

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.52 vom 27. Januar 2020

SO Obergericht, 2020-01-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.52](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.52)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.52 du 27 janvier 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.52 del 27 gennaio 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1960 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 22. September 1997 als Rüster/Kommissionierer bzw. Lagermitarbeiter beim B.\_\_\_\_, [...]. Am 11. November 2003 löste der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis fristlos auf (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 10). In der Folge meldete sich der Beschwerdeführer am 29. Juni 2004 wegen psychischer Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 8). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) lehnte daraufhin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 2. Februar 2005 ab (IV-Nr. 15). Nach erhobener Einsprache veranlasste die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Mai 2005 eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 29). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit rechtskräftigem Urteil vom 27. Oktober 2006 ab (VSBES.2005.215; IV-Nr. 45 S. 2 ff.). Die vorerwähnte psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_ wurde in der Folge am 19. Januar 2007 durchgeführt (Gutachten vom 30. Januar 2007; IV-Nr. 51). Mit Einspracheentscheid vom 27. April 2007 hiess die Beschwerdegegnerin die Einsprache des Beschwerdeführers gut, hob die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2005 auf und stellte aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 76 % einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2004 fest (IV-Nr. 56). Mit rechtskräftigen Verfügungen vom 3. Oktober 2007 wurde dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente (sowie zwei entsprechende Kinderrenten) rückwirkend ab 1. Oktober 2004 zugesprochen (IV-Nr. 62).

1.2 Im Mai 2009 nahm die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen eine eingliederungsorientierte Rentenrevision vor (IV-Nr. 70). Daraufhin veranlasste sie am 3. August 2009 ein weiteres psychiatrisches Gutachten erneut bei Dr. med. C.\_\_\_\_, welches am 7. Februar 2011 erstattet wurde (Untersuchung vom 21. September 2010; IV-Nr. 76 und 84.1). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Invalidenrente mit Verfügung vom 20. September 2011 auf Ende Oktober 2011 ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Gutachten vom 30. Januar 2007 eingetreten (IV-Nr. 101). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 28. August 2013 ab (VSBES.2011.269; IV-Nr. 121 S. 2 ff.).

1.3 Am 23. März 2017 (Eingang bei der IV-Stelle: 8. Juni 2017) meldete sich der Beschwerdeführer wegen einer Depression und eines Krebsleidens erneut bei der IV zum Leistungsbezug an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-Nr. 124). Am 27. Juli 2017 veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung bei den D.\_\_\_\_, [...] (Gutachten vom 20. Februar 2018; IV-Nr. 141 und 144). Vom 3. Oktober bis 7. November 2018 hielt sich

der Beschwerdeführer zur Behandlung seines psychischen Leidens in den D.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 161 S. 4 ff.). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 22. Oktober 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 24. Oktober 2018, IV-Nr. 155.1). Am 23. November 2018 nahm der RAD zum vorerwähnten Gutachten Stellung (IV-Nr. 158). Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin am 20. März 2019 eine bidisziplinäre (psychiatrische und neuropsychologische) Begutachtung im F.\_\_\_\_ GmbH), [...] (im Folgenden: F.\_\_\_\_), welche am 18. Juni 2019 durchgeführt wurde (Gutachten vom 26. August 2019, IV-Nr. 164 und 167.1). Nach der Konsultation des RAD (IV-Nr. 172) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-Nr. 173 S. 2 ff.) lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 15 % mit Verfügung 27. Januar 2020 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer in einer geeigneten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig und könne demnach ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften (IV-Nr. 174; Aktenseiten [A.S.] 1 f.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG)

gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

## **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen. 4. Es sei dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. April 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde in allen Punkten (A.S. 24). 2.3 Mit Verfügung vom 7. Oktober 2020 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 25 f.). 2.4 Mit Eingabe vom 19. Oktober 2020 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht weitere Unterlagen (Beschwerdebeilagen [BB] 1 und 2 [Urkunden Nr. 7 und 8]) einreichen (A.S. 28 f.). 2.5 Am 13. Januar 2021 werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vorgeladen, an der die Parteivorträge angehört werden. Der Beschwerdegegnerin wird das Erscheinen freigestellt (A.S. 31 f.). 2.6 Am 7. April 2021 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 7. April 2021, A.S. 34 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin rechtsgenügend abgeklärt wurde, die Mitwirkungs- und Partizipationsrechte im Zusammenhang mit der Begutachtung im F. \_\_\_ bei Dr. med. F. \_\_\_ verletzt wurden und ob seit der rechtskräftigen Verfügung vom 20. September 2011 eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 27. Januar 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2.

## **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE

134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff., vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 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 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 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 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim

bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

5. Wie erwähnt, ist neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungsge- such und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbeeinflussenden Tatsachenänderung geprüft wird, andererseits (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 457 Rz. 122). Im vorliegenden Fall ist der aktuelle medizinische Sachverhalt mit demjenigen im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 20. September 2011 (IV-Nr. 101) zu vergleichen. Die Beschwerdegegnerin stellte damals primär auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2011 (IV-Nr. 84.1) ab. Darin diagnostizierte der psychiatrische Gutachter eine Dysthymia (F34.1) bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4), und bei Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.22) sowie ein Abhängigkeitssyndrom von Tabak, gegenwärtig abstinente, Teilremission (F17.201), und hielt im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen fest, die Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht mehr erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Die Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 und die damit verbundenen Defizite begründeten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Fall des Beschwerdeführers keine relevante (mehr als 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr. Die bisherige Tätigkeit sei ganztags zumutbar. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr könne aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ab 21. September 2010 in der angestammten Tätigkeit nicht mehr begründet werden. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Vergleich zum Januar 2007 könne aufgrund der aktuellen Untersuchung objektiviert werden. Die Verwertung der Arbeitsfähigkeit in einem körperlich angemessenen Tätigkeitsbereich sei medizinisch-theoretisch möglich und zumutbar. Eine entsprechende Willensanstrengung sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zuzumuten. Auch eine angepasste Verweistätigkeit sei vollumfänglich zumutbar. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr könne aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ab 21. September 2010 in Verweistätigkeiten nicht mehr begründet werden (IV-Nr. 84.1 S. 7 ff.). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Invalidenrente mit Verfügung vom 20. September 2011 auf Ende Oktober 2011 ein (IV-Nr. 101). Auf die dagegen erhobene Beschwerde hin hielt das Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 28. August 2013 (VSBES.2011.269; vgl. IV-Nr. 121 S. 2 ff.) im Wesentlichen Folgendes fest (S. 19 f., E. II. 6.5 ff.):

6.5 ( ) Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat sich somit zwischen der erstmaligen Zusprache der ganzen Rente am 3. Oktober 2007 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 20. September 2011 wesentlich verbessert. Es liegt kein medizinisches Substrat mehr vor, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich beeinträchtigt. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die Rente zu Recht aufgehoben.

6.6 An der Parteiverhandlung hat der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gesässchirurgie des G.\_\_\_\_ eingereicht. Dieser Bericht datiert vom 27. Mai 2012, also rund 20 Monate nach dem die Grenze des Beurteilungszeitraums bildenden Datum der angefochtenen Verfügung. Die dort als Nebendiagnose aufgeführte

Depression lässt keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu. Sie ist zudem nicht fachärztlich gestellt und ein Schweregrad ist nicht angegeben worden.

7. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet; sie ist abzuweisen.

6. Der im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren bestehende aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 11. Februar 2017 folgende Diagnosen fest: Rezidivierende depressive Störung aktuell mittleren Grades mit somatischen Syndrom (F33.11) und generalisierte Angststörung (F41.1). Im Weiteren legte er im Wesentlichen dar, es sei eine Verschlechterung des psychischen Zustands des Patienten sei ungefähr 9 Monaten festzustellen. Es handle sich hier um eine seit Jahren bestehende Krankheit ohne Besserung und sogar mit einer Verschlimmerung der depressiven Symptome, wobei keine andauernde Remission erkennbar sei. Eine psychiatrische und pharmakologische Behandlung alle zwei bis drei Wochen sei angezeigt. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von zwischen 70 und 100 % für eine lange Zeit (IV-Nr. 131). Im Bericht vom 12. Juli 2017 attestierte Dr. med. H.\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2013 (IV-Nr. 136 S. 5 ff.).

6.2 Die begutachtenden Ärzte der D.\_\_\_\_ [...] (Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt; Dr. med. J.\_\_\_\_) stellten in ihrem Gutachten vom 20. Februar 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10 F33.2), Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), Vd.a. anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1), Vd.a. Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (Benzodiazepine und Z-Substanzen; ICD-10 F13.2). Zu den Wechselwirkungen der Diagnosen wurde dargelegt, der langjährige regelmässige Gebrauch der Hypnotika könne die Angstsymptomatik mit der Folge eines weiteren Vermeidungsverhaltens aufrechterhalten sowie eine Schlafstörung ungünstig beeinflussen. Dies bedeute insgesamt eine ungünstige Auswirkung sowohl auf die depressive Episode als auch auf die generalisierte Angststörung. Zusammenfassend wurde festgehalten, ob die gegenwärtige (und bisherige) psychotherapeutische Behandlung des Exploranden lege artis sei, könne aufgrund fehlender Auskunft des Therapeuten nicht beurteilt werden. Für den Exploranden werde ein teilstationäres Behandlungssetting empfohlen. Eine teilstationäre Behandlung könnte unterstützend zum Erhalt einer Tagesstruktur dienen und die regelmässige Überprüfung der Belastbarkeit erlauben. Ein weiterer Vorteil wäre der Aufbau von sozialen Kontakten, was sich auf eine Wiedereingliederung im Verlauf positiv auswirken könnte. In der Gesamtschau bestehe ein maximal chronifiziertes depressives Zustandsbild, welches wesentlich durch psychosoziale Faktoren aufrecht erhalten werde. Diese seien soziale Isolation, niedriger Sozialstatus, fehlende geordnete Tagesstruktur sowie ungenügende Fähigkeiten, am sozialen Leben teilzunehmen. Die genannten Faktoren würden durch die Angststörung und das depressive Syndrom unterhalten. Das kränkende und erniedrigende Erlebnis des Scheiterns der Ehe und der Verlust der Familienstruktur ■ insbesondere im soziokulturellen Kontext des Exploranden ■ gerade in einer fremden Umgebung habe zu einem fehlenden Zugehörigkeitsgefühl geführt. Hierbei hätten Verinnerlichungsprozesse (Anpassung der sozialen Rolle) und Aneignung wirkungsvoller Bewältigungsstrategien versagt. Statt das «Neue» anzunehmen, sich zu identifizieren, sei auf das «Verlorene»

zurückgegriffen worden, um sich damit mehr und regressiver zu identifizieren. Der Explorand vermöge offenbar seit Jahren nicht, die soziokulturelle Herausforderung (soziale Integration, Sprachfähigkeiten) anzunehmen, wahrscheinlich insgesamt «Neues» anzunehmen. Somit sollten die erwähnten Behandlungsoptionen stets im Kontext der gegenwärtig gegebenen sozialen Fähigkeiten des Exploranden und der tatsächlichen Behandlungsmotivation angeboten werden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, gegenwärtig bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Explorand habe vor dem Jahr 2003 in diversen Betrieben zu 100 % mindestens über 10 Jahre als Hilfsarbeiter gearbeitet. Ein gelernter Beruf sei nicht vorhanden. Die lange Dauer der bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie das Alter seien für eine Wiederaufnahme im ersten Arbeitsmarkt eine grosse Herausforderung. Prognostisch sei bei maximaler Chronifizierung eher von einer ungünstigen Ausgangslage auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dahingehend beurteilt, in der Zusammenschau aller erhobenen Befunde sei von einer schweren Depression mit chronifiziertem Verlauf auszugehen. Eine prognostische Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit sei eher ungünstig. Aktuell bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Intensivierung bzw. Anpassung des Behandlungskonzepts sei indiziert (IV-Nr. 144).

6.3 Der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juli 2018 kann entnommen werden, das vorerwähnte Gutachten erscheine ungewöhnlich gegliedert, sorgfältig, in Kenntnis der Vorakten erstellt, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, allerdings in der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes (wie Psychopathologie, Anamnese) und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit zunächst nur unter Vorbehalten nachvollziehbar. Das Gutachten widme der Diskussion IV-fremder Faktoren, der gebotenen Überprüfung der medikamentösen Behandlungsadhärenz (bei therapeutischer Stagnation) und der Durchführung eines Drogenscreenings weniger Aufmerksamkeit. So fehlten wesentliche versicherungsmedizinisch relevante Informationen, die zur validen Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten einerseits und für ein Abstellen auf die Einschätzungen des Gutachtens andererseits erforderlich wären. Insbesondere die eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der diagnostischen Einschätzungen relativiere die sonstigen Aussagen des Gutachtens. Schliesslich könnten auch die Empfehlungen des Gutachters zur Behandlungsintensivierung nicht überzeugen. Eine tatsächlich schwergradige depressive Symptomatik bedürfe einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und eventuell erst danach in zweiter Linie einer tagesklinischen Anschlussbehandlung, da schwer Depressive in aller Regel mit der Fähigkeit, ihren Alltag (an Abenden und Wochenenden) selbst strukturieren zu müssen, überfordert seien. Ein Mini-ICF-P sei nicht erstellt worden. Häufiger seien hingegen subjektive Angaben des Versicherten als Befunde übernommen worden. Eine Laborkontrolle der Medikamentenspiegel zum Nachweis der medikamentösen Adhärenz bzw. ein Screening zum Suchtmittelkonsum (neben Benzodiazepin und Z-Hypnotika sei auch «gelegentlicher» Cannabiskonsum vom Versicherten angegeben worden) sei nicht durchgeführt worden. Dies obwohl bekannt sei, dass unter Einfluss psychotroper, Abhängigkeit erzeugender Stoffe eine valide Beurteilung psychiatrischer Diagnosen und eines psychischen Gesundheitszustandes erschwert bis kaum möglich sei. Auch eine verlässliche Aussage über die Behandlungsadhärenz (und damit die Kooperation) des

Versicherten könne so nicht gemacht werden. Schliesslich seien die vom RAD empfohlenen Fragen zum Zeitpunkt der relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten von den Gutachtern nicht beantwortet worden, weshalb dem RAD zur Frage des Zeitpunktes des Eintretens der relevanten Veränderung im Gesundheitszustand des Versicherten nur die allgemeine Aussage möglich sei, dass eine (zumindest vorübergehende) Verschlechterung ausgewiesen erscheine. Valide Aussagen seien allerdings zum Beginn, zu Auslösern und Hintergründen nicht möglich. Aus Sicht des RAD weise das Gutachten der D.\_\_\_\_ [...] versicherungspsychiatrisch Mängel in relevanten Kernfragen (insbesondere Diagnosen und deren Herleitung) auf und gebe keine Antworten auf zentrale Fragestellungen des Rechtsanwenders. Darunter leide die gesamte Nachvollziehbarkeit und Verwertbarkeit des Gutachtens in einem nicht unerheblichen Ausmass. Aus Sicht des RAD sei daher, neben der Option der Rückfrage an den Gutachter, letztlich auch die Option einer erneuten Begutachtung an anderer Stelle (am besten psychiatrisch-neuropsychologisch) zu prüfen. Da keine Antwort der begutachtenden Stelle eingegangen sei, werde eine Neubegutachtung empfohlen (IV-Nr. 148; vgl. auch Aktennotiz vom 24. Juli 2018, IV-Nr. 149).

6.4 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 24. Oktober 2018 (Untersuchung vom 22. Oktober 2018) im Wesentlichen fest, der Assistenzarzt der D.\_\_\_\_ [...] habe bestätigt, dass der Explorand sich seit dem 3. Oktober 2018 in stationärer psychiatrischer Behandlung befinde und man von einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom bis schwerer depressiver Episode ausgehe. Eine Verbesserung des Zustandes habe bis anhin nicht erreicht werden können. Eine Urinproben-Untersuchung bei Eintritt sei negativ bezüglich illegaler Substanzen gewesen. Man gehe jedoch davon aus, dass zumindest ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und auch eine Benzodiazepin-Abhängigkeit vorliege, da anfänglich deutliche Entzugssymptome während eines Benzodiazepin-Entzuges und unter Alkoholabstinenz aufgetreten seien. Es werde versucht, eine Tagesstruktur und eine Psychiatrie-Spitex zu organisieren.

Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom bis schwergradige Episode (ICD-10: F32.11-2)». Die weiteren gestellten Diagnosen (Benzodiazepinabhängigkeit, ggw. abstinent aber in beschützender Umgebung [ICD-10: F13.21]; Schädlicher Gebrauch von Alkohol [ICD-10: F10.1]; Schädlicher Gebrauch von Cannabis [ICD-10: F11.1]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, beim Exploranden sei ungefähr im Jahr 1996 ein Magenkarzinom aufgetreten, welches operativ, chemotherapeutisch und strahlentherapeutisch habe behandelt werden müssen. Aufgrund der Aussagen des Exploranden könne davon ausgegangen werden, dass sich damals erstmalige depressive Symptome gezeigt hätten. In der Folge sei es im Jahr 2003 für den Exploranden überraschend zur Trennung von der Ehefrau gekommen. Die Gründe seien ihm nie bekannt geworden. Die Ehefrau habe nochmals geheiratet und die beiden Kinder (geboren 1986 und 1992) zu sich genommen. Aus diesem Grund lebe der Explorand seit dem Jahr 2003 in einer 1-Zimmer-Mietwohnung. Durch die Trennung von der Ehefrau im Jahr 2003 habe sich die zweite depressive Episode ereignet, welche auch zur Aufnahme der aktuellen ambulanten psychiatrischen Behandlung

geführt habe. In der Folge sei der Explorand nicht mehr arbeitsfähig gewesen und habe seither nicht mehr gearbeitet. Im Jahr 2006 sei er zweimalig psychiatrisch hospitalisiert worden aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Aktuell sei der Explorand in stationärer Behandlung. Es sei vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom bis schwergradige Episode (ICD-10: F33.11-2) auszugehen. Dies, da beim Exploranden Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Grübeln, eine deutliche Anhedonie mit einer aufgehobenen affektiven Schwingungsfähigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Ängste, eine deutliche Reduktion des Antriebs und der Interessen und eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Reduktion des Appetits, Einschlafstörungen und eine Reduktion der Libido vorhanden seien. Dies sei auch in der aktuell durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung bestätigt worden. Des Weiteren müsse vom Bestehen einer Benzodiazepin-Abhängigkeit, ggf. abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F13.21) ausgegangen werden, da der Explorand bereits seit vielen Jahren von seinem ambulanten Psychiater mit Temesta und Imovane mediziert worden sei und aktuell im Rahmen der aktuellen stationären Behandlung deutliche Entzugssymptome aufgetreten seien. Ebenfalls sei vom Vorliegen eines zumindest schädlichen Gebrauchs von Alkohol (ICD-10: F10.1) und Cannabis (ICD-10: F11.1) auszugehen. Gemäss seinen Aussagen konsumiere der Explorand beide Substanzen zur Linderung psychischer Symptome. So konsumiere er Alkohol vor allem beim Aufkommen von Angst und Cannabis bei Schlafstörungen. Auch der Benzodiazepin-Konsum werde als Reaktion auf Ängste und Schlafstörungen interpretiert. Somit sei davon auszugehen, dass die Substanzmissbräuche (Benzodiazepine, Alkohol und Cannabis) sekundär als Reaktion auf die depressive Störung eingetreten und als dysfunktionaler Therapieversuch des Exploranden zu werten seien. Sicherlich seien die Substanzmissbräuche einer Remission der depressiven Episode nicht förderlich, weshalb eine suchtspezifische Behandlung ebenfalls erfolgen sollte.

Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter aus, das Vorliegen einer generalisierten Angststörung könne zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der Schwere der depressiven Episode nicht sicher beurteilt werden. Die Ängste könnten auch im Rahmen der depressiven Episode gesehen werden. Ebenfalls sei aufgrund der Schwere der aktuellen depressiven Episode auch nicht sicher vom Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1) auszugehen. Festzuhalten sei, dass der Explorand seit dem Jahr 2003 alleine in einer 1-Zimmer-Mietwohnung lebe und dabei grösstenteils auf die Unterstützung der Tochter bei der Haushaltsführung, aber auch bei administrativen Dingen angewiesen sei. Daneben unterhalte er lediglich zwei bis drei freundschaftliche Kontakte, welche sich jedoch vor allem auf Transportdienste beschränkten. Eine Tagesstruktur oder Freizeitaktivitäten seien gänzlich nicht vorhanden. Eine neue partnerschaftliche Beziehung habe der Explorand nie eingehen können. IV-fremde Faktoren wie die Sprachprobleme, die soziale Isolation etc. spielten eventuell bei der Entstehung der Depression eine gewisse Rolle. Aufgrund der Schwere der aktuellen Episode seien sie jedoch nun als untergeordnet zu bezeichnen. Andere psychiatrische Symptome oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen.

Zum Verlauf nahm Dr. med. E.\_\_\_\_ dahingehend Stellung, obwohl der Explorand seit dem Jahr 2004 in ambulanter psychiatrischer Behandlung stehe und auch eine antidepressive Medikation installiert worden sei, habe sich der Gesundheitszustand im Behandlungsverlauf praktisch nicht verbessert. Im Gegenteil. Wenn davon ausgegangen werde, dass im Jahr

2011 (zweite gutachterliche Beurteilung durch Dr. med. C.\_\_\_\_) eine Remission der depressiven Episode bestanden habe, habe sich ab dem Jahr 2011, aktenanamnestisch gesichert ab Februar 2017, eine erneute Verschlechterung der depressiven Episode ergeben und müsse zusätzlich nun auch von einer Benzodiazepinabhängigkeit und eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabis als Folge auf diese depressiven Symptome ausgegangen werden. Die aktuelle stationär psychiatrische Behandlung sei sicherlich indiziert gewesen. Diese sollte jedoch noch weitergeführt werden, da keinerlei Verbesserung der depressiven Episode habe erreicht werden können. Der Benzodiazepinentzug habe jedoch durchgeführt werden können. Dabei sei jedoch festzuhalten, dass nach wie vor ein deutliches Zittern beim Exploranden an den Händen bestehe, was auf einen prolongierten Entzug hinweisen könnte. Bei einem frühzeitigen Austritt aus der Klinik bestünde ein grosses Rückfallrisiko in Bezug auf den Substanzmissbrauch. Aus diesem Grund sei eine gute ambulante Nachbehandlung (auch durch Psychiatrie-Spitex und eine Tagesstrukturierung) indiziert. Aktuell könne in der psychiatrischen Klinik von einer guten Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme ausgegangen werden. Es habe jedoch während der Hospitalisation ein Cannabiskonsum-Ereignis stattgefunden.

Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, Inkonsistenzen seien nicht vorhanden. Die aktuelle Beurteilung stehe in Einklang mit der Beurteilung des behandelnden Psychiaters in den D.\_\_\_\_ [...], des ambulanten Behandlers Dr. med. H.\_\_\_\_ und der Vorbegutachtung vom Februar 2018. Des Weiteren werde sie gestützt durch das Fehlen von Freizeitaktivitäten, die deutliche Reduktion von sozialen Kontakten und die erforderliche Unterstützung durch die Tochter bei der Haushaltsführung. Aktuell sei es schwierig, Fähigkeiten und Ressourcen zu benennen. Der Explorand sei jedoch in der Lage, sich die Unterstützung der Tochter und 2 bis 3 Kollegen zu sichern bzw. zu erhalten.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit legte Dr. med. E.\_\_\_\_ dar, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter sei der Explorand aktenanamnestisch ab spätestens Februar 2017 zu mindestens 75 % als arbeitsunfähig zu beurteilen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit komme durch die depressiven Symptome im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom bis schwergradige Episode (ICD-10: F33.11-2) zustande. Insbesondere die kognitiven Störungen, das Grübeln, die Schuld- und Insuffizienzgefühle, die Ängste, die Reduktion des Antriebs und der Interessen sowie die erhöhte Ermüdbarkeit reduzierten die Leistungsfähigkeit des Exploranden deutlich, was sich auch im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen zeige. Dabei habe man deutliche Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiären Beziehung und bei den Spontanaktivitäten finden können. Auch in einer möglichen angepassten Tätigkeit sei ab spätestens Februar 2017 von einer mindestens 75%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der depressiven Symptome auszugehen.

Abschliessend führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Aktenlage und der aktuellen Anamnese könne nicht abschliessend beurteilt werden, wann die Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes eingetreten sei. Es müsse ab spätestens Februar 2017 die aktuelle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands durch das Vorliegen einer zumindest mittelgradig depressiven

Episode mit somatischem Syndrom angenommen werden. Die aktuelle stationäre psychiatrische Behandlung sollte weitergeführt werden. Dabei sollte auch eine psychopharmakologische Umstellung und das Etablieren von ambulanten Tagesstrukturen durchgeführt werden (IV-Nr. 155.1).

6.5 Dem Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ [...] vom 7. November 2018 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 3. Oktober bis 7. November 2018 können folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 entnommen werden: «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom (F33.11); 2. Generalisierte Angststörung (F41.1); 3. Verdacht auf anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (F62.1); 4. Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (F13.2); 5. Alkoholabhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch (F10.26)». Sodann wurden andere relevante Diagnosen (6. Aktions- und diskreter Intentionstremor der Hände [G25.2]; 7. St. nach Magenkarzinom vor ca. 20 Jahren [operiert, chemo- und radiotherapiert]; 8. Non-Hodgkin-Lymphom des Magens 1992; 9. Nierenzyste Oberpol links, Typ Bosniak I) angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, der Patient sei bei rezidivierender depressiver Störung mit aktuell erneuter depressiver Episode mit Lebensüberdross ohne akute Suizidalität ins Behandlungszentrum für Angst- und Depression aufgenommen worden. Auch unter Anpassung der antidepressiven Medikation habe weiterhin eine chronische depressive Symptomatik bestanden. Der Patient sei in den Gesprächen konsistent angespannt gewesen und mit besorgtem Gesichtsausdruck sowie klagend erlebt worden. Eine anfallsartige vegetative Symptomatik, meist ohne identifizierbare Auslöser, sei durch den Patienten berichtet worden. Eine anhaltende diffuse Angst sei seit Jahren vorbestehend. Diese Angst sei nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt. Da der Patient aber eine deutlich verminderte Stressbelastbarkeit, wenig Flexibilität sowie eine reduzierte Konzentration und allgemeine Belastbarkeit gezeigt habe, wäre aus psychiatrischer Sicht eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nicht möglich. Es werde eine Berentung von 100 % vorgeschlagen. Eine einfache Arbeit in geschütztem Rahmen und ohne eine Leistung erbringen zu müssen, sei stundenweise als Maximum vorstellbar. Es werde eine Fortführung der psychopharmakologischen Therapie und eine engmaschige, ambulant-psychiatrische Weiterbehandlung empfohlen. Der Patient sei bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung am 7. November 2018 nach Hause entlassen worden (IV-Nr. 161 S. 4 f.).

6.6 RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt zum vorerwähnten Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 23. November 2018 im Wesentlichen fest, leider sei die empfohlene zusätzliche neuropsychologische Abklärung des Versicherten nicht in Auftrag gegeben worden. Als Fazit könne festgehalten werden, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ am 22. Oktober 2018 (entgegen einschlägigen Empfehlungen, dass eine IV-Begutachtung bei laufender stationärer Behandlung keinen Sinn mache) während einer laufenden stationären Behandlung des Versicherten in den D.\_\_\_\_ [...] (seit 3. Oktober 2018) und damit zudem noch relativ kurz nach dem Eintritt des Versicherten dort erstellt worden sei. Es besitze deshalb den Wert einer «Momentaufnahme» und keinen abschliessenden Aussagewert. Dies werde auch darin erkennbar, dass die psychiatrische Einschätzung unter dem Einfluss einer anhaltenden körperlichen (und damit sicher auch psychischen) Entzugssymptomatik (Benzodiazepin, Alkohol und Cannabis, letzteres mit positivem Befund) stattgefunden habe. Ein ebenfalls denkbarer Neben-Gebrauch von Alkohol während der stationären Behandlung (wie bei Cannabis nachgewiesen) sei allerdings nicht

untersucht worden. Zudem komme Dr. med. E.\_\_\_\_ bezüglich der vordiagnostizierten Angststörung und Persönlichkeitsveränderung zur Einschätzung, diese wegen der aktuellen massiven Symptomatik weder bestätigen, noch ausschliessen zu können. Dass Dr. med. E.\_\_\_\_ bei einer ausgewiesenen mittelgradig depressiven Symptomatik ab Februar 2017 dennoch eine 75 bis 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ als plausibel ansehe, erschliesse sich dem RAD nicht ohne weiteres. Eine schwer ausgeprägte depressive Symptomatik erscheine hingegen mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit (100 %) vereinbar. Zusammenfassend werde seitens des RAD empfohlen, auf das aktuelle psychiatrische Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ (allerdings aus anderen Gründen als beim Gutachten der D.\_\_\_\_ [...]) nicht abzustellen.

Wichtigster Kritikpunkt sei, dass die Begutachtung in einer nicht abgeschlossenen intensiven Behandlungsphase stattgefunden habe, was eine abschliessende Beurteilung eines anhaltenden psychischen Gesundheitsschadens nicht erlaube. Daneben blieben im Gutachten weitere Fragen offen. Die subjektiven Schilderungen und die Angaben in den medizinischen Berichten divergierten bezüglich Verlauf und Ausprägung der Beschwerden erheblich. Trotz remittierter Symptomatik im Jahr 2011 habe der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Eine medizinisch ausgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustands werde erst ab Februar 2017 genannt, wobei der mögliche Einfluss der bereits zum damaligen Zeitpunkt anzunehmenden mehrseitigen Abhängigkeitsproblematik nicht diskutiert werde. Die Annahme von Dr. med. E.\_\_\_\_, die Entwicklung der mehrseitigen Abhängigkeitsproblematik sei Folge eines inadäquaten Selbstbehandlungsversuchs der rezidivierenden depressiven Störung, erscheine aus Sicht des RAD nicht einleuchtend, wenn der behandelnde Psychiater die Benzodiazepine verschrieben habe. Ausser der Tatsache, dass der Versicherte derzeit sicher als 100 % arbeitsunfähig anzusehen sei, erscheine somit der Erkenntnisgewinn durch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ überschaubar. Eine abschliessende Beurteilung der Rolle des Suchtmittelkonsums im Prozess von Entstehung und Aufrechterhaltung der affektiven Symptome des Versicherten seit Anfang 2017 erscheine zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich. Leider müsse daher eine nochmalige (bidisziplinäre [psychiatrisch-neuropsychologische]) Abklärung des medizinischen Sachverhalts und der offenen Fragen vorgeschlagen werden, nach Abschluss der stationären Behandlung und ca. 3 Monate nach Wiederaufnahme der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (IV-Nr. 158 S. 2 ff.).

6.7 Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. N.\_\_\_\_, Neuropsychologie FSP, hielten im interdisziplinären (psychiatrisch-neuropsychologischen) Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 26. August 2019 (Untersuchungen vom 18. Juni 2019) folgende Diagnosen (nach ICD-10) mit (geringfügigen) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: «F34.1 Dysthymia mit/bei: Phänomenologisch leichtgradiger depressiver und ängstlicher Symptomatik, formaldiagnostisch subjektive Symptomatik Kriterien für mittelschwere bis schwere depressive Episode erfüllt, jedoch nicht mit psychischem Befund vereinbar, multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren und schwierigen Lebensumständen seit Jahren, Status nach schwerer depressiver Episode, diagnostiziert 1/2007 bei Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion bei Status nach Magenkarzinom 1996 und kränkender Trennung der Ehefrau 2003, keine Hinweise auf eine genuine depressive Erkrankung und/oder auf eine prämorbid psychische Vulnerabilität, Hinweisen

auf aggravatorisches Verhalten mit Symptomproduktion ohne medizinischen Hintergrund, Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom, schädlicher Gebrauch von Cannabis und eventuell schädlicher Gebrauch von Alkohol; F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen im Sinne einer «Verbitterungsstörung» mit/bei: anhaltend schwieriger sozioökonomischer Situation, unbefriedigender Wohnsituation und Einsamkeit, kränkender Trennung der Ehefrau 2007 mit Verlust der familiären Integration». Als Diagnosen ohne sichere oder mit unklaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen, iatrogen verursacht (F13.24), ein schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.1) sowie ein möglicher schädlicher Konsum von Alkohol (ohne Code) genannt. Aktenanamnestisch wurde eine rezidivierende depressive Störung mit mittelschweren oder schweren depressiven Episoden erwähnt, welche klinisch nicht bestätigt werden könne. Aktenanamnestisch bestehe sodann ein Verdacht auf eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit, welche nicht erhärtet werden könne. Schliesslich sei aktenanamnestisch eine generalisierte Angststörung erwähnt worden, deren diagnostische Kriterien aktuell nicht erfüllt seien.

Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde zur aktuellen neuropsychologischen Untersuchung im Wesentlichen dargelegt, der Explorand habe eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Darauf hätten u.a. auffällige Leistungen in zwei Symptomvalidierungsverfahren hingewiesen. In einer ersten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an einfaches Zählen und die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei seine Leistung deutlich auffällig gewesen. Auch das Testmuster sei neuropsychologisch unplausibel gewesen, indem bei deutlich leichteren Aufgaben nahezu identische Geschwindigkeitswerte erreicht worden seien wie bei schwierigeren Aufgaben. In einer zweiten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an die verbale Merkspanne und das verbale Arbeitsgedächtnis sei die Leistung ebenfalls deutlich auffällig gewesen. Bei anderen Aufgaben hätten sich zudem weitere unplausible und inkonsistente Leistungen, so beispielsweise in der Sprache, im Gedächtnis, im Denken, in der Aufmerksamkeit sowie beim Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur, gezeigt. Wegen der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion seien sämtliche Testwerte dieser Untersuchung als ungültig zu betrachten. Aus der aktuellen Untersuchung liessen sich somit keine gesicherten Angaben über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit des Exploranden ableiten. Als Ursache der vom Exploranden bei der aktuellen Untersuchung gezeigten neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion komme in erster Linie eine Aggravation bzw. Simulation kognitiver Beeinträchtigungen in Frage. Die dafür verlangten Bedingungen erfülle der Explorand. Die in den Vorberichten genannten psychiatrischen Diagnosen (Depression, Angststörung) könnten die von ihm bei der aktuellen Untersuchung gezeigte neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion nicht erklären. Vor dem Hintergrund der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion bzw. der deutlichen Hinweise für eine Aggravation bzw. Simulation seien sämtliche subjektiven Angaben des Exploranden zu Beschwerden und Beeinträchtigungen nur mit grösster Vorsicht zu werten. Somit seien auch sämtliche Diagnosen, welche auf seinen subjektiven Angaben beruhten, kritisch zu werten. Wegen der Aggravation bzw. Simulation kognitiver Funktionseinschränkungen bei der aktuellen Untersuchung seien aus neuropsychologischer Sicht keine gesicherten Angaben zur tatsächlichen kognitiven Leistungsfähigkeit, zu allfälligen kognitiven

Funktionsbeeinträchtigungen und zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit möglich. Die zur Verfügung stehenden Informationen deuteten nicht mit genügender Sicherheit darauf hin, dass beim Exploranden tatsächlich relevante kognitive Funktionsbeeinträchtigungen vorhanden seien.

Zur aktuellen psychiatrischen Untersuchung wurde im Wesentlichen angegeben, die von Seiten des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ zuletzt mit Arztbericht vom 21. Januar 2019 gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und einer generalisierten Angststörung sowie die von den D.\_\_\_\_ [...] erhobene Verdachtsdiagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit seien diskussionswürdig. Unter Berücksichtigung des aktuellen psychopathologischen Befundes, der gut vergleichbar sei mit dem psychischen Befund, wie er bei der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ im Februar 2011 beschrieben worden sei, sowie unter Berücksichtigung der auch im Jahr 2011 ganz ähnlichen spontanen Beschwerdeschilderung erscheine die von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) die aktuell präsentierte Symptomatik sowie auch den Längsverlauf am besten zu erfassen. Dabei handle es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung mit konstanten oder konstant wiederkehrenden Depressionen mit vermindertem Antrieb oder Aktivität, Schlafstörungen, Verlust des Selbstvertrauens, Insuffizienzgefühlen, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialem Rückzug, Verlust des Interesses oder der Freude an angenehmen Aktivitäten, verminderter Gesprächigkeit, Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit, erkennbarem Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, Neigung zum Weinen sowie Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Mit Blick auf die persönliche Anamnese sowie die jahrelange komplexe psychosoziale Belastungssituation sei im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass die chronische depressive Entwicklung sich letztlich aus einer nicht überwundenen Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (und Angst) entwickelt habe und nicht nur zu Beginn, sondern bis aktuell einen ausgeprägt reaktiven Charakter habe.

Die geklagten psychischen Symptome seien dabei noch auf das Engste mit den anhaltenden psychosozialen Belastungen und der belastenden Lebenssituation, die dem Exploranden keine Perspektiven biete, verknüpft. Mit der Diagnose einer Dysthymie werde ein eigenständiger Krankheitswert anerkannt, indem es dem Exploranden aufgrund nicht ausreichender Ressourcen, vor allem aber auch aufgrund der anhaltend schwierigen Lebenssituation, nach der Scheidung nicht gelungen sei, sich an die veränderte Lebenssituation anzupassen und neue Perspektiven zu entwickeln. Durch die Rentenzusprache im Jahr 2007 sei der «Krankenstand» bestätigt worden und Versuche zur Rückkehr ins Arbeitsleben seien unterblieben. Für eine genuine depressive Störung mit rezidivierenden depressiven Episoden finde man keine Hinweise. Auch die soziobiografische Entwicklung sei bis zur Krebserkrankung im Jahr 1996 bzw. bis zur Trennung der Ehefrau im Jahr 2003 soweit unauffällig verlaufen. Zusammenfassend zeige sich unter Berücksichtigung der dargestellten Krankheitsanamnese nochmals deutlich der enge Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren, soziokulturellen Faktoren und der Entwicklung und dem Verlauf der psychischen Störung, die deutlich den Charakter einer nicht gelungenen Anpassung an die erlittene Kränkung und die veränderten Lebensumstände nach der Trennung der Ehefrau im Jahr 2003 mit Scheitern der Ehe und dem Verlust der Familienstruktur zeige. Ätiopathogenetisch entspreche diese Entwicklung

einer chronifizierten Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angst gemischt, die sich diagnostisch am ehesten im Rahmen einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) erfassen lasse. Die vom Exploranden geschilderte diffuse Angstsymptomatik lasse sich problemlos im Rahmen der Dysthymia einordnen. Die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine generalisierte Angststörung liessen sich aktuell aufgrund der Beschwerdeangaben nicht ausreichend erhärten. Auch die postulierte Verdachtsdiagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit lasse sich im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung nicht stützen. Zudem sei es schwierig, ohne Kenntnis der prämorbidem Persönlichkeit die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung zu belegen. Die Verbitterung über die nicht überwundene Kränkung, die Enttäuschung über den Verlauf des Lebens seit der Trennung und die anhaltende Unzufriedenheit mit seiner Lebenssituation lasse sich diagnostisch viel besser als sogenannte «Verbitterungsstörung» erfassen, welche in Ermangelung einer spezifischen Kategorie in der ICD-10 unter den «sonstigen anhaltenden affektiven Störungen» (F34.8) erfasst werden könne. Bis aktuell sei es in erster Linie die anhaltend schwierige sozioökonomische Situation, die unbefriedigende Wohnsituation und die Einsamkeit, welche den Exploranden anhaltend belaste und die depressive Symptomatik sowie die Verbitterungssymptomatik trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung seit mehr als 10 Jahren aufrechterhalte. Es sei auch die anhaltend schwierige psychosoziale Situation, welche wesentlich für das bei der aktuellen neuropsychologischen Begutachtung präsentierte aggraviorische Verhalten bis hin zur Vortäuschung von Befunden verantwortlich zeichne. Zusätzlich habe sich beim Exploranden eine Suchtproblematik entwickelt, welche zumindest in Bezug auf den schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen als sekundäre Folgeerscheinung der anhaltenden Befindlichkeitsstörungen beurteilt werden könne. Bezüglich des aktuellen Benzodiazepinkonsums sei aufgrund der vorliegenden Informationen von einem iatrogen verursachten Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.24) auszugehen. Die während der stationären Behandlung in den D. \_\_\_ [...] im Oktober/November 2018 erzielte Abstinenz sei angesichts der positiv getesteten Urinprobe auf Benzodiazepine offensichtlich inzwischen von einem neuerlichen Konsum von Hypnotika/Tranquilizern abgelöst worden, worüber der Explorand aber falsche Angaben gemacht habe. Auch bezüglich Cannabis sei von einem anhaltenden schädlichen Konsum auszugehen, auch hier mit Falschangaben von Seiten des Exploranden. Inwieweit der Alkoholkonsum ein übermässiges, schädliches Ausmass habe, könne nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden. Der Umstand, dass die psychische Befindlichkeit des Exploranden sich während der letzten stationären Behandlung, wo auch ein Entzug von Benzodiazepinen stattgefunden habe, subjektiv merklich gebessert, seit dem Austritt aber wieder verschlechtert habe, unterstreiche ebenfalls die gegenseitige Beeinflussung von depressiver Symptomatik und Suchtmittelkonsum.

Dr. med. M. \_\_\_ führte im Weiteren aus, trotz der maximalen Chronifizierung des depressiven Zustandsbildes entstehe im vorliegenden Fall der Eindruck, dass sich die psychische Befindlichkeit des Exploranden bei hypothetischem Wegfall der Belastungsfaktoren und vorhandener sozialer Einbettung verbessern lassen würde, was alle bisherigen medizinischen therapeutischen Bemühungen nicht erreicht hätten. Zu den positiven Einflussfaktoren auf die psychische Befindlichkeit würde auch eine ausserhäusliche Beschäftigung und Tagesstruktur gehören. Was die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit betreffe, so seien aufgrund der aktuell erhobenen, phänomenologisch gesehen lediglich leichtgradigen depressiven Symptomatik unter

Ausklammerung aller psychosozialen Einflussfaktoren und des aggraviorischen Verhaltens höchstens leichte Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, Antrieb, Durchhaltevermögen und Konzentrationsspanne zu erwarten, sodass eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar sei, dies nicht zuletzt auch aufgrund einer anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wach-Rhythmus mit Schlafdauer bis in den späten Vormittag hinein. Eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten, wie sie der behandelnde Psychiater seit Februar 2013 anhaltend attestiere, sei dagegen unter ausschliesslicher Berücksichtigung versicherungsmedizinischer Gesichtspunkte nicht nachvollziehbar und könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Es sei davon auszugehen, dass sich die depressive Symptomatik durch eine (hypothetische) Verbesserung der psychosozialen Lebenssituation verbessern lassen würde, wozu auch eine regelmässige ausserhäusliche Beschäftigung gehören würde. Der Explorand selbst schätze sich als arbeitsunfähig ein, verweise dabei auf sein Alter und auf seine körperliche Schwäche. Aus rein psychiatrischer Sicht wäre dem Exploranden die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Tätigkeit mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und an das Arbeitstempo mit vollem zeitlichem Pensum (100 %) und einer geringfügigen qualitativen Leistungsminderung in der Grössenordnung von 15 % zumutbar, wobei aufgrund der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wachrhythmus die Durchführung vorbereitender beruflicher Massnahmen im Sinne eines Arbeits- und Aufbautrainings angezeigt wäre mit Steigerung des Pensums von anfänglich 50 % auf 100 % während 3 bis 6 Monaten. Auf therapeutischer Ebene sollte auf eine Sicherung der Abstinenz von Benzodiazepinen und Cannabis hingearbeitet werden; zudem scheine die Weiterführung der langjährigen antidepressiven Medikation mit Cipralen wenig zielführend und könnte zugunsten eines anderen Antidepressivums ersetzt werden. Die ambulante Psychotherapie sollte wenn möglich einen klar kognitiv-verhaltenstherapeutisch und aktiv ausgerichteten Fokus haben, um den Exploranden bei einer aktiveren Tagesgestaltung und Entwicklung neuer Perspektiven gezielt zu unterstützen. Prognostisch sollte unter ausschliesslicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte und unter (hypothetischer) Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren in 3 bis 6 Monaten eine wesentliche Verbesserung der depressiven Symptomatik und eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Verweistätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt resultieren, bezogen auf ein theoretisches Pensum von 100 %. Eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit dürfte in erster Linie durch eine Veränderung äusserer Faktoren (Tagesstrukturierung, ausserhäusliche Beschäftigung, mehr Sozialkontakte) zu erreichen sein, wogegen die intrapsychischen Faktoren (Kränkung und Verbitterung über den Verlauf seines Lebens und die aktuelle Lebenssituation) wohl nur schwer zu beeinflussen sein dürften.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, auf neuropsychologischem Gebiet lasse sich keine Einschränkung der zeitlichen Arbeitsfähigkeit postulieren. Aus psychiatrischer ■ und aus interdisziplinärer Sicht ■ könnte der Explorand in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter an 8 bis 9 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche anwesend sein, wobei aufgrund der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wach-Rhythmus die Durchführung vorbereitender beruflicher Massnahmen im

Sinne eines Arbeits- und Aufbautrainings angezeigt wäre mit Steigerung des Pensums von anfänglich 50 % auf 100 % während 3 bis 6 Monaten. Während dieser Anwesenheit bestehe aus psychischen Gründen eine Einschränkung der Leistung in der Grössenordnung von 15 %. Aus interdisziplinärer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 85 % (zu erreichen innerhalb von 3 bis 6 Monaten ausgehend von 50 %), bezogen auf ein 100%-Pensum, geschätzt. Aufgrund der vorliegenden Akten sei davon auszugehen, dass während der stationären Behandlung in den D. \_\_\_ [...] im Oktober und November 2018 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Darüber hinaus lasse sich eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit aber nicht erhärten. Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit im Zeitraum seit der IV-Anmeldung vom 23. März 2017 bis zur stationären Behandlung im Oktober 2018 betreffe, so sei aufgrund der vorliegenden Akten hierzu keine zuverlässige Einschätzung möglich, sodass die Arbeitsfähigkeit von 85 % spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung gelte.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, aus interdisziplinärer Sicht wäre dem Exploranden die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Tätigkeit mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und an das Arbeitstempo (wenig Zeit- und Leistungsdruck) mit vollem zeitlichen Pensum (100 %) zumutbar, wobei aufgrund der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wachrhythmus die Durchführung vorbereitender beruflicher Massnahmen im Sinne eines Arbeits- und Aufbautrainings angezeigt wäre mit Steigerung des Pensums von anfänglich 50 % auf 100 % während 3 bis 6 Monaten. Während dieser Anwesenheit bestehe aus psychischen Gründen eine Einschränkung der Leistung in der Grössenordnung von 15 %. Aus interdisziplinärer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit auf 85 % (zu erreichen innerhalb von 3 bis 6 Monaten ausgehend von 50 %), bezogen auf ein 100%-Pensum, geschätzt (IV-Nr. 167.1).

6.8 Dr. med. H. \_\_\_\_, hielt in seiner Stellungnahme vom 21. September 2019 zum vorerwähnten Gutachten von Dr. med. M. \_\_\_\_, und lic. phil. N. \_\_\_\_, im Wesentlichen fest, er sei über die Diagnose einer Dysthymie sehr erstaunt. Der Patient leide vielmehr unter den Symptomen einer depressiven Episode mittleren bis schweren Grades. Er sei vollumfänglich arbeitsunfähig (IV-Nr. 170).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. O. \_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 4. November 2019 dahingehend, das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. M. \_\_\_\_, und lic. phil. N. \_\_\_\_, sei nachvollziehbar und schlüssig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter sowie vergleichbare Tätigkeiten mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und das Arbeitstempo seien dem Versicherten vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 15 % zumutbar, was einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 85 % entspreche. Aufgrund der vorliegenden Akten sei davon auszugehen, dass während der stationären Behandlung in den D. \_\_\_ [...] im Oktober und November 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Darüber hinaus lasse sich eine anhaltende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aber nicht erhärten. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit im Zeitraum seit der IV-Anmeldung vom 23. März 2017 bis zur stationären Behandlung im Oktober 2018 könne aufgrund der Akten nicht zuverlässig beurteilt werden, zumal der Behandler Dr. med. H. \_\_\_\_, seit dem Jahr 2013 durchgehend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiere wegen einer rezidivierenden

depressiven Störung, aktuell mittelgradig mit somatischem Syndrom (F33.11), und einer generalisierten Angststörung (F41.1), zwei Diagnosen, welche die Gutachterin nicht bestätigen könne. Die aktuelle gutachterliche Beurteilung decke sich weitgehend mit der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_ im Februar 2011; ausser der interkurrenten Verschlechterung, die im Oktober 2018 zur psychiatrischen Hospitalisation geführt habe, seien zwischen dem Jahr 2011 und 2017 keine medizinischen Berichte zum psychischen Gesundheitszustand des Versicherten vorhanden. Die postulierte Arbeitsfähigkeit von 85 % gelte spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (Juni 2019; IV-Nr. 172).

6.10 Gemäss dem im vorliegenden Verfahren nachgereichten Bericht der D. \_\_\_ [...] vom 14. April 2020 (vgl. E. I. 2.4 hiervor) wurde der Beschwerdeführer dort vom 28. Februar bis 8. April 2020 stationär behandelt. Als Hauptdiagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine generalisierte Angststörung, psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (schädlicher Gebrauch) sowie aktenanamnestisch ein Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit angegeben. Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach Alkoholabhängigkeitssyndrom 2018 sowie ein Status nach psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine, ein Abhängigkeitssyndrom 2018, erwähnt. Unter dem Vermerk «aktuelle Behandlungshinweise» wurde dargelegt, die Zuweisung sei durch den behandelnden Psychiater Dr. med. H. \_\_\_ erfolgt. Der Patient habe über Schlaf- und Appetitlosigkeit seit ca. 3 Monaten, ohne konkreten Auslöser, berichtet. Dazu habe er auch massive Konzentrationsprobleme und leide unter vermehrter Vergesslichkeit sowie sozialem Rückzug. Vor fünf Monaten habe er gegenüber Freunden Todeswünsche geäussert. Dazu habe er vermehrt Alkohol und Cannabis konsumiert. Er habe berichtet, flüchtige akustische Halluzinationen und Verfolgungsideen zu haben. Das kenne er, wenn es ihm schlecht gehe. Als zusätzlichen Belastungsfaktor habe er einen erneut negativen IV-Entscheid genannt. Es sei eine Aufnahme im Behandlungszentrum für Angst und Depression erfolgt. Der Patient habe sich initial psychomotorisch unruhig, angespannt, stark zurückgezogen und Kontakte vermeidend gezeigt. Im Verlauf sei es ihm immer besser gelungen, Hilfe zu holen. Psychopharmakologisch sei die Umstellung auf Venlafaxin erfolgt. Darunter sei eine langsame Besserung der Symptomatik zu sehen. Die Stimmung sei aufgehellt gewesen und der Antrieb habe sich verbessert. Im Rahmen eines Gesprächs sei die Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex vorgeschlagen worden. Zudem sei vereinbart worden, dass der Patient bei der P. \_\_\_ angemeldet werde, um seine Tagesstruktur wieder aufzubauen. Der Patient sei erneut auf die Notwendigkeit eines Verzichts auf Cannabiskonsum hingewiesen worden. Am 8. April 2020 habe der Patient in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können (BB 2 [Urkunde Nr. 8]).

6.11 Aus dem ebenfalls nachgereichten Bericht der P. \_\_\_, Montage [...], über das Beschäftigungsprogramm (Berichtszeitraum vom 15. Juni bis 4. September 2020) geht hervor, der Beschwerdeführer arbeite dort 3 Stunden pro Tag, was einem Pensum von 37.5 % entspreche. Er erbringe eine gute Leistung. Diese liege im Durchschnitt bei 80 %. Es sei auffällig, dass der Versicherte während der Dauer des Einsatzes in der Leistung abbaue. Es sei gut, dass er durch die Arbeit soziale Kontakte pflegen könne. Die psychische Belastbarkeit werde zum aktuellen Zeitpunkt als sehr gering eingestuft. Es sei der richtige Weg, wenn der Versicherte in einem geschützten Rahmen arbeiten könne. So könne er seine Psyche in einem geschützten Umfeld aufbauen (BB 1 [Urkunde Nr. 7]).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 27. Januar 2020 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren Abklärungen sei der Beschwerdeführer in einer geeigneten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig und könne demnach ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften; der Invaliditätsgrad betrage 15 % (IV-Nr. 174; A.S. 1 ff.).

7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber vorbringen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm die versicherten Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen. Eventualiter seien neue bzw. ergänzende medizinische und/oder beruflich-konkrete Abklärungen durchzuführen. Subeventualiter sei die Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen verbunden mit der Weisung, die von Dr. med. M.\_\_\_\_ empfohlenen beruflichen Massnahmen durchzuführen und ihm bis zum Abschluss derselben eine Invalidenrente und während der Dauer derselben eine IV-Taggeld auszurichten. Zur Begründung lässt der Beschwerdeführer zunächst in formeller Hinsicht geltend machen, seine Mitwirkungs- und Partizipationsrechte im Zusammenhang mit der F.\_\_\_\_-Begutachtung seien verletzt worden, weil ihm keine Gelegenheit eingeräumt worden sei, sich zur Wahl der Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ zu äussern. Er sei von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 20. März 2019 einzig über die Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung bei der F.\_\_\_\_ informiert worden; eine Frist zur Einreichung von personenbezogenen Einwänden sei ihm nicht angesetzt worden. Es sei ihm nicht die Möglichkeit eingeräumt worden, gesetzliche Ausstands- und Ablehnungsgründe gegen die begutachtenden Personen geltend zu machen. Stattdessen habe er am 11. April 2019 eine Einladung der F.\_\_\_\_ erhalten. Das Gutachten sei somit beweisrechtlich nicht verwertbar (vgl. Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 7 und 9).

## **E. 7.2**

7.2.1 Gemäss Rz. 2076 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, in der seit 1. Januar 2018 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung) wählt die IV-Stelle die nach Fachrichtung und Verfügbarkeit vorgesehenen Gutachterinnen und Gutachter aus. Ist ein mono- oder bidisziplinäres Gutachten erforderlich, stellt die IV-Stelle der versicherten Person eine Mitteilung zu, welche die Art der Begutachtung und den Namen sowie den Facharztstitel der mit dem Gutachten beauftragten Personen festhält (KSVI, Rz. 2076.1). Die IV-Stelle setzt der versicherten Person für die Erhebung von Einwänden sowie für die Einreichung von Zusatzfragen einen Termin von 12 Tagen nach Versand der Mitteilung, welcher auf schriftlich begründetes Gesuch um maximal 10 Tage hinausgeschoben werden kann (KSVI, Rz. 2076.3). Nach der Rechtsprechung teilt die IV-Stelle der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter mit jeweiligen Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit

(materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu. Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässiger Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 f. S. 355 f.).

7.2.2 Im vorliegenden Fall informierte die Beschwerdegegnerin die Sozialregion [...] (mit Kopie an den Beschwerdeführer) mit Mitteilung vom 20. März 2019, dass zur Klärung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung (voraussichtliche Fachdisziplinen «Psychiatrie» und «Neuropsychologie») notwendig und diese bei der F.\_\_\_\_, [...], vorgesehen sei. Gleichzeitig legte sie die an die Gutachterstelle zu richtenden Fragen sowie ein Merkblatt betreffend Reisekosten und ein Rechnungsformular bei. Im Weiteren gab sie dem Beschwerdeführer Gelegenheit, sich zur vorgesehenen Begutachtung und zum Fragenkatalog zu äussern sowie allfällige Zusatzfragen einzureichen. Über den Ort, die Untersuchungstermine und die an der Abklärung beteiligten Ärztinnen und Ärzte werde informiert, sobald sie bekannt seien. Die Beschwerdegegnerin hielt ausdrücklich fest, ohne schriftlich begründeten Gegenbericht des Beschwerdeführers bis zum 4. April 2019 werde sie die Gutachterstelle mit der Untersuchung beauftragen; Zusatzfragen, welche der Beschwerdeführer beantwortet haben wolle, könne er innert gleicher Frist einreichen (IV-Nr. 164). Mit diesem Schreiben zeigte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer auf, welche allfälligen Einwände er erheben konnte. Der Beschwerdeführer liess sich in der Folge jedoch nicht vernehmen. Dies tat er auch nicht, nachdem ihn die vorgesehene Gutachterstelle mit Schreiben vom 11. April 2019 sowohl über die mit der Begutachtung befassten Fachärzte (Dr. med. M. M.\_\_\_\_, psychiatrische Untersuchung; lic. phil. N.\_\_\_\_, neuropsychologische Untersuchung) als auch über die Untersuchungstermine und -orte orientiert und ihn aufgefordert hatte, die Termine telefonisch zu bestätigen (IV-Nr. 166). Der Beschwerdeführer unterzog sich in der Folge am 18. Juni 2019 den angekündigten Untersuchungen. Dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchungen personenbezogene Einwände gegen die begutachtenden Experten oder sonstige Einwände erhoben hätte, kann dem Gutachten nicht entnommen werden.

7.2.3 Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers genügte die Beschwerdegegnerin mit den dargelegten Informationen den an sie gestellten Anforderungen. Sie informierte den Beschwerdeführer mit schriftlicher Mitteilung vom 20. März 2019 ausreichend über seine Rechte in Bezug auf die Gutachtensvergabe. Daran ändert der Umstand nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Namen der vorgesehenen Gutachterinnen und Gutachter noch nicht nennen konnte, waren sie zu diesem Zeitpunkt doch noch gar nicht bekannt. Die Namen der mit der Begutachtung vorgesehenen Experten wurden dem Beschwerdeführer von der Gutachterstelle mit Schreiben vom 11. April 2019 rechtsgenügend mitgeteilt und es wäre ihm (bzw. seiner Vertretung) offen gestanden, rechtzeitig vor den Untersuchungen am 18. Juni 2019 personenbezogene Einwände zu erheben. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern hier ein Einigungsverfahren geboten gewesen wäre, zumal von ihm auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine konkreten gesetzlichen Ausstands- und Ablehnungsgründe genannt werden. Nach der Rechtsprechung besteht kein allumfassendes Ablehnungs- bzw. Vorschlagsrecht in Bezug auf Experten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2020 vom 22. April 2020 E. 5.1.2.1). Der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, ihm eine Frist zur Einreichung von personenbezogenen Einwänden

anzusetzen, geht fehl. Gemäss Rz. 2076.3 KSVI hat die Beschwerdegegnerin der versicherten Person für die Erhebung von Einwänden sowie für die Einreichung von Zusatzfragen einen Termin von 12 Tagen nach dem Versand der Mitteilung zu setzen, welcher auf schriftlich begründetes Gesuch um maximal 10 Tage hinausgeschoben werden kann. Dieser Anordnung kam die Beschwerdegegnerin in ihrer Mitteilung vom 20. März 2019 nach, indem sie dem Beschwerdeführer eine Frist zur Erhebung von Einwänden bis zum 4. April 2019 gewährte. Da sich der Beschwerdeführer in der Folge nicht vernehmen liess, bestand kein Anlass, diesen Termin hinauszuschieben. Im Weiteren stand es dem Beschwerdeführer nach der Einladung der F.\_\_\_\_ vom 11. April 2019 offen, personenbezogene Einwände gegen Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ bis zu den Untersuchungen am 18. Juni 2019 zu erheben. Auch davon sah der Beschwerdeführer ab. Somit ist nicht ersichtlich, welche Verfahrensgarantien durch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin verletzt worden sein könnten. Das bidisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten ist nach dem Gesagten in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

### **E. 7.3**

7.3.1 Das bidisziplinäre F.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. August 2019 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Psychiatrie» und «Neuropsychologie» vom 18. Juni 2019. Die angegebenen Beschwerden wurden durch die psychiatrische Gutachterin berücksichtigt und in ihre Beurteilung miteinbezogen. Im Weiteren legte sie die aktuellen therapeutischen Bemühungen, die berufliche Situation, die gesundheitliche Anamnese, die soziale Situation und die Aktivitäten des Beschwerdeführers dar. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die psychiatrische Gutachterin sowie der Neuropsychologe gaben die Untersuchungsbefunde bzw. die Ergebnisse der neuropsychologischen Testuntersuchung wieder und legten die Ergebnisse der klinisch-chemischen Untersuchungen dar. Daraus wurden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Sodann wurden die Schlussfolgerungen der Begutachtungen wiedergegeben und die gestellten Fragen beantwortet. Das Gutachten trägt die Unterschriften der beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangten sie zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet wurden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. August 2019 wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Zu den weiteren, von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens veranlassten Gutachten ist bezüglich des Beweiswerts Folgendes festzuhalten:

7.3.2 Nach dem Eingang des Neuanmeldungsgesuchs des Beschwerdeführers vom 23. März 2017 (IV-Nr. 124) veranlasste die Beschwerdegegnerin zunächst eine psychiatrische Begutachtung bei den D.\_\_\_\_ [...], wobei die Begutachtung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_ erfolgen sollte (vgl. Mitteilung vom 27. Juli 2017, IV-Nr. 141). Der Gutachtensauftrag sowie die Gutachter (Dr. med. Q.\_\_\_\_, Chefarzt; R.\_\_\_\_, Assistenzarzt) wurden der Beschwerdegegnerin von der Gutachterstelle bestätigt (IV-Nr. 143). Das psychiatrische Gutachten vom 20. Februar 2018 wurde dann aber nicht von den vorerwähnten Gutachtern, sondern von Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt, sowie Dr. med. J.\_\_\_\_ erstellt (vgl. IV-Nr. 144 S. 19). Diese Gutachter stellten die Diagnosen (mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10 F33.2), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1), eines Verdachts auf eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) sowie eines Verdachts auf ein Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (Benzodiazepine und Z-Substanzen; ICD-10 F13.2) und kamen zum Schluss, sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in eine angepassten Verweistätigkeit bestehe gegenwärtig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 144. S. 14 und 19; vgl. E. II. 6.2 hiervor). Dazu äusserte sich RAD- und Facharzt Dr. med. K.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2018 im Wesentlichen dahingehend, das Gutachten sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts (Psychopathologie, Anamnese) und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit nur unter Vorbehalten nachvollziehbar. Es widme der Diskussion IV-fremder Faktoren, der gebotenen Überprüfung der medikamentösen Behandlungadhärenz (bei therapeutischer Stagnation) und der Durchführung eines Drogenscreenings weniger Aufmerksamkeit. So fehlten wesentliche versicherungsmedizinisch relevante Informationen, die zur validen Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers einerseits und für ein Abstellen auf die Einschätzungen des Gutachtens andererseits erforderlich wären. Insbesondere die eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der diagnostischen Einschätzungen relativiere die sonstigen Aussagen des Gutachtens. Schliesslich überzeugten auch die Empfehlungen des Gutachters zur Behandlungsintensivierung nicht. Häufig seien subjektive Angaben des Beschwerdeführers als Befunde übernommen worden. Valide Aussagen zum Beginn, zu den Auslösern und Hintergründen zur gesundheitlichen Verschlechterung seien nicht möglich. Das Gutachten weise somit versicherungspsychiatrisch Mängel in relevanten Kernfragen (insbesondere Diagnosen und deren Herleitung) auf und gebe keine Antworten auf zentrale Fragestellungen des Rechtsanwenders. Darunter leide die gesamte Nachvollziehbarkeit und Verwertbarkeit des Gutachtens in einem nicht unerheblichen Ausmass (IV-Nr. 148 S. 3 ff; vgl. E. II. 6.3 hiervor). Da keine Stellungnahme auf die Rückfragen zu den Mängeln im Gutachten der D.\_\_\_\_ erhältlich gemacht werden konnte, empfahl Dr. med. K.\_\_\_\_ eine neue Begutachtung (IV-Nr. 149). Die vom RAD- und Facharzt geäusserte Kritik am Gutachten ist nachvollziehbar und überzeugt. Die im Einzelnen dargelegten Mängel konnten von der Gutachterstelle nicht behoben werden und eine Klärung der sich stellenden Fragen war nicht möglich. Demnach ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, eine neue psychiatrische Begutachtung (bei Dr. med. L.\_\_\_\_) zu veranlassen, nicht zu beanstanden. Dieses Vorgehen drängte sich im Übrigen auch schon deshalb auf, weil das Gutachten nicht vom vorgesehenen und dem Beschwerdeführer (bzw. seiner Vertretung) angekündigten Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_ erstellt wurde und somit nicht verwertet werden kann. Dem Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 kommt nach dem Gesagten kein Beweiswert zu.

7.3.3 Dr. med. L.\_\_\_\_ stellte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 24. Oktober 2018 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom bis schwergradige Episode (ICD-10: F32.11-2), und beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wie folgt: Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter als auch in einer möglichen angepassten Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer spätestens ab Februar 2017 zu mindestens 75 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 155.1 S. 30 und 35; vgl. E. II. 6.4 hiervor). Auch zu diesem Gutachten nahm

Dr. med. K.\_\_\_\_ Stellung. Er wies im Wesentlichen darauf hin, leider sei die in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2018 ebenfalls empfohlene zusätzliche neuropsychologische Abklärung des Versicherten (IV-Nr. 148 S. 4; vgl. E. II. 6.3 hiervor) nicht in Auftrag gegeben worden. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ sei ■ entgegen einschlägigen Empfehlungen, wonach eine IV-Begutachtung bei laufender stationärer Behandlung keinen Sinn mache ■ während der laufenden stationären Behandlung des Beschwerdeführers in den D.\_\_\_\_ vom 3. Oktober bis 7. November 2018 und damit zudem noch relativ kurz nach dem Klinikeintritt erfolgt (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Es besitze deshalb den Wert einer «Momentaufnahme» und habe keinen abschliessenden Aussagewert. Dies werde auch darin erkennbar, dass die psychiatrische Einschätzung unter dem Einfluss einer anhaltenden körperlichen (und damit sicher auch psychischen) Entzugssymptomatik (Benzodiazepin, Alkohol und Cannabis, Letzteres mit positivem Befund) stattgefunden habe. Ein ebenfalls denkbarer Neben-Gebrauch von Alkohol während der stationären Behandlung (wie bei Cannabis nachgewiesen) sei allerdings nicht untersucht worden. Zudem komme der Gutachter bezüglich der vordiagnostizierten Angststörung und Persönlichkeitsveränderung zur Einschätzung, diese wegen der aktuellen massiven Symptomatik weder bestätigen noch ausschliessen zu können. Dass Dr. med. E.\_\_\_\_ bei einer ausgewiesenen mittelgradig depressiven Symptomatik ab Februar 2017 dennoch eine 75 bis 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten gemäss dem behandelnden Psychiater als plausibel ansehe, erschliesse sich dem RAD nicht ohne weiteres. Dr. med. K.\_\_\_\_ empfahl demnach, auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht abzustellen. Wichtigster Kritikpunkt sei, dass die Begutachtung in einer nicht abgeschlossenen intensiven Behandlungsphase erfolgt sei, was eine abschliessende Beurteilung eines anhaltenden psychischen Gesundheitsschadens nicht erlaube. Daneben blieben im Gutachten auch weitere Fragen offen. Der RAD- und Facharzt wies darauf hin, trotz remittierter Symptomatik im Jahr 2011 habe der Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Die Annahme des Gutachters, die Entwicklung der mehrseitigen Abhängigkeitsproblematik sei Folge eines inadäquaten Selbstbehandlungsversuchs der rezidivierenden depressiven Störung, erscheine aus Sicht des RAD nicht einleuchtend, wenn der behandelnde Psychiater die Benzodiazepine verschrieben habe. Dr. med. K.\_\_\_\_ kam zum Schluss, der Erkenntnisgewinn durch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ sei «überschaubar». Es müsse daher eine nochmalige, und nun bidisziplinäre (psychiatrisch-neuropsychologisch) Begutachtung nach Abschluss der stationären Behandlung und ca. 3 Monate nach Wiederaufnahme der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vorgeschlagen werden (IV-Nr. 158 S. 4 f.; vgl. E. II. 6.6 hiervor). Auch in Bezug auf dieses Gutachten legt Dr. med. K.\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig dar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Die vom RAD- und Facharzt erwähnten Mängel und insbesondere auch das Fehlen der von ihm empfohlenen neuropsychologischen Abklärung führen dazu, dass auf das Gutachten nicht abgestellt werden kann. Dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ kommt somit ebenfalls kein Beweiswert zu.

7.3.4 Nach dem Gesagten ist zur Beurteilung der medizinischen Situation und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens auf das bidisziplinäre (psychiatrisch-neuropsychologische) F.\_\_\_\_-Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ vom 26. August 2019 abzustellen, da nur dieses den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht wird (vgl. E. II. 7.3.1 hiervor). Den Gutachten der F.\_\_\_\_ sowie von

Dr. med. L. \_\_\_ kommt aufgrund der erwähnten Mängel dagegen kein Beweiswert zu. Dem Einwand des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 7. April 2021, das F. \_\_\_-Gutachten enthalte keine Indikatorenprüfung, kann nicht gefolgt werden. So können dem Gutachten zu den massgeblichen Indikatoren «Kategorie funktioneller Schweregrad» (Komplex «Gesundheitsschädigung», Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder ■resistenz, Komorbiditäten; Komplex «Persönlichkeit»; Komplex «Sozialer Kontext») und «Kategorie Konsistenz» in den Ziff. 3., 4., 6. und 7. des Gutachtens (IV-Nr. 167.1 S. 7 ff. und 17 ff.) die relevanten Angaben entnommen werden. Das bidisziplinäre F. \_\_\_-Gutachten erweist sich auch nach der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. O. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 4. November 2019 als schlüssig und nachvollziehbar (IV-Nr. 172 S. 2; vgl. E. II. 6.9 hiervor). Dem ist beizupflichten.

#### **E. 7.4**

7.4.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, die psychiatrische Gutachterin Dr. med. M. \_\_\_ gebe ausdrücklich nur eine Momentaufnahme ab. Sodann lege sie sich nicht klar fest, ob den Einschätzungen der Vorgutachter (D. \_\_\_ [...], Dr. med. E. \_\_\_) zuzustimmen sei oder nicht. Der medizinische Sachverhalt bezüglich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 20. September 2011) sei unvollständig und nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei widersprüchlich. Schliesslich benötige die tatsächliche Umsetzbarkeit des nach medizinisch-theoretischer Einschätzung gemäss Dr. med. M. \_\_\_ an sich bestehenden funktionellen Leistungsvermögens nach ihrer eigenen ärztlichen Feststellung bestimmte Eingliederungsvorkehren. Der Beschwerdeführer könne sich nicht in eigener Regie auf eine Arbeitsleistung von (mindestens) 80 % auftrainieren. Aktuell, ohne erfolgte Eingliederungsmassnahmen, gelte die von der Gutachterin attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 10 f.).

7.4.2 Zum Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. M. \_\_\_ gebe in ihrem Gutachten nur eine Momentaufnahme ab, ist Folgendes festzuhalten: Die Gutachterin führte bezüglich der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, aufgrund der aktuell erhobenen, phänomenologisch gesehen lediglich leichtgradigen depressiven Symptomatik seien unter Ausklammerung aller psychosozialen Einflussfaktoren (z.B. mangelhafte Deutschkenntnisse, langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt, geringe Berufsausbildung, Alter, Status nach Rentenbezug) und des gezeigten aggravatorischen Verhaltens höchstens leichte Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, Antrieb, Durchhaltevermögen und Konzentrationsspanne zu erwarten, sodass eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar sei, dies nicht zuletzt auch aufgrund einer anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wach Rhythmus mit einer Schlafdauer bis in den späten Vormittag hinein (IV-Nr. 167.1 S. 24). Bei dieser Einschätzung kann ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht bloss von einer Momentaufnahme gesprochen werden, steht diese aktuelle Beurteilung doch in Einklang mit den weiteren Angaben der Gutachterin. So führte diese u.a. aus, «unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und des aktuellen klinischen Befundes lässt sich die von Seiten der D. \_\_\_ anlässlich der Hospitalisation vom Oktober/November 2018 und von Seiten des ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_ mit Bericht vom 21.1.2019 gestellte Diagnose einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode bei rezidivierender Störung nicht sicher

erhärten» (IV-Nr. 167.1 S. 20). Dr. med. M.\_\_\_\_ stellte sodann fest, der aktuelle psychopathologische Befund sei gut vergleichbar mit dem psychischen Befund, wie er bei der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ im Februar 2011 beschrieben worden sei. Unter Berücksichtigung der auch im Jahr 2011 ganz ähnlichen spontanen Beschwerdeschilderung erscheine die von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) die aktuell präsentierte Symptomatik sowie auch den Längsverlauf am besten zu erfassen. Dabei handle es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung mit konstanten oder konstant wiederkehrenden Depressionen. Mit Blick auf die persönliche Anamnese sowie die jahrelange komplexe psychosoziale Belastungssituation sei davon auszugehen, dass die chronische depressive Entwicklung sich letztlich aus einer nicht überwundenen Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (und Angst) entwickelt habe und nicht nur zu Beginn, sondern bis aktuell einen ausgeprägt reaktiven Charakter aufweise (IV-Nr. 167.1 S. 21). Zusammenfassend beschrieb die psychiatrische Gutachterin unter Berücksichtigung der dargestellten Krankheitsanamnese den deutlich engen Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren, soziokulturellen Faktoren sowie der Entwicklung und dem Verlauf der psychischen Störung. Zudem ging sie auf die beim Beschwerdeführer bestehende Suchtproblematik ein (IV-Nr. 167.1 S. 23). Schliesslich kam die Gutachterin aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse zum Schluss, «trotz der maximalen Chronifizierung des depressiven Zustandsbildes entsteht im vorliegenden Fall der Eindruck, dass sich die psychische Befindlichkeit des Versicherten bei hypothetischem Wegfall der Belastungsfaktoren und vorhandener sozialer Einbettung verbessern lassen würde, was alle bisherigen medizinischen therapeutischen Bemühungen nicht erreicht haben. Zu den positiven Einflussfaktoren auf die psychische Befindlichkeit würde auch eine ausserhäusliche Beschäftigung und Tagesstruktur gehören» (IV-Nr. 167.1 S. 24). Nach dem Gesagten beurteilte die psychiatrische Gutachterin somit nicht nur den im Zeitpunkt der Untersuchung vom 18. Juni 2019 bestehenden psychischen Zustand des Beschwerdeführers, sondern sie nahm ihre Einschätzung gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen, die anamnestischen Angaben und ihre klinischen Untersuchungsergebnisse vor. Der medizinische Sachverhalt wurde ■ soweit medizinische Akten vorhanden waren und beurteilt werden konnten ■ von Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ umfassend und damit rechtsgenügend abgeklärt, wobei sich die Gutachter insbesondere auch mit den Vorgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2011 (IV-Nr. 84.1), der D.\_\_\_\_ [...] vom 20. Februar 2018 (IV-Nr. 144) und von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 (IV-Nr. 155.1) auseinandersetzen und überzeugend darlegten, weshalb sie den Einschätzungen der D.\_\_\_\_, von Dr. med. E.\_\_\_\_ sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht folgen konnten (vgl. IV-Nr. 167.1 S. 20 ff.). Insbesondere wurde erklärt, weshalb die von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer Dysthymia die präsentierte Symptomatik sowie auch den Längsverlauf am besten erfasst. Aus dem Umstand, dass die psychiatrische Gutachterin feststellte, für den Zeitraum vom Februar 2011 bis zum Februar 2017 seien ■ abgesehen vom Austrittsbericht des G.\_\_\_\_, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 27. Mai 2012 (Behandlung wegen einer bakteriellen Pneumonie; vgl. IV-Nr. 120 S. 5 ff.) ■ keine medizinischen Berichte vorhanden und der psychische Gesundheitszustand während dieses Zeitraums bleibe unklar (vgl. IV-Nr. 167.1 S. 22), kann ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ keine unvollständige Sachverhaltsabklärung durch die Gutachter im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung abgeleitet werden.

7.4.3 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit sei «komplett widersprüchlich», kann ebenso wenig gefolgt werden. Dr. med. M.\_\_\_\_ führte aus, aus rein psychiatrischer Sicht wäre dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Tätigkeit mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und das Arbeitstempo (wenig Zeit- und Leistungsdruck) mit vollem zeitlichem Pensum (100 %) und einer geringfügigen qualitativen Leistungsminderung «in der Grössenordnung von 15 %» zumutbar (IV-Nr. 167.1 S. 24). Im Weiteren gab die Gutachterin an, prognostisch sollte unter ausschliesslicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte und unter (hypothetischer) Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren in 3 bis 6 Monaten eine wesentliche Verbesserung der depressiven Symptomatik und eine Arbeitsfähigkeit «von über 80 %» für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Verweistätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt resultieren, bezogen auf ein theoretisches 100 % Pensum (IV-Nr. 167.1 S. 25). Dass die Gutachterin zuerst von einer qualitativen Leistungsminderung «in der Grössenordnung von 15 %» sprach und danach festhielt, prognostisch sollte eine Arbeitsfähigkeit «von über 80 %» resultieren, macht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht widersprüchlich, da daraus keine relevante Differenz bezüglich der hier massgebenden Arbeitsfähigkeit von 85 % abgeleitet werden kann. Die Gutachterin hielt auch bei der abschliessenden Beantwortung der gestellten Fragen zur Arbeitsfähigkeit nochmals ausdrücklich fest, die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter als auch in einer angepassten Verweistätigkeit werde aus interdisziplinärer Sicht auf 85 % geschätzt (bezogen auf ein 100%-Pensum); aus psychischen Gründen bestehe eine in der Grössenordnung von 15 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 167.1 S. 26 f. Ziff. 8). Demnach ist von dieser fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es besteht kein Anlass, den Beweiswert des Gutachtens aufgrund des vorerwähnten Einwands des Beschwerdeführers in Frage zu stellen.

## **E. 7.5**

7.5.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 20. September 2011, IV-Nr. 101) eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der vorerwähnten Verfügung im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2011, worin dieser eine Dysthymia (F34.1) bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4), bei Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (F43.22), sowie ein Abhängigkeitssyndrom von Tabak, gegenwärtig abstinent, Teilremission (F17.201), diagnostizierte und zur Beurteilung darlegte, die ICD-Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht (mehr) erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Das ängstlich-depressive (dysthyme) Syndrom mit u.a. körperlichen Missempfindungen erkläre sich vollständig als Teil der Dysthymia und psychosozialer Faktoren (beispielsweise Herkunft, Migration, geringe Berufsausbildung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, Rentenbezug, mangelhafte Deutschkenntnisse) und begründe alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10. Die Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 und die damit verbundenen Defizite begründeten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (mehr als 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr. Es bestünden sodann keine besonderen Hinweise, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder

eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten könne eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ab 21. September 2010 nicht mehr begründet werden. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Januar 2007 könne aufgrund der aktuellen Untersuchung objektiviert werden. Die Verwertung der Arbeitsfähigkeit in einem körperlich angemessenen Tätigkeitsbereich sei medizinisch-theoretisch aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht möglich und zumutbar (IV-Nr. 84.1 S. 7 ff.). Die daraufhin mit Verfügung vom 20. September 2011 auf Ende Oktober 2011 erfolgte Renteneinstellung (IV-Nr. 101) wurde in der Folge vom Versicherungsgericht mit rechtskräftigen Urteil vom 28. August 2013 (VSBES.2011.269) bestätigt (IV-Nr. 121 S. 2 ff.; vgl. E. II. 5. hiervor).

Im Vergleich dazu stellten die psychiatrische Gutachterin Dr. med. M.\_\_\_\_ sowie der Neuropsychologe lic. phil. N.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 26. August 2019 die Diagnosen (mit geringfügigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) einer Dysthymia (F34.1) sowie sonstiger anhaltender affektiver Störungen im Sinne einer «Verbitterungsstörung» (F34.8). Das Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen, iatrogen verursacht (F13.24), der schädliche Gebrauch von Cannabis (F12.1) sowie ein möglicher schädlicher Konsum von Alkohol (ohne Code) hätten keine sicheren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter kamen zum Schluss, unter Berücksichtigung des aktuellen psychopathologischen Befundes, der gut vergleichbar sei mit dem psychischen Befund, wie er bei der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ im Februar 2011 beschrieben worden sei, sowie unter Berücksichtigung der auch im Jahr 2011 ganz ähnlichen spontanen Beschwerdeschilderung erscheine die von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) die aktuell präsentierte Symptomatik sowie auch den Längsverlauf am besten zu erfassen. Dabei handle es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung mit konstanten oder konstant wiederkehrenden Depressionen (dazwischen könnten Perioden normaler Stimmung liegen, die aber selten länger als einige Wochen dauerten) mit vermindertem Antrieb oder Aktivität, Schlafstörungen, Verlust des Selbstvertrauens, Insuffizienzgefühlen, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialem Rückzug, Verlust des Interesses oder der Freude an angenehmen Aktivitäten, verminderter Gesprächigkeit, Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit, erkennbarem Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, Neigung zum Weinen sowie Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung (IV-Nr. 167.1 S. 21). Aus rein psychiatrischer Sicht wäre dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Tätigkeit mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und das Arbeitstempo mit vollem zeitlichen Pensum (100 %) und einer geringfügigen qualitativen Leistungsminderung in der Grössenordnung von 15 % zumutbar (IV-Nr. 167.1 S. 24; E. II. 6.7 hiervor).

Angesichts der von der psychiatrischen Gutachterin gestellten Diagnosen und ihrer Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kann nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Renteneinstellungsverfügung vom 20. September 2011 ausgegangen werden. Sowohl Dr. med. C.\_\_\_\_ als auch Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ diagnostizierten beim

Beschwerdeführer im Wesentlichen eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und schätzten dessen Arbeitsunfähigkeit weder als relevant noch als längerdauernd ein. Die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands durch Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ weichen sowohl bezüglich Diagnose als auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich von der Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 7. Februar 2011 ab. Dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (keine relevante [mehr als 20 % von 100 %] längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr) entspricht der im Juni 2019 attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit «in der Grössenordnung von 15 %», wobei beide Arbeitsunfähigkeitsgrade keinen Rentenanspruch auslösen. Demnach ist von einem grundsätzlich gleichbleibenden psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen, auch wenn aufgrund einer aufgetretenen rezidivierenden depressiven Störung zwischenzeitlich eine stationäre Behandlung in den D.\_\_\_\_ [...] mit einer im Zeitraum vom 3. Oktober bis 7. November 2018 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgte (IV-Nr. 161 S. 4 ff; E. II. 6.5 hiervor).

7.5.2 Was den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der Neuanmeldung vom 23. März 2017 angeht, stellte Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, während der stationären Behandlung in den D.\_\_\_\_ im Oktober/November 2018 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, darüber hinaus lasse sich jedoch eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht erhärten. Seit der IV-Neuanmeldung vom 23. März 2017 bis zur stationären Behandlung im Oktober 2018 sei aufgrund der vorliegenden Akten hierzu keine zuverlässige Einschätzung möglich, sodass die postulierte Arbeitsfähigkeit von 85 % spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (18. Juni 2019) gelte (IV-Nr. 167.1 S. 26). Angesichts der bestehenden Aktenlage ist auf diese fachärztliche Beurteilung abzustellen. Wie erwähnt, kommt den davon abweichenden Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 und von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 aufgrund der fachärztlich festgestellten Mängel kein Beweiswert zu, weshalb sie zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht heranzuziehen sind. Gestützt auf das F.\_\_\_\_-Gutachten kann seit der Neuanmeldung aus folgenden Gründen nicht von einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden: Dr. med. M.\_\_\_\_ kam zum Schluss, unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und des aktuellen klinischen Befundes lasse sich die von Seiten der D.\_\_\_\_ anlässlich der Hospitalisation vom Oktober/November 2018 und von Seiten des ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ mit Bericht vom 21. Januar 2019 gestellte Diagnose einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung nicht sicher erhärten (IV-Nr. 167.1 S. 20; vgl. IV-Nr. 159 S. 8 und 161 S. 4). Der aktuelle psychopathologische Befund lasse sich nicht mit einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode vereinbaren. Insbesondere bestehe ■ im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachten der D.\_\_\_\_ vom Februar 2018 und zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Oktober 2018 - ein unauffälliges Antriebsverhalten sowie ein unauffälliges formales Denken, und die affektive Schwingungsfähigkeit falle erstaunlich gut aus. Ein weiterer Vorbehalt zur Diagnose einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode sah Dr. med. M.\_\_\_\_ im Umstand, dass der Beschwerdeführer bei den Spontanangaben bei den verschiedenen psychiatrischen Gutachtern deutlich variierende Angaben gemacht habe. Zudem seien die von ihm spontan geäusserten Angaben nicht sehr spezifisch und würden ebenso gut zu einer anhaltenden depressiven Anpassungsstörung oder Dysthymie passen, wie sie vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ im Jahr 2011 diagnostiziert worden sei. Einige der Symptome könnten auch im Rahmen eines Abhängigkeitssyndroms von Benzodiazepinen, Cannabis

und/oder Alkohol erwartet werden. Ein weiterer und bedeutsamer Vorbehalt zu den Beschwerdeangaben ergebe sich aus den Ergebnissen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung, die vor dem Hintergrund der gezeigten unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion deutliche Hinweise für eine Aggravation oder gar Vortäuschung von Befunden gezeigt habe (IV-Nr. 167.1 S. 20). Dr. med. M.\_\_\_\_ legte im Weiteren nachvollziehbar und schlüssig dar, die vom Beschwerdeführer geschilderte diffuse Angstsymptomatik lasse sich problemlos im Rahmen der Dysthymie einordnen. Die diagnostischen Kriterien für eine generalisierte Angststörung liessen sich aufgrund der Beschwerdeangaben nicht ausreichend erhärten. Auch die postulierte Verdachtsdiagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit lasse sich nicht stützen. Nach den überzeugenden Angaben von Dr. med. M.\_\_\_\_ ist die Verbitterung über die nicht überwundene Kränkung, die Enttäuschung über den Verlauf des Lebens seit der Trennung und die anhaltende Unzufriedenheit mit der Lebenssituation als sogenannte «Verbitterungsstörung» zu qualifizieren. Es sei bis zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung in erster Linie die anhaltend schwierige sozioökonomische Situation, die unbefriedigende Wohnsituation und die Einsamkeit, welche den Beschwerdeführer anhaltend belaste und die depressive Symptomatik sowie die Verbitterungssymptomatik trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung seit mehr als 10 Jahren aufrechterhalte. Es sei auch die anhaltend schwierige psychosoziale Situation, welche wesentlich für das bei der aktuellen neuropsychologischen Begutachtung präsentierte aggravatorische Verhalten bis hin zur Vortäuschung von Befunden verantwortlich zeichne (IV-Nr. 167.1 S. 23). Angesichts dieses von Dr. med. M.\_\_\_\_ erhobenen Begutachtungsergebnisses, wonach die von Dr. med. C.\_\_\_\_ im Gutachten vom 7. Februar 2011 erhobene Diagnose einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) die aktuell präsentierte Symptomatik sowie auch den Längsverlauf am besten zu erfassen scheine und zusätzlich (lediglich) von einer Verbitterungsstörung auszugehen sei (IV-Nr. 167.1 S. 21 und 23), ist eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Neuanmeldung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

7.5.3 Von einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung seit der Neuanmeldung vom 23. März 2017 kann auch nicht aufgrund der Suchtproblematik des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Das von Dr. med. M.\_\_\_\_ diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen, iatrogen verursacht (vom Arzt erzeugt; F13.24), der schädliche Gebrauch von Cannabis (F12.1) sowie der mögliche schädliche Konsum von Alkohol (ohne Code) wurden unter den Diagnosen «ohne sichere oder mit unklaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» aufgeführt (IV-Nr. 167.1 S. 17). Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt dazu im Wesentlichen fest, beim Beschwerdeführer habe sich zusätzlich eine Suchtproblematik entwickelt, welche zumindest in Bezug auf den schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen als sekundäre Folgeerscheinung der anhaltenden Befindlichkeitsstörungen beurteilt werden könne. Die Ärzte verschrieben dem Beschwerdeführer seit Jahren Benzodiazepine und Hypnotika. Die während der stationären Behandlung in den D.\_\_\_\_ im Oktober/November 2018 erzielte Abstinenz sei angesichts der positiv getesteten Urinproben auf Benzodiazepine offensichtlich inzwischen von einem neuerlichen Konsum von Hypnotika/Tranquilizern abgelöst worden. Auch bezüglich Cannabis sei von einem anhaltenden schädlichen Konsum auszugehen. Inwieweit der Alkoholkonsum beim Beschwerdeführer ein übermässiges, schädliches Ausmass hat, konnte die Gutachterin nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilen. Sie stellte fest, der Umstand, dass die psychische

Befindlichkeit des Beschwerdeführers sich während der letzten stationären Behandlung, wo auch ein Entzug von Benzodiazepinen stattgefunden habe, subjektiv merklich gebessert, seit dem Austritt jedoch wieder verschlechtert habe, unterstreiche ebenfalls die gegenseitige Beeinflussung von depressiver Symptomatik und Suchtmittelkonsum. Was den Cannabiskonsum betreffe, sei nicht davon auszugehen, dass dieser erst im Rahmen der depressiven Entwicklung aufgetreten sei, zumal der Beschwerdeführer schon bei der ersten psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2007 von einem «früheren» Cannabiskonsum in der Anamnese gesprochen habe. Dasselbe gelte vermutlich auch für den Alkoholkonsum. Möglich sei aber eine Verstärkung des Konsumverhaltens aufgrund der anhaltend belastenden Lebenssituation und der damit verbundenen Befindlichkeitsstörung im Sinne eines dysfunktionalen Konsumverhaltens (IV-Nr. 167.1 S. 23 f.).

Es trifft zu, dass bereits im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2007 erwähnt wurde, in der Anamnese sei der Konsum von Cannabinoiden «früher einmal» bekannt (IV-Nr. 51.1 S. 6). Im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2011 wurde darauf hingewiesen, Cannabinoide habe der Beschwerdeführer zuletzt im Jahr 2009 geraucht (IV-Nr. 84.1 S. 3). Gestützt auf die gutachterlichen Angaben von Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie Dr. med. M.\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht erst seit der Neuanmeldung vom März 2017 Benzodiazepine und Cannabis konsumiert, sondern bereits früher damit begonnen hat. Allerdings erscheint es naheliegend, dass eine Verstärkung des Konsumverhaltens aufgrund der anhaltend belastenden Lebenssituation eingetreten sein könnte, wie dies von Dr. med. M.\_\_\_\_ denn auch als möglich angesehen wird (vgl. auch Urinuntersuchungen vom 18. Juni 2019 mit einem positiven Befund für Benzodiazepine und Cannabis, IV-Nr. 167.4 S. 2). Indessen geht die psychiatrische Gutachterin auch unter Berücksichtigung der Suchtproblematik von einer geringfügigen qualitativen Leistungsminderung in der Grössenordnung von 15 % aus. Sie führt zwar aus, auf therapeutischer Ebene sollte auf eine Sicherung der Abstinenz von Benzodiazepinen und Cannabis hingearbeitet werden, wegen der Suchtproblematik ist gemäss ihren fachärztlichen Angaben jedoch nicht von einer zusätzlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Dafür spricht auch, dass der Umstand, wonach der Beschwerdeführer erst gegen Mittag aufsteht (Verschiebung des Schlaf-/Wach-Rhythmus), von der Gutachterin im Wesentlichen mit dem Einfluss der langjährigen Dekonditionierung bei Fehlen einer geregelten ausserhäuslichen Beschäftigung und nur teilweise mit der Einnahme von Seroquel, wahrscheinlich auch Benzodiazepinen, eventuell auch Cannabis und Alkohol begründet wird (IV-Nr. 167.1 S. 25 f.).

7.5.4 Nach den fachärztlichen Angaben von Dr. med. M.\_\_\_\_ sollte prognostisch unter ausschliesslicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte und unter (hypothetischer) Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren in 3 bis 6 Monaten eine wesentliche Verbesserung der depressiven Symptomatik und eine Arbeitsfähigkeit von über 80 % (bezogen auf ein theoretisches 100 %-Pensum) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter oder eine vergleichbare Verweistätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt resultieren. Eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit dürfte in erster Linie durch eine Veränderung äusserer Faktoren (Tagesstrukturierung, ausserhäusliche Beschäftigung, mehr Sozialkontakte) zu erreichen sein (IV-Nr. 167.1 S. 25). Damit übereinstimmend halten Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ im Rahmen der abschliessenden Fragenbeantwortung nochmals ausdrücklich fest, aus interdisziplinärer (psychiatrischer und neuropsychologischer) Sicht könnte der Beschwerdeführer sowohl in

der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter als auch in einer vergleichbaren Verweistätigkeit (mit höchstens durchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstorganisation und das Arbeitstempo [wenig Zeit- und Leistungsdruck]) ein volles zeitliches Arbeitspensum ausüben, wobei aus psychischen Gründen eine Leistungseinschränkung in der Grössenordnung von 15 % bestehe (IV-Nr. 167.1 S. 26). Dass der Beschwerdeführer dieses Arbeitspensum nach den Angaben der Experten aufgrund der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung inklusive Verschiebung des Schlaf-/Wach-Rhythmus erst nach einer Angewöhnungszeit mit Tagesstrukturierung und ausserhäuslicher Beschäftigung von 3 bis 6 Monaten realisieren kann, hat ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht zur Folge, dass im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (27. Januar 2020) von einer Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit von lediglich 50 % auszugehen wäre. Nach der Rechtsprechung stellt eine Dekonditionierung in der Invalidenversicherung kein versichertes Risiko dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.1 mit Hinweisen). Gestützt auf die aus der bidisziplinären Begutachtung hervorgegangenen Untersuchungsergebnisse ist keine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Daran vermag die erst nach vorliegend angefochtener Verfügung durch den behandelnden Psychiater erfolgte Klinikeinweisung des Beschwerdeführers (Hospitalisation in den D.\_\_\_\_ vom 28. Februar bis 8. April 2020) nichts zu ändern, zumal im entsprechenden Austrittsbericht vom 8. bzw. 14. April 2020 zur Behandlung festgehalten wurde, im Verlauf sei es nach einer psychopharmakologischen Umstellung zu einer langsamen Besserung der Symptomatik gekommen und der Beschwerdeführer habe in deutlich gebessertem Zustand aus der Klinik entlassen werden können (BB 2 [Urkunde Nr. 8]; vgl. E. II. 6.10 hiervor). Auch die im Rahmen des Beschäftigungsprogramms in der P.\_\_\_\_ vom 15. Juni bis 4. September 2020 gewonnene Erkenntnis, wonach die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers zum aktuellen Zeitpunkt als sehr gering einzustufen sei (vgl. definitiver Zwischenbericht [BB 1, Urkunde Nr. 7]), vermag das bidisziplinäre Begutachtungsergebnis von Dr. med. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

7.6 Der Beschwerdeführer lässt schliesslich geltend machen, die Beschwerdegegnerin scheine übersehen zu haben, dass die tatsächliche Umsetzbarkeit des nach medizinisch-theoretischer Einschätzung von Dr. med. M.\_\_\_\_ an sich bestehenden funktionellen Leistungsvermögens gemäss ihrer eigenen ärztlichen Feststellung bestimmte Eingliederungsvorkehren benötige. Es müsse geprüft werden, ob es zur Aktivierung der grundsätzlich gegebenen Arbeitsfähigkeit noch der Durchführung von ■ der Invalidenversicherung obliegenden ■ Eingliederungsmassnahmen bedürfe. Dabei sollten, etwa im Rahmen eines Arbeitstrainings, den Folgen des Gesundheitsschadens zugehörige, nicht aus eigenem Antrieb überwindbare Defizite in erwerbsrelevanten Fertigkeiten ausgeglichen oder etwa das krankheitsbedingt verlorene Vertrauen in die Belastbarkeit wieder aufgebaut werden. Die Beschwerdegegnerin habe jedoch nie solche Eingliederungsmassnahmen durchgeführt oder dem Beschwerdeführer angeboten (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 11).

Dazu ist festzuhalten, dass aufgrund der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Abklärungen seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 20. September 2011; IV-Nr. 101) keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt werden kann, weshalb auch keine beruflichen

Eingliederungsmassnahmen zu gewähren sind. Die Revisionsgrundsätze, unter Einschluss der Neuanmeldungsregelung, gelten praxisgemäss in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_291/2017, 9C\_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 V 64 E. 2 S. 66 und 109 V 119 E. 3a S. 122; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 463 Rz.140).

8. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2020, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mangels einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Es besteht kein Anlass für die Vornahme weiterer medizinischer und/oder beruflicher Abklärungsmassnahmen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 7. Oktober 2020; A.S. 25 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat anlässlich der Verhandlung vom 7. April 2021 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'948.30 (14.14 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 131.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 37 f.).

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Die unter dem Datum vom 27. Februar 2020 angegebene Position «Klient bringt Unterlagen» (0.08 Std.) kann damit nicht berücksichtigt werden. Ebenso wenig sind die Positionen «Brief an Klient» vom 2. März, 8., 19. und 27. Oktober 2020 sowie 18. Januar 2021 (jeweils 0.17 Std.) zu vergüten, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist, was ebenfalls Kanzleiaufwand darstellt. Die Vorbereitung auf die Verhandlung vom 7. April 2021 wurde vom Rechtsvertreter in der Kostennote auf eine Stunde korrigiert und die Verhandlung dauerte 1.25 Stunden. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 12.96 Stunden. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 83.90 zu vergüten. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'602.80 (Honorar von CHF 2'332.80 zuzüglich Auslagen von CHF 83.90 und MwSt. von CHF 186.10 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein

Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 697.90 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor).

9.3 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. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 2'602.80 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters wird auf CHF 697.90 festgesetzt.

3. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege sind sie durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung 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 Zwischenentscheidungen (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

Schmidhauser

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