



Fall-Nr.: 2012/459
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 23.12.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 23.12.2014

Art. 14a, Art. 15 ff. und Art. 28 IVG. Mangels leistungsrelevanter Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit kein Anspruch auf IV-Leistungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Dezember 2014, IV 2012/459).

Entscheid Versicherungsgericht, 23.12.2014

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz) und Lisbeth Mattle Frei, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg, Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 23. Dezember 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ meldete sich wegen eines Burn-out am 10. Juli 2007 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 2). Am 6. August 2007 erhielt die IV-Stelle einen Bericht der Klinik Gais vom 12. März 2007 betreffend den stationären Rehabilitationsaufenthalt vom 1. bis 21. Februar 2007. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen gaben an, der Versicherte leide an einem Burn-out-Syndrom (ICD-10: Z73.0; IV-act. 22). RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vertrat in der Stellungnahme vom 6. September 2007 den Standpunkt, es sei aktuell kein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. In der angestammten Tätigkeit als Geschäftsleiter einer Tankstelle bestehe aus medizinischer Sicht keine Einschränkung (IV-act. 29). Die behandelnde Dr. med. C.____, Psychiatrie + Psychotherapie, berichtete am 3. Oktober 2007, sie habe eine Depression mittleren Grades (ICD-10: F32.1) diagnostiziert, die seit 2006 bestehe. Sie bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit. Es sei eine Wiedereingliederung anzustreben mit schrittweisem Aufbau der Tätigkeit und enger Führung. "Zu Beginn vorzugsweise 50%" (IV-act. 32). Im Bericht vom 27. November 2007 erwähnt der behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression mittleren Grades und ein Burn-out-Syndrom. Er hielt den Versicherten für 100% arbeitsunfähig (IV-act. 37). RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, stellte die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin nicht in Frage (Stellungnahme vom 8. Januar "2007" [richtig: 2008], IV-act. 40-2).

A.b Im Auftrag der Schweizerischen Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: die Mobiliar) wurde der Versicherte am 4. Juni 2008 durch Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Da aktuell beim Versicherten keine depressiven Symptome zu eruieren seien, müsse man sich auf seine Angaben und die Akten abstützen, die insgesamt das Bild eines allenfalls leicht Depressiven vermitteln würden. Wegen des engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Erschöpfungszustand, bzw. der depressiven Symptomatik, und einer Überlastungssituation bei der Arbeit dürfte am ehesten eine Anpassungsstörung im Sinn einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) vorliegen. Daher könne derzeit von einer gut hälftigen Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit ohne Führungsaufgaben ausgegangen werden. Es seien dringend berufliche Massnahmen



angezeigt. Für die angestammte Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Gutachten vom 19. August 2008, Fremdakten).

A.c Die IV-Stelle erteilte am 1. Oktober 2008 eine Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung bei der G.____ GmbH für die Dauer vom 2. Juni bis 15. Juli 2008 (IV-act. 59; zur Taggeldverfügung vom 13. Januar 2009 siehe IV-act. 65 und zum Inhalt der Abklärungsmassnahme IV-act. 51-2 ff.). Im von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Verlaufsgutachten vom 25. Mai 2009 führte Dr. F.____ aus, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Dabei handle es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild (IV-act. 81-8 f.). Für eine leidensangepasste Tätigkeit verfüge der Versicherte lediglich über eine 25 bis 30%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 81-12). Der seit 28. März 2007 behandelnde Psychotherapeut lic. phil. H.____ stimmte im Bericht vom 7. Januar 2010 mit der Einschätzung von Dr. F.____ überein (IV-act. 91). RAD-Arzt Dr. B.____ hielt eine derart schwere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für nicht nachvollziehbar und empfahl die Einholung einer Zweitmeinung (Stellungnahme vom 20. Mai 2010, IV-act. 94).

A.d Am 20. Mai 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie gewähre Beratung und Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung (IV-act. 96). Am 25. Mai 2010 teilte sie dem Versicherten sodann mit, dass eine weitere medizinische Abklärung notwendig sei (IV-act. 98).

A.e Die IV-Stelle erhielt am 8. Juni 2010 im Rahmen eines Erstgesprächs betreffend berufliche Eingliederung Kenntnis des von der Mobiliar bei Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Auftrag gegebenen Gutachtens vom 12. April 2010 (IV-act. 102-1). Der Experte gelangte darin zum Schluss, zusammenfassend sei weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom auszugehen. Zusätzlich bestehe eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7). Es sei davon auszugehen, dass seit August 2006 eine Arbeitsfähigkeit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht mehr gegeben sei. Unter einer Behandlungsoptimierung könne zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit realisiert werden. Doch sei frühestens in einem Jahr damit zu rechnen. Invaliditätsfremde Faktoren lägen keine vor (IV-act. 100-2 ff.). Vom 4. Oktober 2010 bis 14. Januar 2011 war der Versicherte - auf



Aufforderung der IV-Stelle hin (Schreiben vom 19. August 2010, IV-act. 103) - in Behandlung in der J.____ für Erwachsene des Psychiatrischen Zentrums K.____. Die dort behandelnden psychologischen Fachpersonen erhoben die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), teilremittiert. Bei Austritt bescheinigten sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Austrittsbericht vom 25. Januar 2011, IV-act. 111; siehe auch den Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums K.____ vom 10./16. März 2011, IV-act. 114).

A.f Am 26. und 27. September 2011 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von Dr. med. L.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, untersucht. Im Gutachten vom 7. März 2012 gab der Experte an, der Versicherte leide - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - an einem Status nach Burn-out-Syndrom (ICD-10: Z73.0), nach Anpassungsstörung im Sinn einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) und nach mittelgradiger depressiver Störung (ICD-10: F32). Weder aus der anamnestischen Erhebung noch aus dem klinischen Befund ergäben sich Hinweise auf eine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Dementsprechend bestehe beim Versicherten seit dem Zeitpunkt dieser Begutachtung (September 2011) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die an den Tag gelegte Adynamie seitens des Versicherten werde als Depression missdeutet. Dieses Verhalten sei reaktiver Natur und deute auf einen sekundären Krankheitsgewinn hin. Auch die psychosozialen Belastungen, die damit verbunden seien, seien IV-fremd. Die Förster-Kriterien seien nicht erfüllt. Die Willensanstrengung zur adäquaten Überwindung seines syndromalen Zustands (chronische Müdigkeit bei anhaltender psychosozialer Belastung, psychophysisches Erschöpfungssyndrom) sei dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht voll zumutbar (IV-act. 124). Gestützt auf das Gutachten von Dr. L.____ ging RAD-Arzt Dr. B.____ in der Stellungnahme vom 13. April 2012 davon aus, es habe vom 1. Februar bis 11. März 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit angestammt und adaptiert (stationärer Aufenthalt in der Klinik Gais), ab März 2007 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit angestammt und volle Arbeitsfähigkeit adaptiert sowie vom 4. Oktober 2010 bis 14. Januar 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (tagesklinische Behandlung) bestanden. Für die übrigen Zeiten könne rückblickend, aufgrund eines fehlenden, anhaltenden Gesundheitsschadens von ausreichender Schwere und der deutlichen Tendenz zur Aggravation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon



ausgegangen werden, dass keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (IV-act. 126-3).

A.g Ausgehend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit stellte die IV-Stelle dem Versicherten in den Vorbescheiden vom 4. Juli 2012 in Aussicht, sein Gesuch um Rentenleistungen (IV-act. 132) sowie berufliche Massnahmen (IV-act. 134) abzuweisen. Dagegen erhob der Versicherte am 7. September 2012 Einwand und reichte einen Bericht von Dr. C.____ und dem behandelnden Psychotherapeuten H.____ vom 4. September 2012 ein. Darin teilten sie ihre Meinung mit, dass es notwendig und sinnvoll wäre, den Anspruch auf berufliche Massnahmen bzw. Wiedereingliederung zu bejahen (IV-act. 140). Mit Verfügungen vom 6. November 2012 (betreffend Rente) und 7. November 2012 (betreffend berufliche Massnahmen) wies die IV-Stelle die Leistungsbegehren ab (IV-act. 144 und 145).

B.

B.a Gegen die Verfügungen vom 6. und 7. November 2012 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 5. Dezember 2012. Der Beschwerdeführer beantragt darin sinngemäss deren Aufhebung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Im Wesentlichen macht er geltend, dass die Einschätzung von Dr. L.____ nicht beweiskräftig und mit der übrigen medizinischen Aktenlage nicht vereinbar sei (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2013 die Abweisung der Beschwerde. Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. L.____ könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nicht relevant in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei. Der Beschwerdeführer sei nicht invalid im Sinn des Gesetzes (act. G 4).

B.c In der Replik vom 2. Mai 2013 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 8).

Erwägungen:



1.

Zwischen den Parteien ist der Anspruch auf Rentenleistungen und berufliche Massnahmen umstritten.

1.1 Allgemeine Voraussetzung für invalidenversicherungsrechtliche Leistungen ist das Vorliegen einer Invalidität (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

1.2 Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinn verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Ist anderseits eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und



inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (eventuell in einem geschützten Rahmen) und einem Erwerb nachzugehen. Indes ist zu differenzieren: Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbstständig und insofern direkte Ursachen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinn der Invalidenversicherung vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.2 mit Hinweisen).

1.3 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 50 E. 1.2). Des Weiteren ist von Bedeutung, dass regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, falls die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2010, 9C_408/2010 E. 4.2). Festzuhalten ist weiter, dass die rein subjektive Einschätzung der versicherten Person betreffend ihre Arbeitsfähigkeit nicht massgebend ist. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgericht vom 3. April 2014, 8C_101/2014, E. 5.1 mit Hinweisen).

1.4 Ein Burn-out kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. "Burn-out" wird zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, es entspricht aber keiner Erkrankung im Sinn der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z999 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien



A00-Y89 klassifizierbar sind. "Burn-out" als solches fällt somit nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.1 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung und medizinische Literatur).

2.

Zu prüfen ist vorab, ob die medizinische Aktenlage eine Beurteilung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Entscheide auf das Gutachten von Dr. L.____ vom 7. März 2012 (IV-act. 144 f.). Der Beschwerdeführer hält dieses für nicht beweiskräftig und bringt vor, es sei auf die gutachterliche Beurteilung von Dr. F.____ und Dr. I.____ abzustellen (act. G 1, S. 5).

2.1 Dr. L.____ führte im Gutachten vom 7. März 2012 aus, der Beschwerdeführer leide - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - an einem Status nach Burn-out-Syndrom (ICD-10: Z73.0), einem Status nach Anpassungsstörung im Sinn einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) und einem Status nach mittelgradiger depressiver Störung (ICD-10: F32). Es bestünden derzeit keine Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 124). Bei der Würdigung des ausführlich begründeten Gutachtens von Dr. L.____ fällt ins Gewicht, dass es auf eigenständigen Abklärungen sowie schriftlichen Testverfahren beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden gewürdigt. Dabei unterschied Dr. L.____ nachvollziehbar zwischen medizinisch objektivierbarem Leiden und den subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen (IV-act. 124-29 oben). Die - unter Berücksichtigung eines demonstrativen Verhaltens sowie einer Aggravation psychischer Symptome erfolgte (IV-act. 124-26 und -29 oben) - Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung (September 2011) leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, zumal Dr. L.____ die davon abweichenden Einschätzungen eingehend diskutierte (IV-act. 124). Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Solche ergeben sich insbesondere auch nicht aus dem Schreiben von Dr. C.____ und dem behandelnden Psychotherapeuten vom 4. September 2012 (IV-act. 140-8). Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender



Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer (spätestens) seit der Begutachtung durch Dr. L.____ (26./27. September 2011) nicht in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist.

2.2 Zu prüfen bleibt die medizinische Situation vor September 2011.

2.2.1 Im Gutachten vom 19. August 2008 diagnostizierte Dr. F.____ eine Anpassungsstörung im Sinn einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21). Er bescheinigte dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und eine - steigerbare - 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit (Fremdakten). Angesichts dessen, dass Dr. F.____ angab, "psychische Beschwerden sind grundsätzlich in einem strengen Sinn nicht objektivierbar", er bei der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf die von ihm nicht angezweifelte Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abstellte (S. 16 des Gutachtens, Fremdakten; siehe auch S. 14 des Gutachtens, Fremdakten: "Da auch aktuell beim Versicherten keine depressiven Symptome zu eruieren sind [...]") und damit keine eigenständig medizinische Ressourcenprüfung vornahm, fehlt der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. F.____ die Beweiskraft.

2.2.2 Anlässlich der Verlaufsbegutachtung vom 1. April 2009 diagnostizierte Dr. F.____ eine ca. im Oktober 2008 aufgetretene mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Für eine leidensangepasste Tätigkeit bescheinigte er eine 25%ige Arbeitsfähigkeit (Verlaufsgutachten vom 25. Mai 2009, IV-act. 81). Diese Einschätzung leuchtet angesichts der beschriebenen Befunde nicht ein (IV-act. 81-7). Die Affektivität wurde als subdepressiv bis depressiv und etwas verlangsamt beschrieben. Das gefühlsmässige Mitschwingen bewege sich in recht engen Grenzen. Dennoch habe ein relativ warmer gemüthlicher Rapport erstellt und auch erhalten werden können. Zwar seien Antrieb und Psychomotorik verlangsamt gewesen bei adäquater Mimik, aber praktisch fehlender Gestik (IV-act. 81-8). Die Bescheinigung einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten kann damit nicht schlüssig erklärt werden. Ferner enthält die verlaufsgutachterliche Beurteilung Widersprüche, hielt doch Dr. F.____ im Rahmen der Befunderhebung fest, gesprächsweise hätten sich keine Störungen der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses ergeben (IV-act. 81-7). An anderer Stelle wiederum führt Dr. F.____ u.a.



Konzentrations- und Auffassungsstörungen als Grund für die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ins Feld (IV-act. 81-12).

2.2.3 Dr. I.____ führte im von der Mobiliar eingeholten Gutachten vom 12. April 2010 aus, der Beschwerdeführer leide mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom, seit spätestens Sommer 2006, und an einer abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7), seit der Adoleszenz. Er gelangte zum Schluss, dass seit August 2006 eine Arbeitsfähigkeit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht mehr gegeben sein dürfte. Unter den von ihm genannten Behandlungsoptimierungen dürfte zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (einfache handwerkliche oder Bürotätigkeit) realisiert werden können. Doch sei frühestens in einem Jahr damit zu rechnen. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei durch die Pathologie bedingt. "Invaliditätsfremde Faktoren, die hier eine Rolle spielen dürften, liegen keine vor" (IV-act. 100, insbesondere IV-act. 100-19 f.). Angesichts der beschriebenen Alltagsaktivitäten (IV-act. 100-9) erscheint die Verneinung jeglicher Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung nicht nachvollziehbar. Ferner kann der nicht näher begründeten Auffassung von Dr. I.____, dass keine relevanten invaliditätsfremden Faktoren vorliegen (IV-act. 100-20), im Licht der von ihm dargestellten psychosozialen Situation (IV-act. 100-9) und der Voraktenlage ("eingengt auf seine psychosoziale Belastung", Bericht Dr. C.____ vom 3. Oktober 2007, IV-act. 32-2; "Ängste, insbesondere bezüglich des wirtschaftlichen Fortkommens", Verlaufsgutachten Dr. F.____ vom 25. Mai 2009, IV-act. 81-7) nicht gefolgt werden. Ergänzend kann auf die Würdigung von Dr. L.____ hingewiesen werden, der mehrere invaliditätsfremde Belastungen beschreibt, die eine Rolle bei der Verursachung und Fortdauer des psychopathologischen Zustands spielen würden, und der die Diagnose einer abhängigen, asthenischen Persönlichkeitsstörung - wie auch die behandelnden medizinischen Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums (IV-act. 114-2: "[...] als Ausdruck einer persönlichkeitsbedingten Schwierigkeit zu sehen sein, welche jedoch nicht die Schwere einer abhängigen Persönlichkeitsstörung im klinischen Sinne erfüllt.") - begründet in Zweifel zieht (IV-act. 124-24). Die gemäss Dr. I.____ seit spätestens Sommer 2006 bestehende mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11; IV-act. 100-19) wirft insoweit Fragen auf, als es sich bei diesem Leiden definitionsgemäss um ein vorübergehendes handelt, indem solche Episoden im



Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und länger dauernde Störungen unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltend affektive Störung) zu subsumieren sind (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3 mit Hinweis auf die medizinische Literatur; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2011, 9C_176/2011, E. 4.3). Insgesamt bestehen damit erhebliche Zweifel am Gutachten von Dr. I.____, zumal die darin vorgenommene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wesentlich durch die Selbstangaben des Beschwerdeführers und die konkrete psychosoziale Belastungssituation geprägt erscheint.

2.2.4 Hinsichtlich des Berichts des Psychiatrischen Zentrums vom 25. Januar 2011 (IV-act. 111) führte Dr. L.____ aus, der Psychostatus des Beschwerdeführers sei bei Austritt als beinahe psychopathologisch unauffällig beschrieben worden. Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50% lasse sich durch den psychopathologischen Zustand des Beschwerdeführers nicht begründen. Dieser habe seine Arbeitsfähigkeit bei Austritt noch tiefer eingeschätzt, und zwar auf 20% (IV-act. 124-26). Diesen schlüssigen Ausführungen von Dr. L.____ ist mit Blick auf den Psychostatus bei Austritt zu folgen: "bewusstseinsklarer und allseits orientierter Patient. Im Gespräch sind keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen feststellbar, wobei die mnestischen Funktionen nicht explizit geprüft wurden und der Pat. von Störungen des Kurzzeitgedächtnisses berichtet. Das formale Denken ist geordnet. Keine Hinweise auf Befürchtungen, Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit bei leicht deprimierter Stimmungslage. Im Antrieb unauffällig erscheinend. Keine Hinweise auf Suizidalität" (IV-act. 111-3). Nachdem die behandelnden medizinischen Fachpersonen im Bericht vom 10. März 2011 erneut - sowohl im Rahmen des Psychostatus bei Eintritt als auch Austritt - angaben, im Gespräch seien keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen feststellbar (IV-act. 114-2), und sie keine weiteren diesbezüglichen Abklärungen vorgenommen haben, wirft die Bescheinigung einer leicht- bis mittelgradigen Einschränkung des Konzentrationsvermögens und eines - aufgrund des eingeschränkten Konzentrationsvermögens - leicht eingeschränkten Auffassungsvermögens (IV-act. 114-5) zusätzliche Fragen auf. Insgesamt fehlt sowohl dem Bericht vom 10. März 2011 als auch demjenigen vom 25. Januar 2011 eine von



den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers unabhängige objektiv medizinische Beurteilung von dessen Arbeitsfähigkeit.

2.2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorstehend genannte medizinische Aktenlage (vgl. vorstehende E. 2.2.1 ff.) weder eine beweiskräftige Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gestützt auf medizinisch objektivierbare Leiden im Sinn von psychiatrisch klinischen Untersuchungsergebnissen noch eine Einordnung der aktenkundigen psychosozialen Belastungen (IV-act. 100-9, IV-act. 32-2 und IV-act. 81-7) enthält. Vielmehr liegen den erwähnten Einschätzungen hauptsächlich nicht hinterfragte, - für sich allein - nicht relevante subjektiv empfundene Beeinträchtigungen zugrunde. Dabei ist entscheidend, dass Dr. L.____ hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung nachvollziehbar zur Auffassung gelangte, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe nicht überzeugend genug dargestellt werden können. Die angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit basiere auf begleitenden depressiven Symptomen, die jedoch nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinn einer Komorbidität zu werten wären. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien nicht invalidisierende Faktoren miteinbezogen worden (IV-act. 124-28). Im Licht dieser Umstände ist auch für die Zeit vor der Begutachtung durch Dr. L.____ eine rentenrelevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan. Daran ändert der Bericht der behandelnden Dr. C.____ und des behandelnden Psychotherapeuten vom 4. September 2012, der sich hauptsächlich auf eine Zusammenfassung der Vorgeschichte beschränkt (IV-act. 140-8 f.), nichts. Von weiteren Abklärungen des inzwischen mehrere Jahre zurückliegenden Sachverhalts sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung, Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2012, 8C_929/2011, E. 2.2).

3.

Da sowohl vor der Begutachtung durch Dr. L.____ (26./27. September 2011, IV-act. 124) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von keiner rentenrelevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (vgl. auch die einleuchtenden Ausführungen des RAD-Arzt Dr. B.____; IV-act. 126) als auch spätestens seit der Begutachtung von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit auszugehen ist, ist die Abweisung der Leistungsgesuche durch die IV-Stelle nicht zu beanstanden. Vor



diesem Hintergrund kann - mit Blick auf den Anspruch auf berufliche Massnahmen - die Frage nach der Eingliederungsbereitschaft des Beschwerdeführers offen gelassen werden.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.