürzt, soweit das weitergehende (und eben abgewiesene) Rechtsbegehren den Aufwand des Anwalts erhöht hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 sowie 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Rente bis Ende Juli 2019 zugesprochen. Er verlangt eine unbefristete ganze Rente. Im vorliegenden Urteil wird dem Beschwerdeführer nun zusätzlich eine halbe Rente zu vom 1. August 2019 bis 31. März 2020 zugesprochen. Er unterliegt also für diesen Zeitraum quantitativ, aber dann vor allem auch zeitlich, weil die Rente befristet wird. Es ist davon auszugehen, dass der Aufwand des Vertreters des Beschwerdeführers geringer ausgefallen wäre, wenn nur zusätzlich eine halbe Rente vom 1. August 2019 bis 31. März 2020 verlangt worden wäre. Somit rechtfertigt es sich die Parteientschädigung um die Hälfte zu kürzen.

Zudem sind im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopie an den Klienten; Fristerstreckungsgesuch, Einreichung der Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann wird in beiden Kostennoten je 1 Stunde für Nachbearbeitung geltend gemacht, wovon 1 Stunde zu streichen ist. Schliesslich handelt es sich bei der Position «Studium Verfügung Gericht» vom 27. Oktober 2020 um keine komplexe Verfügung, weshalb der diesbezügliche Aufwand praxisgemäss nicht vergütet wird. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung somit auf CHF 2'102.80 festzusetzen (14.5 Stunden zu CHF 260.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 134.90 und MwSt; davon die Hälfte).

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im Lichte des vorliegenden Verfahrensausgangs haben der Beschwerdeführer an die Verfahrenskosten CHF 400.00 und die Beschwerdegegnerin CHF 200.00 zu bezahlen. Der Rest des vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschusses von CHF 200.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

10.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. E. ___ vom 1. September 2021 von CHF 4'600.00 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.