

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/169 vom 31. Mai 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_169

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/169 du 31 mai 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/169 del 31 maggio 2022

Regeste

Würdigung eines monodisziplinär psychiatrischen Gutachtens mit seiner Beurteilung für den Begutachtungszeitpunkt und für die Retrospektive mit Auseinandersetzung mit den Vorberichten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Mai 2022, IV 2021/169).

Volltext

Entscheid vom 31. Mai 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2021/169 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Nathalie Glaus, Glaus & Partner, Obergasse 28, Postfach 133, 8730 Uznach, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 13. August 2018 (IV-act. 2) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zur Früherfassung an. Er sei seit Oktober 2013 zu 80 % als ____ tätig. Wegen Schlafstörungen, Stress und psychischer/physischer Schwäche sei er seit ____ Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. - Dr. med. B.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, hatte der Krankenversicherung am 19. April 2018 (IV-act. 3) geschrieben, der Versicherte habe unter der gegenwärtigen Belastungssituation einen erhöhten Muskeltonus im Kiefer-/Schläfen-Bereich mit entsprechend deletärer Wirkung auf das Gebiss und leide zudem an der Refluxkrankheit. Es sei Kostengutsprache für eine Zahnbehandlung ([...]) zu leisten. - In einem Schreiben an den Vertrauensarzt der Pensionskasse des Versicherten vom 1. Juni 2018 (IV-act. 10) hatte Dr. B.____ festgehalten, es bestünden beim Versicherten eine Schlafstörung, Panikzustände, eine Angststörung bei erlebtem Mobbing (gemäss Dr. C.____), eine Hypertonie, z.T. krisenhaft, ein St. n. TVT sowie Magenbrennen, intermittierend (PPI zur Kontrolle). - Dr. med. C.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte Dr. B.____ am 14. Juni 2018 (IV-act. 4) berichtet, der sehr intelligente und pflichtbewusste Versicherte stehe seit dem 16. September 2016 - aufgrund einer seelischen Krise infolge einer schon lange dauernden frustrierenden Situation am Arbeitsplatz - in seiner Behandlung. Zurzeit sei der Versicherte als ____ in einem ____ angestellt. In diesem Betrieb seien erstmals Schwierigkeiten entstanden. Nach einem Versuch, die Situation mit für ihn verletzendem Verhalten eines Arbeitskollegen durch ein Gespräch zu verbessern, sei dessen Verhalten noch provozierender geworden. Der Versicherte sei deswegen zunehmend depressiv und innerlich angespannt geworden, habe starke Wut verspürt und sei von negativen Zwangsgedanken geplagt worden, sich oder dem Kollegen etwas anzutun. Seit Beginn des Jahres sei er stark depressiv und er habe sich sozial ganz isoliert. Es habe eine starke Selbstwertproblematik vorgelegen und es seien

intensive Konzentrationsschwierigkeiten festzustellen gewesen. Der Zustand habe sich nicht verbessert. Es liege eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, vor. Der Versicherte könne sich nicht vorstellen, zur Arbeit zurückzugehen, solange sein Kollege auch dort tätig sei. Bis auf weiteres sei er zu 100 % arbeitsunfähig. - In einem Protokoll über ein Früherfassungsgespräch vom 6. September 2018 wurde (am 13. September 2018, IV-act. 16) festgehalten, es bestünden beim Versicherten die Risiken einer Chronifizierung des Gesundheitszustands und eines Arbeitsplatzverlustes. Er habe erklärt, das Arbeitsklima habe sich vor etwa zwei Jahren zusehends verschlechtert. Mit dem direkten Vorgesetzten habe er ein gutes Verhältnis, doch sei die Zusammenarbeit mit den Arbeitskolleginnen und -kollegen nicht mehr zumutbar. Diese hätten ständig an seinen Kompetenzen gezweifelt, und obwohl er seit mehr als zwanzig Jahren [...] als ____ tätig sei, habe er sich immer beweisen und erklären müssen. Er würde gern bei der gleichen Arbeitgeberin, aber in einer anderen Abteilung arbeiten. Er könne sich auch eine Arbeit ausserhalb des bestehenden Arbeitsumfelds gut vorstellen, zudem eine solche in der ____ oder einer anderen berufsverwandten Tätigkeit. In den Neunzigerjahren habe er mit seiner Ehepartnerin eine [...] (Unternehmung)] geführt. Sein Wunschpensum betrage 100 %. Ein Fahrzeug könne er derzeit nicht führen. Das familiäre Umfeld und der Freundeskreis seien intakt. Seine Aktivitäten seien derzeit sehr gering. Seine Ehefrau habe berichtet, sie wünsche sich wieder einen Ehemann statt eines Patienten. Die IV-Eingliederungsberatung hielt fest, es sei dem Versicherten eine IV-Anmeldung empfohlen worden. Nach einer Terminverschiebung habe der Versicherte anfänglich einen verwirrten, angespannten und wütenden Eindruck gemacht, sich aber im Lauf des Gesprächs beruhigt. Bei den Fragen zur angestammten Tätigkeit habe er zeitweise hilflos, überfordert, wütend und entmutigt gewirkt. In der IV-Anmeldung vom 7./10. September 2018 (IV-act. 7; vgl. auch die IV-Anmeldung vom 4./13. September 2018, IV-act. 13) gab der Versicherte an, 1986 das Diplom als ____ erworben zu haben, Vater von zwei Kindern (199_ und 199_) zu sein und 199_ in die Schweiz gekommen zu sein (seit 201_ sei er verheiratet, IV-act. 7-2 und 13-2; bzw. seit 199_ gemäss Gutachten, IV-act. 78-9). - Beigelegt wurden u.a. Übersetzungen eines Diploms über die Abschlussprüfung als ____ von 1980 (IV-act. 12-14 f.) und eines solchen nach dem Studienabschluss an der ____ Fakultät von 198_ (IV-act. 12-12 f.), einer Bescheinigung über eine Tätigkeit von 1986 bis 1989 als diplomierter ____ (IV-act. 12-36) sowie einer Bescheinigung von 1999, wonach er von 1990 bis 1999 in einer ____ (auch mit Warenverkehr von Medikamenten) gearbeitet habe (IV-act. 12-35), ausserdem die schweizerische Anerkennung des Studienabschlusses ____ vom Dezember 200_ (IV-act. 12-11), die Anerkennung des Studienabschlusses ____ im November 200_ (IV-act. 12-10), ein Referenzschreiben von 2006 (IV-act. 12-21), Arbeitsbestätigungen und -zeugnisse von 2008 (IV-act. 12-19 und 20), 2009 (IV-act. 12-29), 2010 (IV-act. 12-16 und 17 f.) und 2012 (IV-act. 12-30 und 31 f.), ein Protokoll über die praktische Prüfung Betriebskontrolle ____ von 2011 (IV-act. 12-43 f.), diverse Kursbescheinigungen, ein Protokoll über die praktische Prüfung Weiterbildungslehrgang ____ von 2009 (IV-act. 12-47), die Approbation als ____ in D. ____ von Dezember 201_ (IV-act. 12-2) und das (schweizerische) Fähigkeitszeugnis als ____ von 2013 (IV-act. 12-3). Dr. C. ____ erklärte in einem Arztbericht vom 24. September 2018 (IV-act. 23), der Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig, doch sei eventuell zu erwarten, dass in einigen Monaten eine Wiedereingliederung möglich werde. In der Arbeitgeberbescheinigung vom 8. Oktober 2018 (IV-act. 27) wurde angegeben, der Versicherte sei seit . ____ 2013 zu 80 % als ____ zu einem Jahreslohn von Fr. 110' ____ angestellt. Der Druck im ____ sei für den

Versicherten sehr gross gewesen. Seit __. Februar 2018 (IV-act. 27-29) sei er voll arbeitsunfähig. - In einem Assessment- und Verlaufsprotokoll (IV-act. 28) wurde beim Abschluss vom 30. November 2018 festgehalten, das Case Management habe am __. Oktober 2018 mitgeteilt, die Arbeitgeberin hätte den Versicherten gern wieder zurück am Arbeitsplatz, gehe aber davon aus, dass das nicht geschehen werde. Gegebenenfalls werde voraussichtlich im März 2019 die Kündigung erfolgen. Mit einem Mitarbeiter, der den Versicherten regelmässig beleidigt habe, werde im __ 2018 das Gespräch gesucht und voraussichtlich werde eine Verwarnung ausgesprochen. Der IV-Eingliederungsverantwortliche bestätigte, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich (wohl gemäss dem Gespräch vom __. __ 2018) seit dem Früherfassungsgespräch (vom 6. September 2018) merklich verschlechtert. Der Versicherte hatte berichtet, es sei eine Verschlechterung eingetreten und erschwerend sei vor Kurzem eine operative Zahn- und Oberkieferbehandlung hinzugekommen. Er werde ab __. Dezember 2018 in eine Tagesklinik eintreten. In einem Bericht vom 16. Januar 2019 (IV-act. 32, über eine Verlaufskontrolle vom 30. November 2018, nach einer Erstabklärung vom 13. Juni 2018) gab der Vertrauensarzt der Pensionskasse an, es liege beim Versicherten seit Februar 2018 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Arbeitskonflikt vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein V.a. akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen. Es hätten sich keine klaren Hinweise auf einen relevanten psychischen Gesundheitsschaden gezeigt, der eine langfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Bis zum Ende der teilstationären Behandlung sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine Berufsunfähigkeit sei weder in der Vergangenheit noch derzeit ausgewiesen. Der Versicherte habe erklärt, bevor er wieder arbeiten könne, müsse er zuerst wieder gesund werden. In einem Austrittsbericht vom 6. März 2019 (IV-act. 34, über einen Aufenthalt des Versicherten vom 16. Januar 2019 bis 7. Februar 2019) gab die Klinik E. __ an, der Versicherte sei vom Spital F. __ zugewiesen worden. Er habe berichtet, an seinem Arbeitsplatz jeweils nachts gearbeitet zu haben und in letzter Zeit psychisch stark belastet zu sein. Seit einer Woche bestünden zunehmend Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug, Grübeln, Schlafstörungen und körperliche Erschöpfung. Er kenne diese Symptome seit Februar 2018, als er zum ersten Mal Belästigung (Mobbing) am Arbeitsplatz erlebt habe. Seit Oktober befinde er sich bei Dr. C. __ in Behandlung (vgl. IV-act. 34-1). Beim Übertritt von der Akut- auf die Balancestation habe er nochmals erklärt, seit einem Jahr Schlafstörungen zu haben und seit drei Monaten eine Verschlechterung mit starkem Gedankenkreisen und physischem Schwächegefühl zu erleben. Ebenfalls vor drei Monaten habe er eine Zahnbehandlung im Ausland machen lassen und habe nun eine provisorische Zahnprothese, derentwegen er nur noch wenig essen wolle. Vor ebenfalls drei Monaten habe er auch einen schlimmen Alptraum gehabt, der Ängste ausgelöst habe, unter denen er noch immer leide (vgl. IV-act. 34-2). Im Bericht wurde festgehalten, es liege eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome vor (daneben eine benigne essentielle Hypertonie). Nach drei Wochen sei der Versicherte ausgetreten, um im Ausland seine Zahnprothese (nach einem Provisorium drei Monate zuvor) machen zu lassen. In einem IV-Arztbericht vom 1. Juli 2019 (IV-act. 39) hielt Dr. C. __ fest, der Versicherte sei (seit __. Februar 2018 und) immer noch nicht arbeitsfähig. Der Vertrauensarzt der Pensionskasse gab in einem Bericht vom 19. Januar 2020 (IV-act. 45) über eine Verlaufskontrolle (vom 9. Dezember 2019) bekannt, es liege (als Hauptdiagnose) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, vor. Der Versicherte habe berichtet, er werde seit einem Monat und voraussichtlich noch zwei Wochen

teilstationär in einer Tagesklinik behandelt (dann sei ein IV-Eingliederungsprogramm geplant, es sei keine Berufsunfähigkeit ausgewiesen, IV-act. 45-5; vgl. auch Bescheinigung für die Arbeitgeberin, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bis Besserung, IV-act. 46-2). Sein Zustand sei aus psychiatrischer Sicht unverändert. - Ein älterer Verlaufsbericht über eine Untersuchung vom 5. Juni 2019 datierte vom 30. Juni 2019 (IV-act. 47). Die Case Managerin teilte - wie am 22. Januar 2020 (vgl. IV-act. 52) weiterberichtet - mit, das Arbeitsverhältnis des Versicherten werde mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % Ende ____ 2020 enden. Die Tagesklinik der Psychiatrie G.____ hielt in einem Austrittsbericht vom 24. Februar 2020 (IV-act. 53; über die Behandlung vom 18. November 2019 bis 20. Dezember 2019) an Dr. C.____ fest, es bestünden beim Versicherten eine mittelgradige depressive Episode und der V.a. psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom. Der Versicherte habe von sich aus wenig Motivation gezeigt. Auch die Psychopharmakotherapie sei immer wieder zu thematisieren gewesen, um zu evaluieren, welche Medikation er wie einnehme. Es sei aber schwierig gewesen, eine gemeinsame Haltung zu entwickeln; immer wieder habe die Compliance evaluiert werden müssen. Ein Paargespräch habe der Versicherte abgelehnt. Der Versicherte sei ausgetreten, um den Jahreswechsel mit der Familie verbringen zu können. Dr. C.____ benannte in einem IV-Verlaufsbericht vom 27. März 2020 (IV-act. 55) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Depression, und eine paranoide Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte sei weiterhin nicht imstand, eine Tätigkeit auszuüben. Er sei beim letzten Gespräch u.a. im Antrieb vermindert und misstrauisch gewesen, zeitweise wortkarg, ausserdem im Denken eingeengt. Er habe über zeitweise vorhandenes Unbehagen in der ehelichen Beziehung geklagt. Es sei eine starke Selbstwertproblematik vorhanden gewesen. Die depressive Störung, die sich zum Teil chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen habe, bestehe auf dem Boden einer unflexiblen, zu paranoider Verarbeitung neigenden Persönlichkeit. Die aktuelle Medikation umfasse Trittico (Wirkstoff Trazodon), Brintellix (Wirkstoff Vortioxetin), Stilnox (Wirkstoff Zolpidem tartrat, ein Hypnotikum) und Risperidon (Wirkstoff von Risperdal). In einem Verlaufsbericht vom 6. Mai 2020 (IV-act. 63, über eine Untersuchung vom 30. April 2020) gab der Vertrauensarzt der Pensionskasse an, aufgrund der mittlerweile chronifizierten und trotz intensiver Behandlung im ambulanten, stationären und teilstationären Setting kaum veränderten depressiven Symptomatik sei nicht mit einer Rückkehr des Versicherten in den ersten Arbeitsmarkt zu rechnen. Der Versicherte sei an einer IV-Rente interessiert und halte dafür, es gehe ihm zu schlecht, als dass er sich vorstellen könnte, zu arbeiten. Am 12. Mai 2020 (IV-act. 67) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, berufliche Massnahmen seien zurzeit nicht möglich. Am 16. Juli 2020 (IV-act. 68) richtete die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine Anfrage an Dr. C.____. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hatte am 7. April 2020 (IV-act. 61) vorgeschlagen, den Arzt schriftlich zu befragen, ob Gründe gegen eine leitliniengerechte antidepressive Behandlung sprächen und ob beim Versicherten eine Abhängigkeitserkrankung und/oder eine psychotische Symptomatik vorlägen. Denn der Serumspiegel des verordneten Antidepressivums Vortioxetin hatte im kaum nachweisbaren Bereich gelegen (jener von Trazodon [Präparat Trittico] unter dem Referenzbereich, Risperidon offenbar im Rahmen; und es waren Benzodiazepine nachgewiesen worden, vgl. IV-act. 58 ff.). - Trotz zwei Nachfragen (IV-act. 70 f.) ging vorerst keine Antwort ein. Am 9. Februar 2021 (IV-act. 78) erstattete die Begutachtungsstelle Interdisziplinäre

Medizinische Expertisen (IME; Prof. Dr. med. ___ H. ___) ein psychiatrisches Gutachten. Es bestünden beim Versicherten eine beginnend chronifizierte depressive Episode, im Verlauf mittelgradig - mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit -, gegenwärtig leichtgradig - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit -, und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen - ebenfalls ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 78-27). Es habe sich eine im Verlauf mittelgradige und zurzeit noch leichtgradige depressive Episode mit Chronifizierungstendenzen auf der Grundlage einer narzisstischen Fehlverarbeitung des arbeitsbezogenen Konflikts objektivieren lassen. Es müsse von einer anhaltenden Fehlverarbeitung dieser Belastungssituation mit hoher Rigidität im Denken ausgegangen werden (vgl. IV-act. 78-29). Es sei dem Versicherten bisher nicht gelungen, sich von seinen überkommenen soziokulturell geprägten Wertevorstellungen zu lösen (vgl. IV-act. 78-30). Es wäre ihm zumutbar, seine angestammte Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz - oder eine adaptierte Tätigkeit - im angestammten Pensum von 80 % wieder auszuüben (vgl. IV-act. 78-31). In der Zeit von der Krankschreibung durch Dr. C. ___ ab ___ (bzw. ___) Februar 2018 bis zur Begutachtung sei der Versicherte aufgrund einer depressiven Episode für die angestammte Tätigkeit an einer anderen Arbeitsstelle sowie für eine adaptierte Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Für die Tätigkeit am angestammten Arbeitsplatz sei er wegen der Mobbingssituation voll arbeitsunfähig gewesen. Eine volle Arbeitsunfähigkeit habe ausserdem definitionsgemäss während der teilstationären und stationären Aufenthalte bestanden (vgl. IV-act. 78-31, -33). Zurzeit sei die Depression noch als leichtgradig einzustufen und die Arbeitsfähigkeit werde nicht mehr nachhaltig eingeschränkt (vgl. IV-act. 78-31). Ab der Begutachtung vom 4. Februar 2021 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. IV-act. 78-34). - Der RAD befürwortete am 11. März 2021 (IV-act. 79), auf das Gutachten abzustellen. Mit Vorbescheid vom 15. März 2021 (IV-act. 81) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten in Aussicht, seinen Anspruch auf eine Invalidenrente abzulehnen. In der angestammten Tätigkeit sei er vorübergehend arbeitsunfähig gewesen. Der Gesundheitsschaden begründe keine Invalidität. Es seien medizinische Massnahmen und eine Begutachtung gefolgt. Aus medizinischer Sicht verfüge der Versicherte wieder über eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Am 4. Mai 2021 (IV-act. 87) erhob eine Rechtsvertreterin für den Versicherten Einwand und beantragte Zusprache einer vollen (bzw. ganzen) Rente, eventualiter von Eingliederungsmassnahmen an ihn. Der Versicherte habe Dr. C. ___ und den Vertrauensarzt mit einer weiteren Beurteilung seines Gesundheitszustands beauftragt und werde voraussichtlich einen weiteren Psychiater konsultieren, der ihn begutachten werde. Es werde eine entsprechende Ergänzung folgen. Der IME-Gutachter habe zahlreiche Indikatoren unrichtig festgestellt. Gemäss Mitteilung des Versicherten lägen nebst den drei Hauptkriterien einer schweren Depression auch mindestens vier Zusatzsymptome vor. Dass eine überwindbare Selbstlimitierung vorliege, werde bestritten. Der Versicherte sei seit 2016 in psychiatrischer Behandlung, zweimal auch über mehrere Wochen stationär. Trotz Therapien sei bisher keine Besserung erreicht worden. Durch die verordneten Medikamente sei es ihm möglich, nachts zu schlafen und seine Depression einigermassen unter Kontrolle zu haben. Es werde bestritten, dass die Verordnung des Neuroleptikums als nicht leitliniengerecht zu betrachten sei. Es handle sich um eine verselbständigte, chronifizierte Krankheit, die therapeutisch nicht mehr angebar sei. Die Arbeitsstelle sei auf den ___ ___ 2020 gekündigt worden. Eingliederungsmassnahmen seien aufgrund des unverändert schlechten Gesundheitszustands mit ungünstiger Prognose nicht zumutbar und sie wären

auch nicht erfolgversprechend. Zusätzlich zur Depression bestehe gemäss Dr. C.____ eine paranoide Persönlichkeitsstörung, die ebenfalls dazu beitrage, dass der Versicherte die vorhandenen Ressourcen nicht abrufen könne. Die Persönlichkeitsdiagnostik sei mehr als andere Indikatoren untersucherabhängig, weshalb gemäss dem vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH, Anhang VI) besonders hohe Begründungsanforderungen bestünden. Es dürfe nicht allein der Begründung des Gutachters gefolgt werden. Der Versicherte betreibe keine Hobbys oder Freizeitaktivitäten mehr. Die psychiatrischen Störungen beträfen das private wie das berufliche Aktivitätsniveau. Er sei eingeschränkt, weil er wenig belastbar sei, keine Ausdauer habe, häufige Erholungspausen benötige und sich beim Lesen von Fachliteratur äusserst stark anstrengen müsse. Die Routine im Alltag helfe ihm, den Tag zu meistern. In ungewöhnlichen oder unvorhergesehenen Situationen fühle er sich überfordert und hilflos. Krankheitsimmanente Faktoren würden dem Versicherten verunmöglichen, seine Symptome zu überwinden. Er habe alle zumutbaren medizinischen Eingliederungsmassnahmen durchlaufen. Die Störungen seien therapieresistent. Selbst wenn nicht eine schwere, sondern eine leichte bis mittelschwere Depression vorläge, bestünden Leistungseinschränkungen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten und Anspruch auf eine Rente gäben. Es handle sich um eine schwere Depression und um eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit. Der Gutachter sei nicht imstand gewesen, aufgrund einer einzigen Konsultation eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen, während zwei Ärzte, bei denen regelmässige Konsultationen stattgefunden hätten, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bescheinigten. Zudem hätten ihm keine aktuellen Arztberichte vorgelegen. - Ergänzend legte die Rechtsvertreterin am 9. Juni 2021 (IV-act. 91-1 f.) einen Arztbericht von Dr. C.____ vom 7. Mai 2021 (IV-act. 91-3 f.) sowie eine Stellungnahme (IV-act. 91-5 bis 7) und ein ausgefülltes ärztliches Beiblatt vom 31. Mai 2021 (IV-act. 91-8) ein. Der Vertrauensarzt sei zu einer Stellungnahme nicht bereit gewesen. Und der Versicherte verzichte vorläufig darauf, ein zweites psychiatrisches Gutachten erstellen zu lassen, behalte sich das aber für den Fall eines negativen Entscheids vor. Dr. C.____ könne die Beurteilung des Gutachters nicht nachvollziehen. Es sei nicht leicht, von einer Person mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung anlässlich einer zeitlich begrenzten gutachterlichen Untersuchung Angaben über die innere Situation zu bekommen. Zu dieser Diagnose sei Dr. C.____ aufgrund des Verhaltens des Versicherten in den letzten Jahren gelangt. Die Störung habe sich fortlaufend bzw. zeitweise verstärkt. - Dr. C.____ hatte am 7. Mai 2021 erklärt, der Versicherte habe manchmal offen über die Konflikte bei der Arbeit gesprochen, sehr oft habe er ihn aber auch zurückhaltend vorgefunden und der Versicherte habe in vielen Momenten misstrauisch und dissimulierend gewirkt. Im Herbst 2019 habe er sich von ihm noch mehr distanziert. Nach einem Traum, in dem eine Situation im Zusammenhang mit der Beziehung zu seiner Frau vorgekommen sei, sei er noch unsicherer und misstrauischer geworden. Er (der Arzt) habe eine psychotische Verarbeitung vermutet und habe ihm nebst den Antidepressiva Risperidon, ein Antipsychotikum, verordnet. Er habe ihn in die Tagesklinik überweisen wollen, doch er habe dann in die Klinik überwiesen werden müssen. Im privaten Leben habe der Versicherte eine weitere Tendenz zur sozialen Isolierung gezeigt, sei sehr niedergeschlagen und ängstlich und habe starke Zukunftsängste. - In der Stellungnahme vom 31. Mai 2021 hatte Dr. C.____ dargelegt, er habe erlebt, dass der Versicherte einen Traum paranoid verarbeitet habe. Zunächst habe er (der Arzt) die psychische Störung des Versicherten als Reaktion auf den Arbeitskonflikt interpretiert gehabt. Mit der Zeit sei die Vermutung

aufgekommen, dass der Konflikt bei der Arbeit wegen dessen Misstrauens in psychotischem Ausmass entstanden sei. Der Versicherte sei das ganze Leben lang sehr zurückhaltend gewesen und habe kein Vertrauen zu den Mitmenschen gehabt. Dass er nicht willens sei, dem Arbeitskollegen zu verzeihen, sei ein Zeichen für seine Störung, denn bei solchen paranoiden Persönlichkeitsstörungen könnten schon leichtere Verletzungen eine schwere Feindseligkeit hervorrufen. Er habe ihm deswegen auch Antipsychotika verschrieben, und zwar Risperdal, danach Olanzapin. Der Versicherte sei wegen starker seelischer Rigidität, kritischer Einstellung gegenüber anderen und dadurch entstandener hoher Intoleranz sowie der Unfähigkeit, Kritik an seiner Person zu akzeptieren, für eine Zusammenarbeit unfähig. Er meine, es liege beim Versicherten keine Abhängigkeitserkrankung von Benzodiazepinen vor. - Im ärztlichen Beiblatt hatte der Arzt angegeben, an Antidepressiva habe er dem Versicherten zuerst Deanxit, dann Venlafaxin und schliesslich Fluoxetin abgegeben. Eine Serumspiegelmessung habe er nicht veranlasst. Der RAD hielt am 28. Juni 2021 (IV-act. 92) dafür, die von Dr. C. ___ angenommene Unfähigkeit des Versicherten, über seine innere Situation in einer gutachterlichen Untersuchung zu berichten, vermöge die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht zu begründen. Dass der Versicherte schon immer sehr zurückhaltend und ohne Vertrauen zu den Mitmenschen gewesen sei, stelle eine blosser Annahme des behandelnden Psychiaters dar. Die Störung habe sich gemäss dem Gutachten in der biographischen Entwicklung nicht nachvollziehbar darstellen lassen. Dass der Versicherte aus der etwa dreiwöchigen stationären Behandlung mit einer schweren depressiven Episode entlassen worden sein solle, erscheine angesichts des vorzeitigen Austritts ebenfalls nicht ganz nachvollziehbar. Mit Verfügung vom 20. Juli 2021 (IV-act. 93 f.) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch des Versicherten vom 10. September 2018 ab. Gesundheitliche Einschränkungen, die nicht schwer wögen, wie eine leichte depressive Störung, eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Störung gemischt, oder akzentuierte Persönlichkeitszüge, und die medizinisch angehend und nur vorübergehend seien, würden keine psychiatrischen Erkrankungen invalidisierenden Schweregrads darstellen. Zudem müssten psychosoziale und soziokulturelle Belastungen, die direkt negative Folgen für die Befindlichkeit zeigten, bei der Invaliditätsbemessung ausgeklammert bleiben. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin MLaw et lic. oec. Nathalie Glaus für den Betroffenen am 9. September 2021 erhobene Beschwerde (act. G 1). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die beantragte Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Sache zur Abklärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MwSt. Für den Gutachter sei es kaum möglich gewesen, den wahren Gesundheitszustand des Beschwerdeführers festzustellen. Die Beschwerdegegnerin begründe mit keinem Wort, weshalb dem Gutachten mehr Glaubwürdigkeit zukommen sollte als den Berichten der beiden seit mehreren Jahren behandelnden Psychiater (Dr. C. ___ und Vertrauensarzt). Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass eine paranoide Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10-WHO (Version 2019) nicht zwingend in der Kindheit, Jugend oder beruflichen Entwicklung entstehen müsse. Sowohl Dr. C. ___ wie der Vertrauensarzt hätten mehrfach von typischen Symptomen berichtet wie etwa, dass der Beschwerdeführer sehr misstrauisch und zurückhaltend sei, er die erlebte Verletzung durch seinen Arbeitskollegen nicht verzeihen könne, lediglich aufgrund eines Traums der festen Überzeugung sei, dass seine

Ehefrau ihm untreu sei usw. Es verstehe sich von selbst, dass der Beschwerdeführer einer fremden Person wie dem Gutachter, den er nie zuvor gesehen habe, nicht alles in einem einzigen Gespräch offenlege. Die Vereinstätigkeit des Beschwerdeführers habe vor der psychischen Erkrankung stattgefunden. Er ziehe sich schon seit einigen Jahren vom sozialen Leben zurück und verbringe die meiste Zeit zuhause in der Wohnung. In einem von der Beschwerdegegnerin zitierten Entscheid (I 649/06) habe das Bundesgericht klargestellt, dass die von ihr gezogene Schlussfolgerung nicht absolut gelte. So könne eine dysthyme Störung, wenn sie mit andern Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung zusammen auftrete, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen. Das treffe auch beim Beschwerdeführer zu. Der Schweregrad sei invalidisierend. Der Beschwerdeführer sei auch schwergradig depressiv und es sei ihm ab Februar 2018 von zwei Ärzten, welche die Krankheit als chronifiziert und dauerhaft beurteilten, eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der gutachterliche Schluss auf eine volle Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Anspruch auf eine Rente bestünde, selbst wenn lediglich eine leichte bis mittelschwere Depression vorläge. In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Dezember 2021 (act. G 6) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gutachten von externen Spezialärzten, die nach Art. 44 ATSG eingeholt würden, sei praxismässig voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen. Beim IME-Gutachten handle es sich um eine detailliert begründete und umfassende Expertise, welche die versicherungsmedizinischen Anforderungen erfülle. Dr. C. ___ dagegen gebe keine kriterienbegründete Herleitung seiner Diagnosen ab. Der Gutachter habe Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt, sei aber auch auf solche eingegangen, die keine Auswirkungen darauf hätten. Der Schweregrad der Depression sei danach leicht und diese schränke die Arbeitsfähigkeit nicht mehr nachhaltig ein. Der Beschwerdeführer verfüge über gute Ressourcen. Weitere Abklärungen seien nicht nötig. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verzichtet mit Eingabe vom 21. Januar 2022 (act. G 8) unter Bestreitung der Ausführungen der Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Replik und macht eine Entschädigung von Fr. 7'200.-- geltend. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. Juli 2021, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente ablehnte. Er lässt im Hauptstandpunkt die Zusprache sinngemäss einer ganzen Rente beantragen. Streitgegenstand bildet demnach zunächst der allfällige Rentenanspruch. - Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin am 12. Mai 2020 abgelehnt, weil sie zurzeit wegen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht möglich seien. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 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). - Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen - darunter auch Abhängigkeitssyndrome, vgl. BGE 145 V 215 E.6.2 - sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Auf Ausschlusskriterien (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 a.E., vgl. BGE 141 V 291 E. 2.2; wie Aggravation oder eine ähnliche Konstellation) hinweisende Umstände sind zu bewerten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Der Beschwerdeführer ist im Februar 2021 bezüglich seines Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit psychiatrisch begutachtet worden. Das IME-Gutachten basiert auf einer Befragung des Beschwerdeführers zur Anamnese und den Leiden. Es wurde festgehalten, dieser habe berichtet, er sei in der Schule im Klassenverband gut integriert gewesen. Danach habe er eine vierjährige Ausbildung zum ___ absolviert und dann das Studium der ___ ebenfalls erfolgreich abgeschlossen. Innert dreier Jahre habe er eine Dissertation erstellt. Die Promotion sei in D. ___ anerkannt worden. Im Februar 2018 habe eine Mobbingssituation am Arbeitsplatz begonnen. Ein ___ Kollege habe seine Arbeit überwacht und ihn gefragt, ob er überhaupt ___ [Beruf] sei. Er sei vor den andern Kollegen schlechtgemacht worden. Der Vorgesetzte habe mehrfach mit dem Kollegen gesprochen. Eine ohne weiteres mögliche Versetzung am Arbeitsplatz sei jedoch nicht erfolgt, so dass er dem mobbenden Verhalten des Kollegen ausgesetzt geblieben sei. Es habe sich an seiner Situation nichts geändert. Er habe Erwartungsängste, dass er an einem neuen Arbeitsplatz erneut gemobbt werden könnte. Vor allem aber müsse er wieder völlig gesund werden, bevor er wieder arbeiten könne. Fühle er sich mental nicht genau so wie vor der Mobbingssituation, so könne er unmöglich eine Arbeit antreten, auch nicht vorübergehend teilzeitlich. Er fühle sich in seinem Stolz verletzt. Eine andere Arbeit als die ___ als ___ käme nicht in Frage. Seine Ehe - seit 199_ bestehend - verlaufe stabil, zu den Kindern gebe es ein einvernehmliches Verhältnis. Seine Familie sei seine beste Ressource. Finanziell komme man zurecht. Er habe verschiedene Kontakte innerhalb und ausserhalb der Familie, engagiere sich in einem Verein und fühle sich sozial gut eingebunden. Er fahre gern Velo und lese gern. Der Experte der Psychiatrie erhob des Weiteren den Befund (vgl. IV-act. 78-15 ff.) und er gab seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten ab. Insofern erscheint die Begutachtung vollständig (vgl. Bundesgerichtsurteil

vom 13. August 2021, 9C_280/2021 E. 2.2, BGE 134 V 231 E. 5.1). Der Beschwerdeführer lässt diverse Einwände gegen die Stichhaltigkeit des Gutachtens erheben. So hält er dafür, es liege angesichts der entsprechenden Hauptkriterien und Zusatzsymptome eine schwere Depression vor. - Der Gutachter hat allerdings wie erwähnt den Befund erhoben und er hat daraufhin festgehalten, es seien keine zwei depressiven Episoden von mindestens vierzehntägiger Dauer voneinander abgrenzbar. Die Psychopathologie beim Untersuchten habe knapp einer leichten depressiven Episode entsprochen. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei leicht herabgestimmt und die Schwingungsfähigkeit sei verflacht gewesen. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien nicht wesentlich eingeschränkt vorgefunden worden. Die Psychomotorik sei regelrecht gewesen, der Antrieb nicht wesentlich reduziert (vgl. IV-act. 78-25). Dass der Experte bei der Befunderhebung nicht lege artis vorgegangen wäre, darauf liegt kein Hinweis vor. Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, eine paranoide Persönlichkeitsstörung trage dazu bei, dass er seine Ressourcen nicht abzurufen vermöge. Der IME-Gutachter hat dargelegt, der Beschwerdeführer habe narzisstische Züge mit rigidem Rückzug in die Opferrolle gezeigt. Die Selbstwirksamkeitserwartung sei bei "Alles-oder-nichts-Gesundheitsverständnis" als deutlich reduziert vorgefunden worden. Der Beschwerdeführer halte dafür, seine Ehre müsse erst wieder komplett hergestellt werden, bevor er wieder eine Arbeit aufnehmen könne. Eine hohe Rigidität in den Wertvorstellungen mit Unflexibilität im Denken und arbeitsbezogenen Handeln lasse sich daher nachvollziehen (vgl. IV-act. 78-25 f.). Dass eine paranoide Persönlichkeitsstörung vorliege, lasse sich hieraus jedoch nicht ableiten. Bei dieser Diagnose sei erforderlich, dass sie sich während der Kindheit und Jugendzeit des Betroffenen entwickelt habe. Im Aktenmaterial sei jedoch beim Beschwerdeführer eine bis zum arbeitsbezogenen Konflikt psychiatrisch blande Krankengeschichte kolportiert. Auch gemäss neurosenbiographischer Anamnese anlässlich der Begutachtung habe der Beschwerdeführer eine unauffällige Kindheit verlebt, sei sein Werdegang von beruflichem Erfolg geprägt und unauffällig gewesen. Auch eine Ausdehnung der maladaptiven Verhaltensmuster auf andere Lebensbereiche sei gemäss den vorhandenen Informationen nicht objektiviert (vgl. IV-act. 78-25 f.). Wie die rezidivierende depressive Störung so sei auch die Persönlichkeitsstörung nachweislich nicht gemäss der ICD-10 ableitbar (vgl. IV-act. 78-24). Die Schlussfolgerung erscheint begründet. Wenn Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 31. Mai 2021 die Vermutung äussert, dass der Konflikt des Beschwerdeführers bei der Arbeit wegen dessen Misstrauens in psychotischem Ausmass entstanden sei, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nebst verschiedenen Arbeitsbestätigungen und -zeugnissen u.a. Mitarbeiterbeurteilungen von 2016, von 2017 und von 2018 eingelegt hat. Daraus ist zum einen ersichtlich, dass die Zuverlässigkeit des Beschwerdeführers geschätzt wurde und dass 2016 auf seine Durchsetzungsfähigkeit hingewiesen wurde. Zum andern berichtete das im Mai 2018 installierte (IV-act. 14 f.) Case Management, die Arbeitgeberin ziehe die Verwarnung eines Mitarbeiters in Betracht, was auf einen objektiven Anlass hindeutet. In Bezug auf die gutachterlichen diagnostischen Feststellungen wendet der Beschwerdeführer ein, eine Persönlichkeitsstörung (wie von ihm postuliert) müsse gemäss ICD-10 nicht zwingend in der Kindheit, Jugend oder beruflichen Entwicklung entstehen, sondern es seien verschiedene Einflüsse bei der Entwicklung beteiligt. Zum einen spiele die genetische Veranlagung eine Rolle, zum andern trügen auch Erziehung und weitere Umwelteinflüsse dazu bei. - Gemäss ICD-10-GM 2021 treten Persönlichkeitsstörungen "meist" in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung. Im Zusammenhang mit ihrer Unterscheidung von Persönlichkeitsänderungen wird dazu im

Weiteren festgehalten, diese Störungen begannen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauerten bis ins Erwachsenenalter an (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. A. 2015, Ziff. F60-62, S. 274). Ausserdem wird dargelegt, bei Persönlichkeitsstörungen handle es sich um Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung, die in der späten Kindheit oder Adoleszenz begannen und bis in das Erwachsenenleben andauerten (vgl. Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. A., Bern 2019, S. 231). Zu den spezifischen Persönlichkeitsstörungen wird auch festgehalten, sie träten "häufig" erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz auf und manifestierten sich endgültig im Erwachsenenalter (vgl. a.a.O., S. 276). Diese Leitlinien geben nicht Anlass, die konkrete Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch den Experten der Psychiatrie in Frage zu stellen. Die gutachterlichen Ausführungen zum aktuellen Zustand bei der Begutachtung basieren auf den Befunden und sind auf die Aktenlage gestützt. Sie sind auch gut nachvollziehbar. Der Gutachter hielt im Weiteren fest, es habe keine Hinweise auf nachhaltig belastete Ich-Strukturen gegeben. Es habe sich beim Beschwerdeführer einzig eine akzentuierte, narzisstisch gestaltete Persönlichkeitsstruktur gefunden, die jedoch bis zum arbeitsbezogenen Konflikt klinisch inapparent gewesen sei. Im Rahmen des Konflikts sei es zu einer Störung der Affektsteuerung und anfänglich auch der Impulskontrolle gekommen. Nun sei von einer anhaltenden narzisstischen Fehlverarbeitung der Belastungssituation auszugehen (vgl. IV-act. 78-29). Der Gutachter hat bei seiner Beurteilung auch nicht unberücksichtigt gelassen, dass die Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers gekränkt und die Fremdwahrnehmung leicht misstrauisch war (vgl. IV-act. 78-17). Ferner lässt der Beschwerdeführer geltend machen, der Gutachter habe zahlreiche Indikatoren unrichtig festgestellt. So stehe er seit 2016 in psychiatrischer Behandlung und habe alle zumutbaren medizinischen Massnahmen durchlaufen. Zweimal sei er über mehrere Wochen hinweg stationär behandelt worden. Trotzdem sei bisher keine Besserung erreicht worden; die Störungen seien therapieresistent. - Der IME-Gutachter hat festgehalten, die Standardindikatoren seien nicht erfüllt (vgl. IV-act. 78-30). Er hat berücksichtigt, dass ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Behandlungen stattgefunden haben und dass es dadurch zu keiner nachhaltigen Verbesserung gekommen ist (vgl. IV-act. 78-29, vgl. auch IV-act. 78-28). Ein Grund zur Beanstandung ist diesbezüglich nicht ersichtlich. - Es kann in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hingewiesen werden, dass der IME-Gutachter die Verordnung eines Neuroleptikums (wie des als Antipsychotikum verschriebenen Olanzapin) als nicht leitliniengerecht betrachtet hat (vgl. IV-act. 78-30), im Übrigen wie die Tagesklinik, welche Risperdal wegen fehlender Indikation sistierte (und anriet, Stilnox dringend ausschleichend zu sistieren, vgl. IV-act. 53-3). Weiter wird eingewendet, der Beschwerdeführer gehe keinen Hobbys oder Freizeitaktivitäten mehr nach und ziehe sich seit einigen Jahren sozial zurück. - Im Gutachten ist indessen wie erwähnt festgehalten worden, der Beschwerdeführer habe von einem Engagement in einem Verein (mit monatlich zwei Treffen) und davon berichtet, dass er sich sozial gut eingebunden fühle. Der IME-Experte erfragte ausserdem, wie es für die Einschätzung der Standardindikatoren bedeutsam ist, auch dessen Tagesablauf. Dabei sind diverse Aktivitäten geschildert worden (vgl. IV-act. 78-12 f.). Der Gutachter betrachtete das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers als nahezu unauffällig und die soziale Teilhabe als unauffällig (vgl. IV-act. 78-30) und er hielt auch fest, ein deutlicher sozialer Rückzug sei nicht erkennbar geworden (vgl. IV-act. 78-30). Die Freudfähigkeit, die Interessen und der

Antrieb des Beschwerdeführers seien nicht wesentlich eingeschränkt gewesen (vgl. IV-act. 78-25). Die gutachterliche Einschätzung des Aktivitätsniveaus stützt sich auf die Angaben des Beschwerdeführers. Dass dieser bei der Begutachtung - zum beschriebenen Aktivitätsniveau divergierend - erklärte, zum Antreten einer beruflichen Wiedereingliederung oder der Aufnahme einer adaptierten Tätigkeit, selbst teilweise, wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht bereit zu sein (vgl. IV-act. 78-12), stellt eine Diskrepanz dar. Der Beschwerdeführer wies in diesem Zusammenhang im Übrigen als gesundheitliche Beeinträchtigung auf seine Schlafstörungen hin (vgl. IV-act. 78-12 Mitte), während er auch einräumte, mit entsprechender Medikation ungestörten Schlaf zu haben (vgl. IV-act. 78-12 unteres Drittel). - Nach der Beurteilung des Experten der Psychiatrie liegen keine krankheitsimmanente Faktoren vor, welche es dem Beschwerdeführer verunmöglichen würden, die Symptome zu überwinden. Die genannte Diskrepanz lässt sich demnach nicht mit solchen Faktoren begründen (sondern geht auf eine deutliche Selbstlimitierung zurück, vgl. IV-act. 78-30 f.). Der Gutachter bezog in seine Beurteilung sowohl die Beeinträchtigungen als auch die Ressourcen des Beschwerdeführers mit ein (vgl. IV-act. 78-12 und -32). Die gutachterliche Einschätzung erscheint insgesamt nachvollziehbar begründet. Angesichts der Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode, die einzig mit einer Persönlichkeitsakzentuierung zusammenfällt, lässt sich auch nachvollziehen, dass dem Beschwerdeführer im Gutachten (ab der Zeit der Begutachtung) eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wird (vgl. IV-act. 78-34). Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens schliesslich mit den Beurteilungen zweier anderer Ärzte (einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit). Bei ihnen hätten regelmässige Konsultationen stattgefunden, während es sich bei einer Begutachtung um eine einmalige Abklärung seines Gesundheitszustands handle. - Nach der Aktenlage steht der Beschwerdeführer seit 2016 (vgl. IV-act. 4-1) bzw. seit Oktober 2018 (vgl. IV-act. 34-1) bei Dr. C.____ in Behandlung, beim Vertrauensarzt der Pensionskasse sind dagegen (nur, aber immerhin) mehrere vertrauensärztliche Untersuchungen erfolgt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 13. August 2021, 9C_280/2021 E. 2.2, BGE 134 V 231 E. 5.1). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung (einer versicherten Person durch einen Arzt) oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 9. Februar 2017, 9C_630/2016 E. 4.2.1.1, vgl. auch den aus I 255/96 zitierten Hinweis im Bundesgerichtsurteil vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005 E. 4.2). Indessen ist doch auch die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 29. März 2018, 8C_733/2017 E. 4.3.3) nicht ausser Acht zu lassen. Ein Gutachter ist zudem in der Lage, durch die Kenntnis der verschiedenen Vorakten eine umfassendere Sicht zu gewinnen, wie es auch vorliegend anzunehmen ist. Der IME-Experte hat sich zudem konkret mit den vorangegangenen medizinischen Beurteilungen - namentlich auch mit den abweichenden Beurteilungen des Vertrauensarztes der Pensionskasse - im Einzelnen auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 78-21 ff.; vgl. auch E. 5.2). Da keine Aspekte ersichtlich sind, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 1. Dezember 2021, 8C_338/2021 E. 3), und weil die Schlussfolgerung des IME-Gutachters, wonach der Beschwerdeführer zurzeit der Begutachtung voll arbeitsfähig ist, wie erwähnt begründet

und überzeugend ist, kann auf dieses Ergebnis abgestellt werden. Was den medizinischen Sachverhalt in der zurückliegenden Zeit betrifft, hielt der IME-Gutachter fest, durch psychosoziale Belastungsfaktoren sei es im Verlauf zu einem Störungsbild von Krankheitswert gekommen, nämlich einer Störung der Affektkontrolle. Zunächst habe eine Anpassungsstörung bestanden, im Verlauf dann eine depressive Episode, die im Schweregrad durchschnittlich als mittelgradig einzustufen sei. Aufgrund dieser psychiatrischen Störung hätten gemäss MINI-ICF im Verlauf eine Belastbarkeitsminderung und eine mittelgradige Reduktion der Durchhaltefähigkeit bestanden (vgl. IV-act. 78-31). Für die Zeit vom __. (bzw. __.) Februar 2018, ab welchem der Beschwerdeführer durch Dr. C. __ krankgeschrieben worden sei, bis zur Begutachtung vom 4. Februar 2021 habe somit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für die angestammte Tätigkeit (an einer anderen als der bisherigen Stelle) und für eine adaptierte Tätigkeit bestanden, während er am angestammten Arbeitsplatz nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Ausserdem habe während der teilstationären und stationären Aufenthalte definitionsgemäss eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. IV-act. 78-31 und -33 f.). Bei der Auseinandersetzung mit den einzelnen Vorberichten erklärte der Gutachter, die von Dr. C. __ am 14. Juni 2018/24. September 2018 gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, sei nachvollziehbar. Es habe sich um eine Reaktion auf den Konflikt gehandelt (vgl. IV-act. 78-21). Der Bericht des Vertrauensarztes der Pensionskasse vom 22. Juli 2018 sei vollumfänglich nachvollziehbar (vgl. IV-act. 78-21), derjenige vom 16. Januar 2019 dagegen nicht, weil bei unverändertem Status und unveränderter Diagnose unbegründet eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen worden sei (vgl. IV-act. 78-22). Auch seinem Bericht vom 30. Juni 2019 könne nicht gefolgt werden, weil sich u.a. nicht erschliesse, wie bei einem unauffälligen Psychostatus eine mittelgradige Depression diagnostiziert werden könne (vgl. IV-act. 78-22). Dasselbe gelte für den Bericht vom 19. Januar 2020 mit der Diagnose einer mittelgradigen Depression, denn es sei im Psychostatus vermerkt worden, dass der Beschwerdeführer bei guter Schwingungsfähigkeit affektiv ausgeglichen gewirkt habe (vgl. IV-act. 78-23 f.). Der Bericht vom 13. April 2020 (gemeint die Untersuchung vom 30. April 2020 bzw. der Bericht darüber vom 6. Mai 2020) stehe im Kontrast zu den Vorbefunden und zum Laborbefund, der gemäss RAD einen instabilen Gesundheitszustand anzeige (vgl. IV-act. 78-24 f. und IV-act. 78-14). Die Berichte der Klinik E. __ vom 6. März 2019 und von Dr. C. __ vom 1. Juli 2019 mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome seien angesichts des jeweils beschriebenen Psychostatus und der Diagnosekriterien nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 78-22, -23). Allenfalls wäre bei dem Psychostatus gemäss Austrittsbericht der Klinik eine mittelgradige depressive Episode verständlich (vgl. IV-act. 78-22). Nachvollziehbar sei hingegen der Austrittsbericht der tagesklinischen Behandlung vom 24. Februar 2020, wonach eine mittelgradige depressive Episode und ein V.a. psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, diagnostiziert worden seien (vgl. IV-act. 78-24). Beide Diagnosen des Berichts von Dr. C. __ vom 30. März 2020 (Eingangsdatum des Berichts vom 27. März 2020) - die Persönlichkeitsstörung und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode - seien nicht ableitbar (vgl. IV-act. 78-24). Aus diesen retrospektiven Beurteilungen wird für den Ablauf des Sachverhalts ersichtlich, dass zunächst ab Februar 2018 lediglich von einer Anpassungsstörung auszugehen war, und zwar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis November 2018. Denn als der Beschwerdeführer im Januar 2019 in der Klinik E. __ hospitalisiert wurde, berichtete er

zwar von einer Verschlechterung seit drei Monaten. Bei der vertrauensärztlichen Untersuchung vom 30. November 2018 (Bericht vom 16. Januar 2019) hatten sich aber noch keine klaren Hinweise auf einen relevanten psychischen Gesundheitsschaden gezeigt, der eine langfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Eine Berufsunfähigkeit sei weder in der Vergangenheit noch derzeit ausgewiesen (vgl. IV-act. 32-5). Der Gutachter erachtete eine mittelgradige depressive Episode gemäss dem von der Klinik im Bericht vom 6. März 2019 beschriebenen Psychostatus des Weiteren lediglich als allenfalls nachvollziehbar. Der dortige Aufenthalt wurde zudem als Krisenintervention qualifiziert, da der Beschwerdeführer bei im Übrigen leicht verbessertem Zustand (etwas ruhiger, ganz wenig besserer Schlaf, wieder mehr Appetit [vorher geschmälert wegen provisorischer Prothese]) am 7. Februar 2019 austrat, um die Probleme mit der Zahnprothese behandeln zu lassen (vgl. IV-act. 34-3). Nach der Aktenlage bestand hernach kein Bedarf für eine (für diesen Fall angebotene) Wiederaufnahme (vgl. IV-act. 34-3). Im Bericht des Vertrauensarztes vom 30. Juni 2019 war denn auch wieder von einem weitgehend unauffälligen Psychostatus des Beschwerdeführers am 5. Juni 2019 die Rede gewesen (dieser habe ruhiger gewirkt als beim vorangegangenen Gespräch, d.h. jenem vom 30. November 2018), während Dr. C.____ (nur wenig später) am 1. Juli 2019 von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome berichtete. Letzteres hielt der IME-Gutachter allerdings für nicht ausgewiesen. Im Bericht vom 19. Januar 2020 über eine Verlaufskontrolle vom 9. Dezember 2019 gab der Vertrauensarzt dann an, der Zustand des Beschwerdeführers sei unverändert (der Beschwerdeführer habe ruhiger und entspannt gewirkt). Nach Auffassung des Gutachters ist für den damaligen Zustand wie erwähnt wiederum nicht von einer mittelgradigen Depression auszugehen. Auf der Grundlage des Befunds gemäss dem Bericht der Tagesklinik der Psychiatrie G.____ vom 24. Februar 2020 (mit den Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und des V.a. psychische und Verhaltensstörungen) ist hingegen nach der Beurteilung des IME-Experten der Psychiatrie in der Folge eine Depression dieses Schweregrads anzunehmen. Die Behandlung erfolgte vom 18. November 2019 bis 20. Dezember 2019, also über die Zeit hinweg, in welcher die erwähnte vertrauensärztliche Kontrolle vom 9. Dezember 2019 erfolgt war, was gewisse Zweifel am Schweregrad begründet. Für das Behandlungsende wurden im Übrigen vom Beschwerdeführer familiäre Gründe angegeben. Beide Diagnosen des Berichts von Dr. C.____ vom 27. März 2020 (darunter die mittelgradige bis schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung) erachtete der Gutachter in der Folge wiederum als nicht ableitbar. Bei der Begutachtung vom 4. Februar 2021 schliesslich war wie oben dargelegt kein psychiatrisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (bei leichtgradiger depressiver Episode) vorgefunden worden. Ein verselbständiges Leiden mit Krankheitswert lag damals nicht vor. Zwischenzeitlich war aufgrund der Abklärung Mitte April 2020 zudem anzunehmen, dass der Beschwerdeführer die Antidepressiva (Trazodon und Vortioxetin) nicht in therapeutischer Weise eingenommen hat (vgl. IV-act. 78-25 und IV-act. 60). Zusammenfassend ergibt sich bei dieser Aktenlage, dass das Störungsbild von Krankheitswert, zu dem es beim Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten aufgrund von psychosozialen Belastungsfaktoren im Verlauf gekommen ist, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im gesamten erwähnten Zeitraum von Februar 2018 bis Februar 2021 durchschnittlich als mittelgradig ausgeprägt (mit Belastbarkeitsminderung und mittelgradiger Reduktion der Durchhaltefähigkeit) betrachtet werden kann, wie es der Gutachter zur Begründung seiner rückblickenden Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % während dieser Zeit aber annahm (vgl. IV-act. 78-31).

Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine depressive Episode mittelgradigen Ausmasses bei der konkreten Auseinandersetzung des Gutachters mit den Arztberichten von ihm nur vereinzelt bestätigt wurde. Nach dem Dargelegten kann nicht von einem anhaltenden solchen Gesundheitszustand ausgegangen werden, der eine rentenbegründende Invalidität begründen könnte. Denn dafür wäre einerseits während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 %, die im Durchschnitt mindestens 40 % ausmacht (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Art. 29 ter IVV, Bundesgerichtsurteil vom 21. Februar 2019, 8C_718/2018 E. 2.2), erforderlich. Andererseits müsste daran eine Invalidität, also eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) von 40 % anschliessen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Die Berichte von Dr. C.____ aus der Zeit nach der Begutachtung beinhalten keine Hinweise auf eine relevante Sachverhaltsänderung innert der vorliegend massgeblichen Zeit bis zum 20. Juli 2021 und sie erschüttern den Beweiswert des Gutachtens für den Sachverhalt in der Zeit vom Februar 2021 nicht. Nach dem Dargelegten - namentlich in Anbetracht der gutachterlich attestierten vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers selbst in der zuletzt ausgeübten (wie in einer adaptierten) Tätigkeit - liegt keine rentenrelevante Invalidität vor, da auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt von einer Verwertbarkeit dieser vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, dem im Übrigen auch zur Begutachtungszeit noch immer gut fünf Jahre bis zum Erreichen des AHV-Alters bevorstanden, auszugehen ist. Die Abweisung eines Rentenanspruchs erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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