

SO_GERICHTE VSBES.2017.298 vom 30. Januar 2019

SO Obergericht, 2019-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.298_d20190130

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.298 du 30 janvier 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.298 del 30 gennaio 2019

Regeste

Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen

Erwägungen

E. 31

Januar 2014 mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2014 wieder zu 100 % arbeite. In der Folge lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers für berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 12. Juni 2014 (IV-Nr. 16) ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

2. Am 1. Mai 2015 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Nr. 19). Dem Bericht der B.____ vom 11. Juni 2015 (IV-Nr. 23) ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, beim Beschwerdeführer bestünden ein Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14.25), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine narzisstische Akzentuierung seiner Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1). Der Beschwerdeführer sei trotz mehrmonatiger stationärer Therapie bis auf weiteres zu 100 % krankgeschrieben. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere Arztberichte ein und veranlasste berufliche Massnahmen. Schliesslich veranlasste die Beschwerdegegnerin ein neuropsychologisches sowie ein psychiatrisches Gutachten (IV-Nrn. 103 und 123.1). Gestützt darauf hielt die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 7. September 2017 (IV-Nr. 137) fest, es sei vorgesehen, den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente abzuweisen, dies bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 21 %. Am 29. September 2017 erhob der Beschwerdeführer dagegen Einwendungen (IV-Nr. 143). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Leistungsverneinung fest, wobei sie keinen Einkommensvergleich mehr durchführte und festhielt, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit ohne Einschränkungen arbeitsfähig.

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 21. November 2017 Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) sowie am 7. Dezember 2017 eine Beschwerdeergänzung einreichen (A.S. 16 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 18. Oktober 2017 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens resp. des rechtlichen Gehörs an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer und Versicherten ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. c) Subeventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen anzuordnen. 3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen. 4. Es sei dem unterzeichneten

Rechtsanwalt aufgrund des kurzfristigen Aktenbesitzes und wegen fehlenden Instruktionen eine Frist von mindestens 20 Tagen zur ergänzenden Beschwerdebegündung anzusetzen. 5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2018 (A.S. 21 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Replik vom 13. März 2018 (A.S. 32 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen. 6. Am 30. Januar 2019 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des mit der Neuanschuldung vom 1. Mai 2015 geltend gemachten Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Massnahmen durch die Verfügung vom 18. Oktober 2017, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. 3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b). 3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu

bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers behauptete die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung, es läge vorliegend keine invalidisierende Gesundheitsstörung vor. Dies nachdem die IV-Stelle zuvor mit Vorbescheid vom 7. September 2017 noch vom Gegenteil ausgegangen sei und der Invaliditätsbemessung eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugrunde gelegt habe sowie auf einen, zumindest eine Umschulung begründenden, Invaliditätsgrad von 20 % gelangt sei. Die IV-Stelle hätte daher bei einer derartigen 180-Grad-Wendung einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Indem sie dies unterlassen und dem Versicherten vor Verfügungserlass keine Gelegenheit geboten habe, sich zur neuen Einschätzung der Verwaltung zu äussern, habe sie den Anspruch des Versicherten auf rechtliches Gehör und die Vorschriften über das Vorbescheidverfahren schwer verletzt. Der Beschwerdeführer verlange daher vorab und primär die Rückweisung der Beschwerdesache an die Vorinstanz, damit ihm die verfassungsmässig garantierte Anhörung ermöglicht werde. Die Beschwerdegegnerin glaube, sie hätte trotz wesentlicher Veränderung in der Beurteilung

des Falles nach Erhalt der Einwendungen vom 29. September 2017 keinen neuen Vorbescheid mehr erlassen müssen. Dies obwohl sie im Vorbescheid vom 7. September 2017 anders als in der Verfügung vom 18. Oktober 2017 noch von einer Invalidität ausgegangen sei. Damit sei mit dem Bundesgericht (Urteil 9C_312/2014 E. 2.2.1) von einer «inhaltlichen Bedeutung» der Sachverhaltsfeststellung auszugehen, welche es als zwingend erscheinen lasse, die versicherte Person mit einem neuen Vorbescheid zur neu vorgesehenen Invaliditätsbeurteilung anzuhören. Sodann spreche gegen die Auffassung der Beschwerdegegnerin, dass sowohl der behandelnde Psychiater wie auch der von der IV-Stelle beauftragte Gutachter, Dr. med. C.____, aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung kombiniert mit der Persönlichkeitsproblematik eine teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Auch der Gutachter habe beispielsweise auf Seite 36 eine Ermüd- und Erschöpfbarkeit festgehalten, welche zwar nicht am Explorationsdatum, aber psychodynamisch erklärbar gewesen seien. Dr. med. C.____ habe überdies eine innere und äussere Anspannung und Verunsicherung sowie Ängste bei einer narzisstischen Persönlichkeit bestätigt. Mit anderen Worten bestätige Dr. med. C.____ eine die Arbeitsunfähigkeit längerdauernd einschränkende Restsymptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (vgl. statt vieler Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014, E. 5.1.2). Umstritten sei auch, ob beim Versicherten eine Persönlichkeitsstörung vorliege, was der behandelnde Psychiater in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 30. Mai 2017 festgehalten habe, oder einzig an einer Persönlichkeitsakzentuierung. Wenn der behandelnde Psychiater ausführlich begründet habe, dass der Versicherte vor noch kurzer Zeit eine dekompenzierte Persönlichkeitsstörung aufgewiesen habe und in entsprechenden sozial unverträglichen Verhaltensmustern verharret sei, so sei dies gleichbedeutend mit einem zuvor aufgehobenen Leistungsvermögen resp. nicht gegebenen Zumutbarkeit für einen potentiellen Arbeitgeber. Dass im Verlauf durch eine anderweitige Beschäftigung (Gärtner-Tätigkeit) eine positive Entwicklung aufgetreten sei mit nicht mehr Manifestwerden der Persönlichkeitsstörung hin zu einer Persönlichkeitsakzentuierung zeige auf, dass der Versicherte eine derartige Tätigkeit benötige und bei anderen Belastungen umgehend wieder zu dekompenzieren drohe. Daher müsste die IV-Stelle einen Einkommensvergleich durchführen, bei welchem bezüglich Valideneinkommen dasjenige heran zu ziehen sei, welches der Versicherte im Gesundheitsfall als Geschäftsstellenleiter bei der D.____ habe erzielen können, hochgerechnet auf den frühestmöglichen Rentenbeginn. Der Versicherte verlange zudem auch die Zusprache weiterer beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Diese seien unabhängig vom Vorliegen einer bereits eingetretenen Invalidität zu gewähren. Zudem habe Dr. med. C.____ in seinem Gutachten auf Seite 38 festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Kontext der Arbeitsaufnahme im ersten Arbeitsmarkt per Februar dieses Jahres gefordert sein dürfte, weshalb es wichtig sei, dass die Behandlung und die Medikation fortgesetzt würden. Ausserdem verkenne die IV-Stelle, dass Dr. med. C.____ von einem zuvor massiveren Gesundheitsschaden ausgegangen sei, denn er habe einzig eine (unvollständige) Remission «gegenwärtig» konstatiert, weshalb die IV-Stelle diesbezüglich abermals die Untersuchungspflicht verletzt habe, indem sie nicht mittels Nachfrage bei Dr. med. C.____ und/oder den übrigen Erkenntnisquellen den genauen Verlauf festlegt habe. So hätte wie beispielsweise in einem vom unterzeichneten Rechtsanwalt gerade erst erstrittenen Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 27. Februar 2018 (VBE.2016.790) sehr wohl zumindest ein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente resultiert. Sodann führte der Vertreter des Beschwerdeführers im Parteivortrag anlässlich der Verhandlung ergänzend aus, die

IV-Stelle habe es unterlassen, eine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Auch diesbezüglich sei das rechtliche Gehör verletzt worden, weshalb eine Rückweisung vorzunehmen sei. Zudem sei in den Berichten der Stiftung E.____ ebenfalls festgehalten worden, dass es nach kurzer Zeit im Bürobereich wieder zu einer Dekompensation komme. Der Beschwerdeführer finde sich in administrativen Belangen nicht mehr zurecht. Des Weiteren bestehe eine massive Divergenz zwischen der Einschätzung der Stiftung E.____ einer 20%igen Leistungsfähigkeit gegenüber der Einschätzung von Dr. med. C.____ einer Leistungsfähigkeit von 80 %. Dr. med. C.____ setze sich damit aber inhaltlich nicht auseinander. Aufgrund dieser Divergenzen müsse man die Beschwerdesache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden könne, seine bisherige Tätigkeit sowie wechselbelastende Tätigkeiten uneingeschränkt auszuüben. Dabei könne er ein entsprechendes rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Es liege somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Im Gutachten von Dr. med. C.____ werde zwar eine Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der D.____ als auch für entsprechende Verweistätigkeiten attestiert. Hingegen könne der Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert und das Kokainabhängigkeitssyndrom abstinent. Auf Seite 38 des Gutachtens halte Dr. med. C.____ denn auch fest, dass keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr festzustellen seien. Somit bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden, welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde. Eine Abweichung von der Einschätzung des Gutachters sei somit aus rechtlicher Sicht durchaus zulässig und schmälere den Beweiswert des Gutachtens nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3). Dass sich der Beschwerdeführer für eine Tätigkeit im Gartenbereich entschieden habe, liege in seiner freien Berufswahl. Aus medizinischer Sicht wären ihm nach wie vor administrative Tätigkeiten zumutbar. Auch die Tatsache, dass er die Tätigkeit in der Gärtnerei beim RAV als Zwischenverdienst angebe, bestätige, dass er nach wie vor der Auffassung sei, administrative Tätigkeiten ausüben zu können. Auch bewerbe er sich nach wie vor für solche Tätigkeiten. Sodann sei festzuhalten, dass grundsätzlich Treu und Glauben des Versicherten nicht verletzt würden, wenn in der Verfügung zu seinen Ungunsten von dem abgewichen werde, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt worden sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2). Vorliegend handle es sich zudem sowohl beim Vorbescheid vom 7. September 2017 wie auch bei der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2017 um rentenablehnende Entscheide. Dem Vorbringen, dass beim im Vorbescheid ausgewiesenen Invaliditätsgrad von 21 % ein Umschulungsanspruch bestehen würde, sei entgegen zu halten, dass abgesehen vom Invaliditätsgrad die notwendigen Voraussetzungen für eine Umschulung nicht gegeben wären. Wie in der Verfügung vom 18. Oktober 2017 ausgeführt, sei dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nach wie vor zumutbar. Somit seien die Voraussetzungen nach Art. 17 IVG nicht erfüllt. Durch die Abweichung vom Vorbescheid vom 7. September 2017 sei dem Beschwerdeführer somit kein Rechtsnachteil entstanden. Schliesslich sei zur Rüge betreffend der Weitergewährung von beruflichen Massnahmen festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einem 100%-Pensum angestellt sei. Weshalb weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen erforderlich wären, sei für die IV-Stelle nicht ersichtlich. 6. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren

das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, die IV-Stelle sei mit Vorbescheid vom 7. September 2017 noch davon ausgegangen, es liege ein Invaliditätsgrad von 20 % vor. In der angefochtenen Verfügung sei sie jedoch zum Schluss gekommen, es läge keine invalidisierende Gesundheitsstörung vor. Daher hätte sie bei einer derartigen 180-Grad-Wendung einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Damit habe sie den Anspruch des Versicherten auf rechtliches Gehör und die Vorschriften über das Vorbescheidverfahren schwer verletzt. Zudem habe es die IV-Stelle unterlassen, eine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Auch diesbezüglich sei das rechtliche Gehör verletzt worden. Der Beschwerdeführer verlange daher vorab und primär die Rückweisung der Beschwerdesache an die Vorinstanz, damit ihm die verfassungsmässig garantierte Anhörung ermöglicht werde.

6.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

6.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte (vgl. Urteile 8C_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 3.2 und 9C_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4 u. 5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1). Einem Vorbescheid kommt nicht die verfahrensmässige Wirkung einer Verfügung zu, weshalb er ohne die Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 - 2 ATSG) abgeändert werden kann. Wird in der Verfügung zu Ungunsten des Versicherten von dem abgewichen, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt wurde, verletzt dies grundsätzlich auch Treu und Glauben nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 3 zu Art. 57a IVG mit Hinweis auf Urteil 9C_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4-5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Im vorliegenden Fall wurden von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheides keine neuen Arztberichte eingeholt. Vielmehr resultierte die in

der Verfügung vom 18. Oktober 2017 im Vergleich zum Vorbescheid vorgenommene Abweichung beim Invaliditätsgrad einzig daraus, dass die Beschwerdegegnerin im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ (vgl. IV-Nr. 123.1) nicht von einer 20%igen Einschränkung ausging. Dies mit der Begründung, Dr. med. C.____ stelle keine Diagnosen, welche eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zudem handelt es sich sowohl beim Vorbescheid vom 7. September 2017 wie auch bei der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2017 um rentenablehnende Entscheide. Inwiefern der Beschwerdeführer nicht die Möglichkeit gehabt haben sollte, sich im Vorbescheid umfassend äussern zu können, ist nicht ersichtlich. Angesichts dieser Umstände durfte die Beschwerdegegnerin vom Erlass eines neuen Vorbescheides absehen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt demnach nicht vor. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, die IV-Stelle habe es unterlassen, eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, weshalb diesbezüglich das rechtliche Gehör verletzt worden sei. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 die sogenannte Indikatorenprüfung für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eingeführt hat. Jedoch wurde die diesbezügliche Rechtsprechung erst mit Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 auch auf alle anderen psychiatrischen Diagnosen als grundsätzlich anwendbar erklärt. Da im vorliegenden Fall keine psychosomatischen Schmerzdiagnosen zur Diskussion standen und die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2017 datiert, musste die IV-Stelle in dieser Verfügung die Indikatorenrechtsprechung noch gar nicht anwenden. Demnach ist auch in diesem Punkt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu verneinen.

7. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 1. Mai 2015 gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 12. Juni 2014 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 18. Oktober 2017 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitraum der erstmaligen Leistungsverneinung mit Verfügung vom 12. Juni 2014 (IV-Nr. 16) liegen keine Arztberichte vor. Die Leistungsablehnung erfolgte einzig aufgrund des unbestrittenen Umstandes, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2014 wieder zu 100 % arbeitstätig war. Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt auch wieder zu 100 % arbeitsfähig war. Für gegenteilige Annahmen bestehen keine Anhaltspunkte.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im Austrittsbericht der Privatklinik F.____ vom 26. März 2015 (IV-Nr. 100), wo der Beschwerdeführer vom 26. Januar 2015 bis 10. März 2015 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - Mittelgradige depressive Episode (agitierte Depression) (ICD-10: F32.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, abstinenter seit November 2014 (F14.21) Der Beschwerdeführer habe am Burnout-spezifischen Therapieprogramm teilgenommen. Es sei ihm schwergefallen, sich in den Therapien wirklich zu öffnen. Auch was Änderungsabsichten in seinem Alltag angehe, sei er unkonkret geblieben. Auch bezüglich seiner finanziellen Situation habe sich der Beschwerdeführer lange bedeckt

gehalten. So habe die Referentin erst anlässlich eines vom Patienten ausdrücklich erwünschten Telefonats mit einem Freund des Beschwerdeführers erfahren, dass dieser tief verschuldet sei und nicht mehr zurück in seine Eigentumswohnung könne, da diese einerseits verwüstet sei und er sie andererseits verkaufen müsse. Aus diesen Gründen habe er auch eine Beistandschaft bei der KESB beantragt. Auf Wunsch des Beschwerdeführers nach medikamentöser Unterstützung sei Ciprallex angesetzt worden. Er habe am 12. März 2015 in die Tagesklinik der B.____ eintreten können. Die KESB habe eine Beistandschaft bezüglich Finanzen gutgeheissen und überprüfe gegenwärtig die Notwendigkeit, die Beistandschaft auf die Bereiche Wohnen und Gesundheit auszuweiten.

7.2.2 Im Bericht der B.____ vom 11. Juni 2015 (IV-Nr. 23) wurde ausgeführt, in der Zeit ab dem 12. Juni 2014 habe bei anhaltendem Substanzmissbrauch die psychopathologische Belastung des Beschwerdeführers unter dem Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14.25) derart zugenommen, dass er am 6. November 2014 auf Zuweisung von Dr. med. G.____, [...], zur stationären psychiatrischen Behandlung habe aufgenommen werden müssen. Angesichts der Schwere des Missbrauchs habe sich trotz mehrmonatiger stationärer Therapie bei den B.____ und H.____ sowie der Privatklinik F.____ – wohin sich der Beschwerdeführer in Anbetracht der depressiven Symptomatologie zur Fortsetzung der Behandlung begeben habe – keine hinreichende Arbeitsfähigkeit für eine Wiederaufnahme der Arbeit in seiner angestammten Tätigkeit wiederherstellen lassen. Der Beschwerdeführer sei entsprechend seither und bis auf weiteres zu 100 % krankgeschrieben und seit dem 12. März 2015 in tagesklinischer Behandlung. Nebst der Suchterkrankung habe der Beschwerdeführer in der Zeit ab dem 12. Juni 2014 eine zunehmende komorbide depressive Symptomatik einschliesslich erhöhter Selbstgefährdung, die fremdanamnestisch in einen Suizidversuch im Oktober 2014 gemündet habe, entwickelt. Diese Symptomatik habe unter der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) einer zwischenzeitlichen stationären Behandlung in der Privatklinik F.____, [...], vom 26. Januar 2015 - 10. März 2015 bedurft. Seither erfolge eine ununterbrochene pharmakologisch-psychotherapeutische Behandlung. Schliesslich weise der Beschwerdeführer eine narzisstische Akzentuierung seiner Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) auf, die dazu führe, dass er in seinem gewohnten, kompetitiven Arbeitsumfeld in maladaptive Muster überhöhter Leistungsansprüche ver falle. Dies berge ein erhöhtes Risiko, dass er in der Folge aufgrund wachsender Versagensängste in neuerlichen Kokainkonsum als dysfunktionale Copingstrategie abgleite oder aufgrund von Überlastung und Überarbeitung in eine neuerliche depressive Episode aufgrund von Erschöpfung ver falle. Daher erachte man für die weitere psychische Stabilisierung und die anhaltende Abstinenz des Patienten einen Wechsel des Arbeitsumfeldes und des Tätigkeitsbereichs als essenziell. Von einer beruflichen Neuausrichtung dank beruflicher Massnahmen der IV dürfe ein günstiger Einfluss auf die Prognose und somit eine nachhaltige Reduktion des Hilfsbedarfs des Versicherten erhofft werden.

7.2.3 Im Austrittsbericht der Tagesklinik der B.____ vom 3. November 2015 (IV-Nr. 101), wo der Beschwerdeführer vom 12. März 2015 bis 26. Juni 2015 ambulant behandelt wurde, wurden folgende Diagnosen gestellt: - Kokainabhängigkeitssyndrom, ggf. abstinent (ICD-10 F14.20) - Depressive Episode, ggf. remittiert (ICD-10 F32.4) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) Der Beschwerdeführer sei ursprünglich am 6. November 2014 in die Psychiatrische Klinik zum stationären Kokaintenzug eingetreten und im Anschluss daran am 24. Januar 2015 in die Privatklinik F.____ zur Behandlung einer komorbid bestehenden depressiven Störung übergetreten. Nach deren regulären Beendigung habe die Privatklinik

F.____ auf Wunsch des Patienten um Aufnahme als Tagespatient zur weiteren Konsolidierung der erlangten Abstinenz und nun subklinischen Depression gebeten. Bei Eintritt in die Tagesklinik habe sich gezeigt, dass er die erlangte Abstinenz hinsichtlich seines Kokainabhängigkeitssyndroms (ICD-10 F14.25) im stationären Rahmen habe erhalten können und dass hinsichtlich der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) eine deutliche Stimmungsaufhellung und substanzielle Reduktion der inneren Agitiertheit eingetreten sei, sodass zum Eintrittszeitpunkt lediglich noch eine subklinische Ausprägung feststellbar gewesen sei. Zum Abschluss der tagesstationären Behandlung habe der Beschwerdeführer lückenlos ein Praktikum als Hilfspfleger bei der Stiftung E.____ in [...] angetreten. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Nachsorge zur fortgesetzten Bearbeitung seiner akzentuierten Persönlichkeitszüge bei anhaltender Abstinenz des Kokainmissbrauchs und Remission der Depression habe der Beschwerdeführer nach einer kurzen Erholungszeit zu initiieren gewünscht.

7.2.4 Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 23. August 2016 (IV-Nr. 80) folgende Diagnosen: - Depressive Episode, gegenwärtig remittiert, ICD-10 F32.4 - Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente, ICD-10 F14.2 - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen, ICD-10 Z73.1 Aus der Entwicklungsgeschichte gehe eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur hervor. Aus Berichten des Beschwerdeführers gehe man von Mustern mit pathologischem Wert aus, welche zur Suchtmittelentwicklung und Dekompensation geführt hätten. Die vorgängige depressive Störung zeige sich im Aufbaustraining mit rascher Ermüdbarkeit, verminderter Konzentration bei geistig fordernden Aufgaben, Erschöpfung, verminderter Belastbarkeit, emotionaler Überreagibilität mit Appetit, Schlaf und formalen Denkstörungen. Das Arbeiten in der bisherigen Tätigkeit müsste erprobt werden. Man gehe von einer verminderten Belastbarkeit aus. Die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit sei auch mit grossen Ängsten verbunden. Gewisse Aufgaben zu erfüllen, würde dem Beschwerdeführer sehr widerstreben. Auch sehe er sich nicht mehr fähig, in einer Führungsposition zu arbeiten. Es sei unklar, ob der Beschwerdeführer sich seine Persönlichkeitsmuster so weit bewusst machen und ändern könne, dass bei einem Wiedereinstieg die Gefahr der Dekompensation eingegangen werden könne. Die körperliche Tätigkeit im Rahmen des Aufbaustrainings ver helfe dem Beschwerdeführer zu einer gesunden Müdigkeit und einem gesunden Schlafrhythmus. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht gestresst während der Arbeit und sehe ein Resultat, mit welchem er den Tag abschliessen könne. Er habe jahrelang mit einer Überforderung und psychopathologischen Symptomen gelebt und eine schwere depressive Episode erlitten. In solchen Fällen sei der Wiedereinstieg im angestammten Bereich auch medizinisch nicht zu empfehlen. Bei erhöhter Belastung, auch durch Ängste einer erneuten Dekompensation, wäre die Arbeitsfähigkeit vermindert. Man gehe von einem Pensum von aktuell maximal 50 % aus.

7.2.5 Im neuropsychologischen Gutachten von lic. phil. J.____ vom 25. November 2016 (IV-Nr. 103) wurde festgehalten, in der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung habe sich eine normgemässe bis selten überdurchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit gezeigt. Normgemäss seien das Denken, das eigentliche Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, viele exekutive Funktionen, die Visuokonstruktion und die Sprache gewesen. Überdurchschnittlich seien das unmittelbare Wiedergeben von mündlich vorgegebenen Geschichten sowie die Leistung bei einer anspruchsvollen Problemlöseaufgabe gewesen. Die bei der jetzigen Untersuchung erhaltene kognitive Leistungsfähigkeit stehe in guter Übereinstimmung zur Schulbildung auf einem höheren Sekundarschulniveau in der

Oberstufe, zum erfolgreichen Absolvieren einer kaufmännischen Lehre, zum erfolgreichen Absolvieren einer anspruchsvollen Weiterbildung zum Finanzplaner und zur langjährigen qualifizierten Tätigkeit im Bankwesen. Die vom Beschwerdeführer seit einiger Zeit gemäss Angaben der Vorberichte geschilderten subjektiven Konzentrationsbeeinträchtigungen liessen sich somit bei der jetzigen Untersuchung nicht objektivieren. Es sei aber nachvollziehbar, dass diese eine Begleiterscheinung von psychopathologischen Einschränkungen und von Müdigkeit sein könnten. Aus rein neuropsychologischer / kognitiver Sicht lasse sich keine Gesundheitsschädigung mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen definieren.

7.2.6 Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 8. Februar 2017 (IV-Nr. 121) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei seit dem 3. November 2014 100 % arbeitsunfähig gewesen. Während dem Tagesklinikaufenthalt sei er im Garten bei der Stiftung E.____ beschäftigt gewesen. Er habe sich im August 2015 psychisch wenig stabil gefühlt und gehofft, dass das Training für die Stabilisierung bei E.____ weitergeführt werden könne. Am 1. August 2015 habe er einen Autounfall gehabt. Der Unfall sei aufgrund eines Epilepsieanfalls erfolgt. Dabei sei das Becken etwas verschoben worden, was durch die Physiotherapie wieder gerichtet worden sei. Am 9. November 2015 habe er einen Hockeyunfall erlitten und habe sich den Schienbeinkopf gebrochen. In dieser Zeit habe das Belastbarkeitstraining nicht weitergeführt werden können und die Zeit sei für ein persönliches Coaching genutzt worden wie es beruflich weitergehe. Der Beschwerdeführer habe sich von Anfang an nicht mehr in der Lage gesehen, die angestammte Tätigkeit wieder aufzunehmen. Er sei motiviert und zuversichtlich gewesen, einen Neuanfang zu machen. Der finanzielle Aspekt sei mit dem Beschwerdeführer immer wieder besprochen worden, was ihn nicht davon abgebracht habe, den Weg als Gärtner weiterzuverfolgen. Er sei stets motiviert gewesen zu arbeiten. Er habe mit wenigen Stunden das Training begonnen und es sei ihm gelungen, trotz zwei Unfällen, die ihn zurückgeworfen hätten, den Einstieg wieder zu finden und das Pensum erfolgreich auf 100 % zu steigern. Der Beschwerdeführer sei bei seinem Wunsch und Ziel, eine Stelle im Gartenbereich zu finden, geblieben. Nach einem sechsmonatigen Arbeitsversuch habe er eine Festanstellung zu 100 % als Gartenarbeiter per 1. Februar 2017 antreten können.

7.2.7 Im psychiatrischen Gutachten vom 12. April 2017 (IV-Nr. 123.1) hielt Dr. med. C.____ fest, diagnostisch gehe er in Kongruenz zu den Akten von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit überhöhten Leistungsansprüchen bzw. narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1) aus. Aufgrund der Angaben des Versicherten in der aktuellen Exploration könne von einer ersten depressiven Episode rund um das Jahr 2010 ausgegangen werden, deren Ausmass rückwirkend nicht quantifiziert werden könne. Wenn der Versicherte betone, dass er fortan nicht mehr als Geschäftsleiter des D.____-Sitzes in [...] gearbeitet habe, sondern nur noch als Kundenberater, könne dies im Kontext der ersten grösseren Krise mit Arbeitsabsenz nachvollzogen werden. Aufgrund der Angaben des Versicherten, der Akten und der späteren Arztberichte könne sodann davon ausgegangen werden, dass der Versicherte ab dem Jahr 2012 bis zum November 2014 mit zunehmender Dosierung Kokain zu sich genommen haben dürfte. Somit sei diagnostisch für den Zeitraum 2012 bis November 2014 von einem massiven Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F 14.25) auszugehen. Aufgrund seiner eigenen Angaben, denjenigen der Akten wie den diversen negativen Drogenscreenings wie auch einem aktuell durchgeführten Drogenscreening, welches nicht nur kein Kokain, sondern absolut blande Befunde habe zeigen können, sei ab November 2014 bis dato von einem Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F14.20) auszugehen. Im Kontext der Kokainabhängigkeit sei es am 6. November 2014 zur

stationären psychiatrischen Behandlung des Versicherten bei den B.____ gekommen. Nach Austritt bei den B.____ sei der Versicherte vom 26. Januar 2015 bis 10. März 2015 in der Psychiatrischen Privatklinik F.____ stationär behandelt worden. Wenn die Klinik diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und ein abstinentes Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10: Ff4.21) festhalte, könne sich Dr. med. C.____ dem nur anschliessen. In seiner Untersuchung nun habe er nur wenige auffällige Befunde gefunden. Zu nennen seien eine innere und äussere Anspannung und Verunsicherungsgefühle. Weiter sei von Ängsten auszugehen, dies insbesondere bei der Vorstellung, dass der Beschwerdeführer nun wieder im Kontext seiner früheren Arbeitstätigkeit im Bankensektor arbeiten sollte. Weiter berichte er von Ermüdnungserscheinungen und einer Erschöpfung nach der Arbeit und von einem erhöhten Schlafbedürfnis. Auch wenn beides in der Exploration (letztlich) nicht habe beobachtet werden können, könne von seinen Angaben ausgegangen werden. Insbesondere könnten keine Befunde (mehr) dokumentiert werden, welche auf eine depressive Episode schliessen liessen, welche von der Privatklinik F.____ noch im Jahre 2015 festgehalten worden sei. Der Versicherte zeigte sich bei unauffälliger Stimmungslage, habe mitschwingen, lachen können, auch hätten weder eine Antriebsproblematik noch kognitive Defizite eruiert werden können. Auch wenn nun weiterhin von Verunsicherungsgefühlen, einer inneren und äusseren Angespanntheit oder einer Ängstlichkeit auszugehen sei, dürfte unter der Behandlung (Cipralex) von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) auszugehen sein. Diese Beurteilung stehe in Übereinstimmung mit der Beurteilung des Behandlers mit Datum vom 23. August 2016. Und wenn nun die B.____ bereits im November 2015 von einer remittierten depressiven Episode ausgegangen seien, dürfte spätestens vom Spätherbst 2015 bis dato von einer Remission des depressiven Bildes auszugehen sein. Von Seiten der Persönlichkeitsakzentuierung, welche gewissermassen eine Normvariante darstelle, könnten per se keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Und wenn nun heute von einer remittierten depressiven Störung einerseits, andererseits von einem abstinenten Kokainabhängigkeitssyndrom auszugehen sei, in der Untersuchung nun auch keine diesbezüglich manifesten Befunde mehr beschrieben werden könnten, seien auch von Seiten dieser beiden Störungsbilder – aufgrund von Remission bzw. Abstinenz – keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr festzuhalten. Aufgrund der Angaben des Versicherten sei anzunehmen, dass er in der aktuell nun realisierten angepassten Tätigkeit in einer Gärtnerei ein volles Pensum werde realisieren können. Umgekehrt nun aber sollte entgegen der Einschätzung des Versicherten eine Arbeitsfähigkeit auch im Bankenwesen realistisch, zumutbar bzw. möglich sein, zumal von neuropsychologischer Seite keine kognitiven Einschränkungen hätten dokumentiert werden können. Im Kontext der beschriebenen Unsicherheitsgefühle, wie der Ängstlichkeit, welche im Übrigen auch im Kontext einer Schamproblematik zu verstehen seien, sehe er, Dr. med. C.____, allerdings eine Vorgesetztenfunktion, welche der Beschwerdeführer über Jahre als Geschäftsstellenleiter der D.____ in [...] innegehabt habe, als nicht mehr realistisch an. Vom Pensum bzw. quantitativ sehe er, Dr. med. C.____, auf Grund der vermehrten Erschöpfbarkeit Einschränkungen von 20 %. Von relevanten qualitativen Einschränkungen gehe er nicht aus. In diesem Sinne gehe er zusammenfassend – unter Weiterführung der Behandlung – von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % für die bisherige bzw. zuletzt bei der D.____ ausgeübte Tätigkeit als Kundenberater aus. Das Pensum sollte vorzugsweise auf fünf Wochentage verteilt werden. 7.2.8 In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 (IV-Nr. 127) führte Dr.

med. I. ___ aus, der Beschwerdeführer habe noch vor den therapeutischen Interventionen an einer Persönlichkeitsstörung gelitten. Dies gehe aus den persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers hervor. Zudem habe es mehrere depressive Dekompensationen aufgrund Erschöpfung durch die Leistungsorientierung gegeben. Natürlich sei auch an ein gedämpftes Immunsystem zu denken, bei häufigen und schweren Erkältungen/viralen Infekten, ca. viermal jährlich seit Beginn der Filialleitung. Auch seien die wiederholten Unfälle und Sportverletzungen zu beachten. Diese könnten im Rahmen einer verminderten Selbstfürsorge, bei der starken Leistungsorientierung und Missbrauch des Körpers als Leistungsinstrument gesehen werden. Bei der noch vorhandenen narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung erachte er, Dr. med. I. ___, die Konsolidierung der therapeutischen Fortschritte im bestehenden beruflichen Setting als nötig. In der Vergangenheit habe sich der Beschwerdeführer Settings gesucht, wo Möglichkeiten bestanden hätten, sich durch Leistung zu nähren und den Selbstwert zu erhöhen. Im selben Setting, trotz Verbesserung der Persönlichkeitsstörung, würden die Muster wieder anspringen. Entweder müsste der Patient noch stärker an sich arbeiten, die Muster erkennen, die ausgelösten Emotionen verarbeiten und neue Verhaltensweisen an den Tag legen, was eine zusätzliche Anstrengung mit sich bringen würde. Oder es bestehe die Gefahr einer weiteren Dekompensation, bei bestehender Vulnerabilität und aktuell weiter bestehender belastender Lebensumstände. Im geschützten Rahmen der E. ___ habe der Beschwerdeführer eine Bürotätigkeit verrichtet. Die Tätigkeit sei als anstrengend eingeschätzt worden, habe Grübeln und Ängste ausgelöst. Die Schlafqualität habe abgenommen, es sei zu Ein- und Durchschlafstörungen, rascher Ermüdbarkeit, erhöhter Müdigkeit (zusätzlich zu der bestehenden Müdigkeit) gekommen. Es sei ein Pensum von ca. zwei Stunden täglich an vier Wochentagen gearbeitet worden, also ca. 20 %. Der Beschwerdeführer fühle sich ausserdem sehr belastet und überfordert durch die privaten administrativen Aufgaben. Die Beistandschaft werde trotz Einschränkungen als sehr hilfreich empfunden. Bei bestehender Psychopathologie sehe man den Beschwerdeführer nur für 20 % arbeitsfähig im angestammten Bereich. Dies habe sich aus dem Arbeitsversuch ergeben. Es bestehe eine schwere Persönlichkeitsstörung mit positivem therapeutischem Verlauf, bis hin zur aktuellen Persönlichkeitsakzentuierung – aber noch nicht in Remission und somit bestehe die Gefahr einer Dekompensation. Auch aktuelle Ängste, Konzentrationsverminderung, Anspannung, Schlafstörung liessen sich damit begründen. Bislang sei die Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich nicht erprobt worden. Die aktuelle Erschöpfung stehe im Rahmen einer protrahierten postpsychotischen Reaktion. Man gehe mit der Einschätzung von Dr. C. ___ konform, dass die 100 % Arbeitstätigkeit mit Vorsicht zu geniessen sei und es noch Zeit bedürfe auf dem Genesungsweg des Patienten. Die verbleibenden Symptome der Erschöpfung könnten noch Monate bis Jahre anhalten.

7.2.9 In seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2017 (IV-Nr. 131) hielt Dr. med. C. ___ fest, in der Stellungnahme von Dr. med. I. ___ sei auffallend, dass einerseits von einer Persönlichkeitsakzentuierung ausgegangen bzw. gesprochen werde, später dann von einer Persönlichkeitsstörung, welche zusammenfassend dann als schwer bezeichnet werde, dann im gleichen Abschnitt wiederum (unter der Behandlung) zur Persönlichkeitsakzentuierung mutiert habe. Dieses «Wechselspiel» der diagnostischen Einreihung könne er, Dr. med. C. ___, nicht nachvollziehen und dürfte auch nicht zulässig sein. Handle es sich doch um zwei verschiedene Diagnosen mit unterschiedlicher Krankheitswertigkeit: die Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) gelte als Normvariante, die Persönlichkeitsstörung (F60) als pathologisch. Und gemeinhin sei es so, dass man entweder eine

Persönlichkeitsstörung aufweise oder eben nicht. Das ICD-10 äussere sich diesbezüglich unmissverständlich. In diesem Sinne könne eine Persönlichkeitsstörung, wenn denn eine vorliege, nicht einfach unter der Behandlung zur Akzentuierung werden. Die unter 301.81 DSM genannten (neun) Kernkriterien habe er, Dr. med. C.____, beim Versicherten nicht eruieren können. So habe er insbesondere Befunde wie ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit, Phantasien von eigenem grenzenlosem Erfolg oder ein Gefühl der Einzigartigkeit, welche gemeinhin bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung anzutreffen seien, beim Versicherten nicht feststellen können. Auch habe der Beschwerdeführer beispielsweise weder mit seinen Leistungen geprahlt, noch habe er sich übertrieben grandios dargestellt. In diesem Sinne sehe er, Dr. med. C.____, die Grundvoraussetzungen für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht als gegeben an. Die beim Versicherten beschriebenen narzisstischen Verhaltensweisen wie auch das damit verbundene ausgeprägt hohe Leistungsverhalten wie auch die Suchtstörung sehe er, Dr. med. C.____, im Kontext einer Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1). Sodann sei er gutachterlich sehr wohl auf die Kokainpsychose eingegangen (Seite 38 ff.). In diesem Sinne könnten die genannten Restbeschwerden auch im Sinne einer postpsychotischen Reaktion verstanden werden. Des Weiteren lasse sich die von Dr. med. I.____ postulierte Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten Tätigkeit auf Grund der Befundlage bzw. der beschriebenen Befunde nicht nachvollziehen, auch die Abstützung auf einen Monate zurückliegenden Arbeitsversuch schein nicht zulässig. Und wenn Dr. med. I.____ im Kontext der Ausübung der bisherigen Tätigkeit im angestammten Bereich (Kundenberater bei einer Bank) auf Grund einer «emotionalen Triggerung» von einer Zunahme der Restsymptomatik ausgehe, könne dies letztlich nicht ausgeschlossen werden. Der Einsatz einer Bürotätigkeit bei einer Bank mit direktem Kundenkontakt bzw. die Kundenberatung dürfte dem Versicherten derzeit nicht möglich sein, hingegen sei davon auszugehen, dass sämtliche Bürotätigkeiten (ohne Leitungsfunktion) im «Innendienst» einer Bank bzw. ohne direkten Kundenkontakt im Rahmen des erwähnten Pensums möglich und zumutbar sein dürften.

7.2.10 Mit Schreiben vom 25. September 2017 (IV-Nr. 145) führte Dr. med. I.____ aus, er bestätige hiermit, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit Mai 2017 nicht verändert habe und die von Dr. C.____ attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich aktuell nicht realisierbar wären. Man gehe von einer Gefährdung der Gesundheit aus, sobald der Beschwerdeführer 80 bis 100 % in seinem angestammten Bereich arbeiten müsste. Die bestehende Persönlichkeitsakzentuierung werde zu vermehrtem Stresserleben und Leistungsstreben führen, getriggert vom bekannten kompetitiven Umfeld. Die beruflichen Massnahmen seien erfolgreich gewesen, der Beschwerdeführer sei zu 100 % als Gärtner arbeitsfähig. Weiterhin stimme die Work-Life-Balance nicht (Erschöpfung, erhöhtes Schlafbedürfnis, Angespanntheit, Ängste, Nervosität), weswegen die Konsolidierung der erreichten Fortschritte bei der Weiterführung der aktuellen Tätigkeit in der Gärtnerei absolut sinnvoll und zu unterstützen seien.

8. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. J.____ vom 25. November 2016 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 12. April 2017 stützt, ist vorweg deren Beweiswert zu prüfen.

8.1 Das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. J.____ vom 25. November 2016 wird weder von Seiten des Beschwerdeführers bestritten noch stehen diesem ärztliche Beurteilungen entgegen. Das Gutachten leuchtet denn auch bezüglich der Schlussfolgerungen ein. Die neuropsychologischen Tests ergaben allesamt durchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse. Demnach überzeugt die Beurteilung

von lic. phil. J.____, wonach beim Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht keine Einschränkungen vorliegen. Umstritten ist dagegen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 12. April 2017 und in diesem Zusammenhang insbesondere seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In diagnostischer Hinsicht stimmt das Gutachten von Dr. med. C.____ mit den übrigen psychiatrischen Arztberichten überein: Es wird von einer depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), einem Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.2) und von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen Anteilen, (ICD-10 Z73.1), ausgegangen. Die Diagnosestellung wurde von Dr. med. C.____ einleuchtend hergeleitet und begründet. Aber auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. C.____ vermag in wesentlichen Teilen zu überzeugen. So wurde bereits im Austrittsbericht der Tagesklinik der B.____ vom 3. November 2015, wo der Beschwerdeführer vom 12. März 2015 bis 26. Juni 2015 ambulant behandelt wurde, festgehalten, der Beschwerdeführer sei bezüglich des Kokainsyndroms abstinent und die depressive Episode sei remittiert. Demnach ist es einleuchtend, dass Dr. med. C.____ aus diesen Diagnosen keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr ableitet. Sodann zeitigten gemäss Dr. med. C.____ auch die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung ist ebenfalls nachvollziehbar. Die Diagnose «akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen» ist zwar unter ICD-10 Z73.0 aufgeführt, sie entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z999 sind jedoch 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 (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.2.2). Die Diagnose «Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen» fällt als solche somit nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens. Nicht gefolgt werden kann dagegen der Einschätzung von Dr. med. C.____, quantitativ sehe er auf Grund der vermehrten Erschöpfbarkeit Einschränkungen von 20 %. So lässt sich diese Einschränkung auf keine entsprechende Diagnose stützen. Insofern darauf hingewiesen wird, diese Einschränkung könne sich auch aus der damaligen Kokainpsychose ergeben haben, vermag dies angesichts dessen, dass der Kokainkonsum seit November 2014 sistiert ist (vgl. IV-Nr. 100), nicht zu überzeugen. Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid sowohl in der angestammten Tätigkeit im Bankensektor als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausging. Dadurch wird der Beweiswert des ansonsten überzeugenden Gutachtens von Dr. med. C.____ aber nicht geschmälert. Ob die im Gutachten gestellten Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nach Art. 4 Abs. 1 IVG darstellen, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage (BGE 140 V 193 E. 3.1 f. S. 195 f.). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlore (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3; SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Urteil 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2). 8.2 Den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. C.____ vermögen auch die entgegenstehenden Berichte und Stellungnahmen von Dr. med. I.____ nicht zu schmälern. In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 (IV-Nr. 127) stellt sich Dr. med. I.____ auf den Standpunkt, beim Beschwerdeführer habe eine

narzisstische Persönlichkeitsstörung bestanden, die nun in eine Persönlichkeitsakzentuierung gemündet habe. Dies mag aus verschiedenen Gründen nicht zu überzeugen. So wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bislang in keinem medizinischen Bericht gestellt. Dr. med. I. ___ stellt diese Diagnose denn auch nicht echtzeitlich, sondern argumentiert gestützt auf die Biographie des Beschwerdeführers, eine solche habe bestanden. Bereits im Lichte dessen erscheint dies nur bedingt nachvollziehbar. Wie Dr. med. C. ___ in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2017 sodann überzeugend anfügt, könne er dieses «Wechselspiel» der diagnostischen Einreihung nicht nachvollziehen und dies dürfte auch nicht zulässig sein. Handle es sich doch um zwei verschiedene Diagnosen mit unterschiedlicher Krankheitswertigkeit: die Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) gelte als Normvariante, die Persönlichkeitsstörung (F60) als pathologisch. Und gemeinhin sei es so, dass man entweder eine Persönlichkeitsstörung aufweise oder eben nicht. Das ICD-10 äussere sich diesbezüglich unmissverständlich. In diesem Sinne könne eine Persönlichkeitsstörung, wenn denn eine vorliege, nicht einfach unter der Behandlung zur Akzentuierung werden. Die unter 301.81 DSM genannten (neun) Kernkriterien habe er, Dr. med. C. ___, beim Versicherten nicht eruieren können. Ebenso leuchtet die Einschätzung von Dr. med. I. ___ nicht ein, wonach der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit lediglich nur noch 20 % arbeitsfähig sei. Er stützt sich hier im Wesentlichen auf den diesbezüglichen Arbeitsversuch bei der Stiftung E. ___. Aber auch Dr. med. I. ___ vermag keine anderen Diagnosen zu stellen als Dr. med. C. ___, womit seine Einschätzung nicht nachvollziehbar ist. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. I. ___ auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, es bestehe eine massive Divergenz zwischen der Einschätzung der Stiftung E. ___ einer 20%igen Leistungsfähigkeit in der bisherigen administrativen Tätigkeit mit Kundenkontakt gegenüber der Einschätzung von Dr. med. C. ___ einer Leistungsfähigkeit von 80 %. Dr. med. C. ___ setze sich damit aber inhaltlich nicht auseinander. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich eine solche Einschätzung dem Bericht der Stiftung E. ___ vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 113) nicht entnehmen lässt. Darin wird lediglich ausgeführt, im Arbeitsbereich Verkauf und Beratung habe für den Beschwerdeführer keine Einsatzmöglichkeit gefunden werden können, da die Umstände am Arbeitsplatz (keine Einarbeitungsmöglichkeiten, direkter Kundenkontakt zu Beginn des Arbeitseinsatzes, zu hohe Verantwortung u.s.w.) dies nicht zuliesse. Damit wurde die Zumutbarkeit einer solchen Tätigkeit im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen durch die Stiftung E. ___ gar nicht konkret geprüft, sondern diesbezüglich lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt. Von einer unumstösslichen Divergenz, welche eine zusätzliche Abklärung notwendig machen würde, kann demnach nicht gesprochen werden. 9. Damit ist im Wesentlichen gestützt auf das beweiswertige Gutachten von Dr. med. C. ___ und analog zur angefochtenen Verfügung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dr. med. C. ___ gibt zwar als leichte Einschränkung an, der Einsatz einer Bürotätigkeit bei einer Bank mit direktem Kundenkontakt bzw. die Kundenberatung dürfe dem Versicherten derzeit nicht möglich sein, hingegen sei davon auszugehen, dass sämtliche Bürotätigkeiten (ohne Leitungsfunktion) im «Innendienst» einer Bank bzw. ohne

direkten Kundenkontakt im Rahmen des erwähnten Pensums möglich und zumutbar sein dürften. Wie aber ausgeführt wurde, diagnostiziert Dr. med. C.____ einzig akzentuierte Persönlichkeitszüge mit überhöhten Leistungsansprüchen bzw. narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Da diese Z-Diagnosen, wie vorgehend festgehalten, keine invaliditätsrelevanten Einschränkungen begründen können, ist auch das von Dr. med. C.____ in diesem Zusammenhang empfohlene Zumutbarkeitsprofil aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet hat. Nachdem keine invaliditätsrelevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt ist, besteht auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Da im Übrigen im beweismässigen Gutachten von Dr. med. C.____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1). 10. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin habe die Untersuchungspflicht verletzt, indem sie nicht mittels Nachfrage bei Dr. med. C.____ und/oder den übrigen Erkenntnisquellen den genauen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit festlegt habe. So hätte sehr wohl zumindest ein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente resultiert. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus den Akten ergibt. Gemäss Arbeitgeberbericht war der Beschwerdeführer ab dem 3. November 2014 (IV-Nr. 45) arbeitsunfähig. Somit ist der Beginn des Wartejahres auf Anfang November 2014 zu legen. Sodann erfolgte ab dem 6. November 2014 die stationäre psychiatrische Hospitalisation bei den B.____ bis am 23. Januar 2015 (vgl. IV-Nr. 101) sowie in der Privatklinik F.____ vom 26. Januar 2015 bis 10. März 2015. In dieser Zeit ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Danach erfolgte die Behandlung in der Tagesklinik der B.____ vom 12. März 2015 bis 26. Juni 2015. Im Austrittsbericht der B.____ vom 3. November 2015 (IV-Nr. 101) wurde lediglich noch eine Persönlichkeitsproblematik diagnostiziert. Der Kokainkonsum war seit November 2014 sistiert und die depressive Episode war remittiert. Damit ist bereits mit Austritt aus der Tagesklinik per Ende Juni 2015 keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr erstellt, zumal gemäss Austrittsbericht vom 3. November 2015 eine Besserung bereits bei Eintritt in die Tagesklinik zu verzeichnen war. Damit wurde das Wartejahr unterbrochen. Die nachfolgenden Unfälle führten lediglich zu vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer Sicht. Dies geht auch aus dem Bericht der Stiftung E.____ vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 113) hervor. Der Beschwerdeführer erlitt am 1. August 2015 einen Autounfall (vgl. IV-Nr. 42). Am 1. September 2015 konnte er aber bereits das Belastbarkeitstraining bei der Stiftung E.____ beginnen. Sodann war er aufgrund des Schienbeinkopfruches vom 9. November 2015 bis Ende Februar 2016 arbeitsunfähig. Danach begann er wieder mit dem Belastbarkeitstraining im Umfang von 50 % (IV-Nr. 113, S. 3). Ein Anspruch auf eine befristete Rente ergibt sich somit daraus nicht. 11. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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