

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01016 vom 22. Dezember 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01016)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01016 du 22 décembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01016 del 22 dicembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 1.5**

Stunden dauern, wodurch zirka eine Frequenz von 1 Stunde alle 14 Tage erreicht werde.

Die Psychotherapie diene Kriseninterventionen bei depressiven Einbrüchen, der Bewältigung der Gegenwart, der Aufarbeitung der Vergangenheit und der Persönlichkeitsmodifikation.

Definitionsgemäss sei der Verlauf bei Persönlichkeitsauffälligkeiten zäh - wie dipl. med. F. \_\_\_ in seinem Bericht bezüglich der Erholung vom zweiten grossen Zusammenbruch im Jahr 2008 erkannt habe - und erstrecke sich über Monate bis Jahre, da nur der jeweilige Leidensdruck bewirke, dass der Beschwerdeführer seine angestammten Denkmuster revidiere. Eine höhere Sitzungsfrequenz bei narzisstischen Zügen und entsprechendem Autonomiebedürfnis sowie Scham sei nicht realistisch.

Im Weiteren arbeite der Beschwerdeführer zunehmend kognitiv im Rahmen von „Hausaufgaben“, durch Lektüre, Selbstbeobachtung und Selbstkorrektur.

Dies habe der Beschwerdeführer wohl ebenfalls vergessen, gegenüber dem RAD zu erwähnen. Zudem sei der Beschwerdeführer in Behandlung bei Herrn A. \_\_\_ (S. 2 oben).

Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer deshalb in angepasster Tätigkeit nach wie vor nur zu einem 60%igen Pensum arbeitsfähig, dies voraussichtlich noch mehrere Jahre

gemäss dem bisherigen, plausiblerweise zähen Verlauf. Es besteht im Fall eines erhöhten Pensums die Gefahr einer zusätzlichen Chronifizierung mit Hospitalisationen und konsekutiv erniedrigter

Arbeitsfähigkeit (S. 2 Mitte). Zusammenfassend würden die Befunde im RAD-Bericht einer Momentaufnahme entsprechen. In Zusammenschau mit der Anamnese über mehrere Monate hinweg ergebe sich ein vollständigeres Bild des Gesundheitszustandes (S. 2 unten). Im Mittel bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Der Beschwerdeführer könne komplexe praktische Tätigkeiten mit grossem Wissen in einem Spezialgebiet unter den genannten Bedingungen ausüben, jedoch nicht im Umfang von über 60 % und nur mit reduzierter Durchhaltefähigkeit und in wohlwollendem, sinnstiftendem Umfeld (S. 3 oben).

### **E. 1.6**

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 14. September 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Juli 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine Rente auszurichten. Eventuell seien ergänzende psychiatrische Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 19. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Mit Verfügung vom 16. November 2017 wurde die Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ zum Prozess beigegeben (Urk. 9). Die Stellungnahme der Beigeladenen vom 24. November 2017 (Urk. 11) wurde den anderen Verfahrensbeteiligten am 28. November 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere den psychiatrischen Untersuchungsbericht des RAD vom 10. Februar 2016 (Urk. 7/82), davon aus, dass der Beschwerdeführer nach medizinischer Einschätzung jegliche Tätigkeiten, welche seinen Fähigkeiten entsprechen, ausführen könne. Eine Leistungsfähigkeitseinschränkung bestehe zu 20 % aufgrund verminderter Durchhaltefähigkeit (Urk. 2 S. 2 Mitte).

Der Beschwerdeführer arbeite im Finanzsektor, habe eine Ausbildung zum Treuhänder absolvieren können und diese als Zweitbesten bestanden. Infolge dessen würden erhebliche Ressourcen vorliegen. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei daher die Einreihung in das Kompetenzniveau 3 richtig (S. 3 oben).

In der Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin zudem aus, dass die erfolgte Renteneinstellung auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen wäre. Denn bei Rentenzusprache habe eine rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittel gradige Episode, vorgelegen. Diese Diagnose sei aufgrund der damals erhobenen Befunde jedoch fraglich. Darüber hinaus sei dem damaligen Gutachten klar zu entnehmen, dass keine Behandlung stattgefunden habe. Somit habe nicht von einem therapieresistenten Leiden ausgegangen werden können und sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), es treffe nicht zu, dass er über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder auch in einer angepassten Tätigkeit verfüge (S. 5 unten f.). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. Z. \_\_\_ vom 8. Juli 2015 sei davon auszugehen, dass der RAD die gesundheitliche Beeinträchtigung in ihrem Schweregrad nicht ausreichend erfasst habe (S. 6 unten). Aus Sicht von Dr. Z. \_\_\_ sei ihm in einer angepassten Tätigkeit nach wie vor nur ein 60%iges Pensum zumutbar (S. 7 Mitte). Auch Dr. A. \_\_\_, bei welchem er in therapeutischer Behandlung stehe, sei mit der Beurteilung des RAD nicht einverstanden (S. 8 unten f.). Gemäss Beurteilung von Dr. A. \_\_\_ bestehe in der Gesamtbetrachtung des bisherigen und aktuellen Krankheitsverlaufs eine 50 bis 60%ige Arbeitsfähigkeit (S. 9 Mitte). Weiter seien die Einschätzungen von Dr. Z. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ dem RAD nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden (S. 11 unten). Auf die Beurteilung des RAD könne vorliegend deshalb nicht abgestellt werden. Vielmehr sei auf die Einschätzung von Dr. Z. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ abzustellen (S. 12 oben).

Sowohl der RAD wie die behandelnden Ärzte seien sich einig, dass er für eine Tätigkeit wie die frühere bei der B. \_\_\_ nicht mehr geeignet sei, da er in seiner Belastbarkeit deutlich eingeschränkt sei. Es sei ihm deshalb keine komplexe Tätigkeit im Finanz- und Versicherungsdienstleistungsbereich mehr zumutbar. Für das Invalideneinkommen könne deshalb nicht auf das Kompetenzniveau 3 abgestellt werden. Er verfüge hierzu nicht über die notwendigen Ressourcen (S.

12 Mitte). Bei einem zumutbaren Pensum von 60 % resultiere damit ein Invaliditätsgrad von 64 %. Selbst wenn man von einem zumutbaren Pensum von 80 % ausgehe, resultiere weiterhin ein Anspruch auf eine Rente (S. 14).

### **E. 2.3**

Die beige ladene Pensionskasse hielt zusammengefasst fest, die von der IV-Stelle vorgenommene Renteneinstellung sei korrekt, da aus medizinischer Sicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei und kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorgelegen habe. Zudem hätten bei der Rentenzusprache erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren bestanden. Allenfalls sei ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Auch seien näher dargelegte Anpassungen im Bereich des Einkommensvergleichs zu prüfen (Urk. 11).

### **E. 2.4**

Strittig und zu prüfen ist, ob und allenfalls in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 9. September 2011 verändert haben.

### **E. 3.1**

Die massgebende medizinische Aktenlage bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 9. September 2011 (Urk. 7/37, Urk. 7/39) stellte sich wie folgt dar:

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 27. Mai 2009 (Urk. 7/9) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 5. März 2009 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnose (Ziff. 1.1) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2). Dazu führte er aus, aufgrund von Überforderung, Denkblockaden, Angst und Spannungen gegen Mitarbeiter habe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bankier vom 5. März bis 26. Mai 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 26. Mai 2009 bestehe eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine andere, weniger belastende Tätigkeit bestehe dagegen eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Im Verlauf mehrerer Monate sei eine Verbesserung zu erwarten, so dass geschätzt ab September 2009 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Ziff. 1.8-9).

Am 20. Mai 2010 (Urk. 7/23) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ von einem unveränderten Gesundheitszustand (Ziff. 1.1).

### **E. 3.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 10. September 2010 (Urk. 7/27) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine Persönlichkeit mit emotional instabilen und narzisstischen Zügen sowie anamnestisch einen phasenweisen Alkoholabusus (S. 8 oben). Aufgrund des leichten bis mittelgradigen depressiven Syndroms auf dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge sowie der Dekonditionierung sei von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Nach einer Einarbeitungsphase von einigen Monaten sollte die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden können. Bei Verstärkung der depressiven Symptomatik seien eine Anpassung der Behandlung und ein Wiederbeginn der psychopharmakologischen antidepressiven Behandlung angezeigt. Darunter sollte mittelfristig (sechs bis zwölf Monate) wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit als Bankmitarbeiter erreicht werden können (S. 9 Ziff. 2). Die beschriebene Arbeitsfähigkeit gelte auch für angepasste Tätigkeiten (S. 9 Ziff. 3). Aus therapeutischen Gründen wäre die rasche Wiederaufnahme einer Arbeitsfähigkeit zu 50 % sinnvoll (S. 10 Ziff. 6). Aufgrund der in der Adoleszenz erlebten emotionalen Deprivation leide der Explorand unter Schwierigkeiten in der Emotionswahrnehmung und im Ausdruck. Dies sei als prädisponierender Krankheitsfaktor im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ bereits erwähnt worden. Im weiteren Verlauf beschreibe der ambulant behandelnde Psychiater eine ausgeprägte emotionale Instabilität und Affektlabilität. Dies sei vom Exploranden auch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung beschrieben worden. Auch klinisch mache der Explorand einen emotional brüchigen Eindruck. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei einerseits durch das aktuell weiter bestehende leichte bis mittelgradige depressive Syndrom sowie die emotionale Instabilität, die in der Persönlichkeit des Exploranden wurzle, begründet (S. 11 Ziff. 7). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Psychosoziale Faktoren hätten den Verlauf mit beeinflusst und insbesondere die beiden Dekompensationen mit nachfolgenden Hospitalisationen im

Jahre 2006 und 2008 ausgelöst. Die fehlende Tagesstruktur und die nicht Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit hätten sich ebenfalls ungünstig und chronifizierend auf den Krankheitsverlauf ausgewirkt (S. 11 Ziff. 9).

#### **E. 3.4**

Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 22. November 2010 (Urk. 7/32 S. 5 f.) aus, das psychiatrische Gutachten sei vollständig und schlüssig. Der relevante Gesundheitsschaden sei ausgewiesen in Form einer derzeit noch leicht bis mittelgradigen depressiven Episode. Damit seien in der angestammten und zugleich leidensangepassten Tätigkeit als Bankangestellter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab November 2008 und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2010 ausgewiesen. Die Prognose im Hinblick auf eine Steigerung der Restarbeitsfähigkeit sei gut, und es sollte deshalb spätestens in einem Jahr erneut medizinisch beurteilt werden. Es sei in diesem Zusammenhang eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer nachhaltigen fachärztlichen Psycho- und Pharmakotherapie aufzulegen (S. 6 oben).

#### **E. 3.5**

Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. September 2011 ab 1. November 2009 eine ganze und ab 1. September 2010 eine halbe Rente zu (Urk. 7/39-41).

#### **E. 4.1**

Im Rahmen der nachfolgenden Rentenrevisionen holte die Beschwerdegegnerin die folgenden medizinischen Berichte ein:

#### **E. 4.2**

Dr. Z. \_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) berichtete im Verlaufsbericht vom 30. Mai 2015 (Urk. 7/76) von einem stationären Gesundheitszustand (Ziff. 1.1) und nannte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell (unter medikamentös-antidepressiver Behandlung) mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), intermittierend (tageweise, auch saisonal) schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstische, abhängige, aggressionsgehemmte; ICD-10 Z73.1). Differentialdiagnostisch nannte er eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit den obengenannten Zügen (Ziff. 1.2).

Angepasste Tätigkeiten würden zu einem Pensum von total 60 % stattfinden. Dabei bestehe eine normale Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer sei mit diesem Pensum vorläufig noch ausgelastet (Ziff. 2.1). Im Winterhalbjahr würden die Konsultationen alle zwei Wochen und im Sommerhalbjahr alle vier bis fünf Wochen stattfinden. Es finde eine integrierte psychiatrische Behandlung statt. Es würden systemische und vor allem kognitive Methoden zur Anwendung kommen, nebst der stützenden Funktion der Therapie in suizidalen Krisen (Ziff. 3.1-2). Die Prognose sei verhalten optimistisch, was eine Steigerung des Pensums innerhalb der jetzigen, angepassten Tätigkeit anbelange über mehrere Jahre hinweg. Hinsichtlich der Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit bei der B. \_\_\_\_ sei die Prognose pessimistisch und es bestehe eine dauerhafte Nicht-Eignung für jene Arbeit und jenes berufliche Umfeld (Ziff. 3.3). Die Motivation des Beschwerdeführers sei hoch bis sehr hoch. Er habe sich dadurch anfänglich überfordert, weshalb es länger bis zu einer angepassten Wiedereingliederung gedauert habe (Ziff. 4.3). Es bestünden keine

krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren (Ziff. 4.4).

### **E. 4.3**

Im psychiatrischen Untersuchungsbericht des RAD vom 10. Februar 2016 (Urk. 7/82) nannte dipl. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, als psychiatrische Diagnosen (S. 5 Mitte) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilweise remittiert ( ICD-10 F33.4) , ein leichtes residuales Erschöpfungssyndrom, sowie eine akzentuierte emotional instabile und narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1).

Betrachte man die Entwicklungsgeschichte , so werde von einem emotional kühlen Elternhaus und einem relativ späten Sprachbeginn berichtet. Ansonsten sei die früh- und kindliche Entwicklung unauffällig gewesen . Auffallend sei weiterhin eine Phase der Rebellion gegen das konservative Elternhaus durch Mopeddiebstahl und späteres Dealen mit Cannabis und eigenem Drogenkonsum. Die beruflichen Vorstellungen seien im jungen Erwachsenenalter noch nicht genau festgelegt gewesen . Es sei ein Ausbildungsabbruch

und dann eine KV-Lehre ohne grosse Motivation erfolgt . Später sei er auf Reisen gegangen, bis das Geld aufgebraucht und eigentlich schon ein Schulbesuch in Australien gebucht gewesen sei . Nach den Reisen sei er dann dem väterlichen Vorbild gefolgt und in die Finanzbranche gegangen und habe sich später mit verschiedenen Firmen selbstständig gemacht . Auffallend seien auch die verschiedenen selten sehr lang dauernden beruflichen Aktivitäten. Daneben seien immer noch weitere Ausbildungen (Weinsensorik, Yoga, Massage, Treuhänder) gemacht worden (S. 6 oben) .

Bis zur ersten depressiven Krise im Jahr 2006 habe es dahingehend keine Auffälligkeiten gegeben . Diese seien unter sehr hohen psychosozialen Belastungen (Tod des Vaters, Firmenabwicklung, Geburt des Sohnes, Depression der Ehefrau und Bau eines Hauses)

auf getreten. Im Jahr 2008 hätten dann zunehmende Ehekonflikte und hohe berufliche Belastungen bestanden mit erneuter Dekompensation.

Danach sei es zu einer sehr langsamen und schleppenden Verbesserung des Gesundheitszustandes

und Aufnahme von Teilzeittätigkeiten mit gleichzeitiger Berentung gekommen .

Durch die Berentung sei auch von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen, welche eine umfassende therapeutische Auseinandersetzung mit seiner Biographie bisher auch verhindert habe (S. 6 Mitte) .

Der Beschwerdeführer

habe eine sehr hohes Leistungsideal und Ideal-Ich, welches mit dem realen Ich schon lange nicht mehr übereinstimme . Dadurch komme es immer wieder zu intrapsychischen Konflikten und depressiven Krisen.

Im Gespräch habe der Beschwerdeführer wenig selbstreflektiert und stark ich-bezogen gewirkt . Trotz allem gehe der Beschwerdeführer weiterhin zwei verschiedenen Teilzeittätigkeiten nach, welche er wenig befriedigend finde. Deshalb sei auch eine Weiterbildung zum Treuhänder erfolgt . Weiterhin seien die beruflichen Vorstellungen eher vage und recht anspruchsvoll. Hier werde sich zeigen, ob ein Scheitern nicht bereits wieder vorprogrammiert sei (S. 6 unten) . Betrachte man nun die Psychopathologie, so stehe die

auffällige emotional instabile und narzisstische Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund. Diese Züge hätten ihn zum Teil beim beruflichen Aufstieg unterstützt und hätten auf der anderen Seite aber auch zu Beziehungsproblemen im Beruf, aber auch privat geführt.

Die Kategorie einer Störung nach ICD-10 sei jedoch nicht erreicht, da sie sich nicht in allen Bereichen des Lebens schwerwiegend auswirke. Der Beschwerdeführer sei wieder in der Lage, eine Beziehung einzugehen, habe wieder Kontakt zu seinem Sohn, pflege Freundschaften. Zudem beteilige er sich in der Haushaltsführung.

Die depressive Symptomatik habe sich verbessert, es sei noch ein residuales Erschöpfungssyndrom vorhanden (S. 6 unten).

Die psychiatrische Behandlung habe bisher viel zu wenig Wert auf die Persönlichkeitsstruktur gelegt, sei zudem in der Frequenz nicht ausreichend und auch die Depressionsbehandlung nicht immer up to date. Sinnvoll erscheine hier neben der antidepressiven Behandlung auch eine Behandlung mit einem Stimmungsstabilisierer, aber noch mehr wäre eine intensive psychotherapeutische Behandlung bei einem Psychologen zu wünschen. Die diagnostischen Einschätzungen seien mit allen Vorunterlagen und diagnostischen Einschätzungen übereinstimmend. Abweichend sei nur die Einschätzung des Schweregrades der Depression. Hier finde sich keine durchgehend depressive Stimmung mehr, ebenfalls keine deutliche Antriebsstörung oder ein Interesse- und Freudverlust. Einzig sei noch die leicht erhöhte Erschöpfbarkeit vorhanden. Somit seien die Hauptkriterien nach ICD-10 nicht in ausreichendem Masse vorhanden (S. 7 oben).

Der Beschwerdeführer könne jegliche Tätigkeiten, welche seinen Fähigkeiten entsprächen ausführen. Optimal wären Tätigkeiten, welche abwechslungsreich seien, wenig Kundenkontakt bedingten

und auch nicht an starre Arbeitszeiten gebunden seien. Eine Leistungseinschränkung von zirka 20 %

könne infolge der Störung der Durchhaltefähigkeit angenommen werden. Der Gesundheitszustand habe sich ab Zeitpunkt der Untersuchung gebessert. Eine Rückkehr in die Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_

könne nicht empfohlen werden. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 7 Mitte).

#### **E. 4.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) nahm zum psychiatrischen Untersuchungsbericht des RAD am 8. Juli 2016 (Urk. 7/104 = Urk. 3/3) Stellung und führte unter anderem aus, seiner Ansicht nach

werde die Beeinträchtigung durch die rezidivierende depressive Störung zu gering eingeschätzt. Es stelle einen Widerspruch dar, dass einerseits in der Anamnese von einem Zusammenbruch im Februar 2015 berichtet werde mit Erholung erst wieder im Herbst 2015 (also länger als ein halbes Jahr dauernd), andererseits diagnostisch von einem „leichten residualen Erschöpfungssyndrom“ gesprochen werde. Wenn, wie beschrieben, die depressiven Einbrüche wiederkehrend auftreten (umso plausibler bei positiver Familienanamnese bezüglich psychiatrischer Erkrankungen) und oft einige Zeit

(mehrere Wochen bis Monate) dauern würden, habe insgesamt (sozusagen „gemittelt über mehrere Jahre“) die rezidivierende depressive Störung eine deutlichere Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit,

als durch die Nennung eines „leichten residualen Erschöpfungssyndroms“ suggeriert werde (S. 1 Mitte).

Nicht in Erwägung gezogen werde, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seiner narzisstischen Persönlichkeitszüge in der Untersuchungssituation „zusammenreisse“, gemäss dipl. med. F.\_\_\_\_ aber doch weinen müssen. Der Beschwerdeführer stelle sich eher „zu gut“ dar (aus Zweckoptimismus und Scham gegenüber dem RAD). Dies werde im Abschnitt „Aggravation/Bagatellisierung“ nicht reflektiert. Gemäss dieser Überlegung sei es, in Kombination mit den von dipl. med. F.\_\_\_\_ ebenfalls genannten akzentuierten Persönlichkeitszügen, durchaus klar, dass der Gesundheitsschaden eine gewisse Relevanz aufweise. Diese werde, übereinstimmend mit dem realen Funktionsniveau, in angepasster Tätigkeit vom Beschwerdeführer auf 60 % beziffert. Wenn der Beschwerdeführer auch in „guten Zeiten“ sei auch mehr möglich, so sei zu überlegen, dass die „guten Zeiten“ im Jahr 2015 gemäss Anamnese gerade mal fünf Monate gedauert hätten (Januar sowie September bis Dezember 2015) - und diese „guten Zeiten“ hätten nur die bekannten angepassten Tätigkeiten erlaubt (S. 1 unten).

Obwohl dipl. med. F.\_\_\_\_ die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch die kombinierte Diagnose „Depression/Persönlichkeit“ in ihrem Schweregrad nicht ausreichend erfasse, gelange er zur Einschätzung, dass in eine strenge Tätigkeit wie bei der B.\_\_\_\_ nicht zurückgekehrt werden könne, dass der Beschwerdeführer seine beruflichen Aussichten eher überschätze („berufliches Scheitern vorprogrammiert“) und dass eine „angepasste Tätigkeit“ (hierin beschreibe dipl. med. F.\_\_\_\_ plausible Einschränkungen, welche der Untersuchende ebenfalls festgestellt habe) nötig sei. Das Pensum in einer angepassten Tätigkeit, welches dipl. med. F.\_\_\_\_ für möglich halte (80 %), widerspreche sowohl den Diagnosen, den Befunden sowie der von dipl. med. F.\_\_\_\_ erhobenen Anamnese (mit den mehrmonatigen Einbrüchen). Im Weiteren bleibe unklar, wie dipl. med. F.\_\_\_\_ eine intensive Psychotherapie und einen Stimmungsstabilisator als Zusatzbehandlung fordern könne, während er die gesundheitliche Beeinträchtigung als nur leicht (20%) eingeschränkt sehe (wenn eine intensivere Behandlung nötig sei/wäre, so müsste auch ein schwerer beeinträchtigter Gesundheitszustand angenommen werden).

Selbstverständlich finde eine kontinuierliche Psychotherapie statt, welche aber der Beschwerdeführer gemäss seiner Persönlichkeit schamhaft „bagatellisiere“.

Die Sitzungen würden meist zirka

### **E. 5.1**

Voraussetzung für eine Rentenrevision ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes und damit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. vorstehend E.

1.2).

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat, beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. September 2011 mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Urk. 2).

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, der eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig leicht bis mittelgradige depressive Episode sowie eine Persönlichkeit mit emotional instabilen und narzisstischen Zügen diagnostizierte und daraus eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ableitete (vgl. vorstehend E. 3.3).

## **E. 5.2**

Unbestritten und gemäss den im Rahmen der nachfolgenden Rentenrevisionen (vorstehend E.

4.1) eingeholten Berichten ausgewiesen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache (zumindest leicht) verbesserte (vgl. vorstehend E. 4.2-5). Vorliegend ist strittig, in welchem Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verbesserte. Der behandelnde Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (vorstehend E. 4.2 + E. 4.4), wogegen der RAD-Arzt dipl. med. F.\_\_\_\_ im Untersuchungsbefund von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausging (vorstehend E. 4.3). Der RAD-Arzt führte in seiner Beurteilung aus, es bestehe „Übereinstimmung mit allen Vorunterlagen und diagnostischen Einschätzungen“, abweichend sei einzig die Einschätzung des Schweregrades der Depression (vgl. Urk. 7/82 S. 7).

## **E. 5.3**

Der Bericht von dipl. med. F.\_\_\_\_ basiert zwar auf einer Erhebung der Anamnese und der geklagten Beschwerden und einer - soweit sich dies aus dem Bericht erschliessen lässt - umfassenden klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers. Er setzte sich jedoch nur rudimentär und damit ungenügend mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander. Es fehlt entsprechend auch an einer nachvollziehbaren und ausführlichen Begründung seiner abweichenden Einschätzung sowohl hinsichtlich des Schweregrades der Depression als auch der 80%igen Arbeitsfähigkeit. Zwar ist den medizinischen Berichten zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer im Hinblick auf die depressive Symptomatik zeitweise besser ging. Dem Beschwerdeführer ist jedoch dahingehend beizupflichten, dass der RAD-Bericht die Phasenhaftigkeit der depressiven Symptomatik zwar anamnestisch erfasste, indem der RAD-Arzt den Zusammenbruch im Februar 2015 erwähnte (vgl. Urk. 7/82 S. 2 oben), diesen indes in der Beurteilung nicht mehr berücksichtigte (vgl. Urk. 1 S. 6 ff.). Dr. Z.\_\_\_\_ führte hierzu in seiner Stellungnahme zum RAD-Bericht nachvollziehbar aus, dass die Beeinträchtigung durch die rezidivierende depressive Störung zu gering eingeschätzt werde. Wenn die depressiven Einbrüche wie vorliegend wiederkehrend auftreten und oft einige Zeit dauern würden, habe insgesamt die rezidivierende depressive Störung eine deutlichere Ausprägung auf die Arbeitsfähigkeit, als durch die Nennung eines „leichten residualen Erschöpfungssyndrom“ suggeriert werde. Weiter führte er aus, wenn der Beschwerdeführer in der Untersuchung beim RAD angeben habe, in „guten Zeiten“ sei seine Arbeitsfähigkeit höher als 60 % (vgl. Urk. 7/82 S. 5 Mitte), so seien zu berücksichtigen, dass die „guten Zeiten“ im Jahr 2015 gemäss Anamnese gerade mal fünf Monate gedauert hätten (vgl. zum Ganzen vorstehend E. 4.4). Schliesslich wies Dr. Z.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Befunde des RAD lediglich einen Momentaufnahme entsprechen würden und die Zusammenschau mit der Anamnese über mehrere Monate hinweg ein vollständigeres Bild des Gesundheitszustandes ergeben würde (vgl. vorstehend E. 4.4).

Nach dem Gesagten erscheint gestützt auf die Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ die medizinische, für rezidivierende depressive Störungen typische Situation des

schwankenden Krankheitsverlaufes mit unterschiedlicher Ausprägung der Arbeitsunfähigkeit im RAD-Bericht nur ungenügend berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund ist der Bericht von dipl. med. F.\_\_\_\_ zu wenig detailliert und aussagekräftig, weshalb erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit bestehen und seine Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen vermag (vgl. vorstehend E. 1.6-7).

#### **E. 5.4**

Demgegenüber erweist sich die von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit - im Sinne einer geringfügigen Verbesserung - als überzeugend. Dass aufgrund des schwankenden Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen im Mittel keine höhere Arbeitsfähigkeit als 60 % möglich ist, verdeutlicht sich vorliegend auch an den wechselnden Anstellungen und Kündigungen der vergangenen Jahre. So war der Beschwerdeführer in der am 1. Dezember 2010 aufgenommenen Tätigkeit in der Administration mit einem Pensum von 100 % schon nach dem ersten Monat überfordert und fiel krankheitshalber aus. Während dieser Zeit habe er regelmässige Psychotherapie beansprucht und sei auch heute noch in regelmässiger Behandlung (Schreiben vom 20. September 2011; vgl. Urk. 7/42). Nach der Kündigung war der Beschwerdeführer ab September 2011 zu rund 50 % bei der G.\_\_\_\_ für einfache Ablagearbeiten angestellt und konnte dieses Pensum halten, eine Steigerung sei aber nicht möglich (vgl. Urk. 7/53 S. 2 unten f.). Nach der Kündigung aus finanziellen Gründen (vgl. Urk. 7/60) fand der Beschwerdeführer ab August 2014 eine neue Anstellung in der Buchhaltung/Administration der H.\_\_\_\_ im Pensum von 60 % (vgl. Email vom 9. Juli 2014, Urk. 7/59; Urk. 7/61). Diese Tätigkeit empfand der Beschwerdeführer als zu kompliziert und sehr anstrengend. Er habe immer noch grosse Mühe, sich zu konzentrieren und werde sehr schnell müde. Er hoffe, bald möglichst einen neuen Job zu finden, der besser passe und einfachere Buchhaltungsarbeiten mit sich bringe (Schreiben vom 16. Juli 2014; Urk. 7/64). Im Revisionsfragebogen vom 9. Januar 2015 (Urk. 7/66) führte der Beschwerdeführer schliesslich aus, dass er seine depressiven Ausfälle immer mit einer anderen Krankheit habe begründen können. Er sei immer noch auf der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle, da ihn die 60 % und die konzentrierte Arbeit überfordern würden und seine Depressionen und Niedergeschlagenheit wieder zugenommen hätten (Urk. 7/66/4). Ab April 2015 konnte der Beschwerdeführer das Pensum schliesslich auf 40 % reduzieren, da ihm die konzentrierte Arbeit bei der H.\_\_\_\_ zu anstrengend und für ihn sehr ermüdend gewesen sei, bis es ihm gesundheitlich dann zu viel geworden sei (vgl. Urk. 7/68/3, Urk. 7/71, Urk. 7/72). Damit er finanziell über die Runden komme, habe er sich noch für einen 20 % Job beworben, wo er nur einfache Eingabearbeiten in der Buchhaltung machen müsse (Schreiben vom 6. März 2015; Urk. 7/72). Mit Schreiben vom 14. August 2015 informierte der Beschwerdeführer, dass er seit April 2015 neben dem 40%-Pensum bei der H.\_\_\_\_ zusätzlich zu 20 % bei der I.\_\_\_\_ in der Buchhaltung, Kasse und Mahnwesen angestellt sei. Es sei ein sehr angenehmes Umfeld und der Job mache Spass und sei nicht stressig. Er sei nicht überlastet und könne das Pensum gut bewältigen (Urk. 7/78).

#### **E. 5.5**

Zusammenfassend ist eine Verbesserung der Gesundheitssituation sowohl auf grund der medizinischen Akten als auch aufgrund der beruflichen Umstände nachvollziehbar und es ist nach dem Gesagten angesichts der medizinischen Aktenlage und vor allem angesichts des ausgewiesenen und unbestritten gebliebenen Verlaufs der Erwerbstätigkeit der letzten

Jahre von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 60 % auszugehen.

Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind somit erfüllt, weshalb die von der Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2016 vorgebrachte Frage der Wiedererwägung (vgl. Urk. 6) offen bleiben kann.

### **E. 5.6**

Von einem strukturierten Beweisverfahren in den zur amtlichen Publikation als BGE bestimmten Urteilen 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017 - wie dies nach der Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichts vom 30. November 2017 nun auch für psychische Störungen wie die Depression Anwendung findet - kann vorliegend im Sinne der vom Bundesgericht genannten Ausnahmen abgesehen werden. Ein konkreter Beweisbedarf hinsichtlich des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers besteht vorliegend aufgrund des aktenkundigen erwerblichen Verlaufs nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1). Trotz überdurchschnittlicher Eigeninitiative und Anstrengung des Beschwerdeführers, aus eigener Kraft wieder im Berufsleben Fuss zu fassen und sich selbst einzugliedern, war und ist es ihm - trotz begleitender Therapie - nicht möglich, ein höheres Pensum als 60 % zu absolvieren (vgl. vorstehend E. 5.4). Das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers lässt sich damit - neben der im medizinischen Hinsicht festgestellten Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.5) - auch anhand der konkreten beruflichen Umstände respektive der Berufsbiographie der letzten Jahre feststellen, so dass die konkreten Fallumstände keiner Weiterungen im Sinne eines strukturierten Beweisverfahrens bedürfen.

### **E. 6.1**

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.3**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns massgebend. Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidontischer Grundlage zu

erheben; allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen müssen bis zum Verfügungszeitpunkt berücksichtigt werden (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

#### **E. 6.4**

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 178 E. 2.5.3 festgestellt, dass das statistische Einkommen nach TA1 Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 bei den Männern gegenüber dem Tabellenlohn nach TA1 Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 ein Plus von 6,3 Prozent, bei den Frauen ein Minus von 2,7 Prozent und beim Total ein Plus von 5,4 Prozent zeige, was nicht mit der Lohnentwicklung von 2010 bis 2012 übereinstimmt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6). Es hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28

ff. IVG) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangenem rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr 2012 oder später) zur Festlegung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeignet ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6 und 9C\_369/2016 vom 6. September 2016 E. 2.1). Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der Tabellenlohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und 2.5.8.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2016 vom 20. Juli 2016 E. 4.2).

Gemäss Bundesgericht dürfen für die Invaliditätsbemessung – zumindest bis auf Weiteres – nur die (unter anderem) nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012 verwendet werden, hingegen nicht die TA1 b-Tabellen (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

### **E. 6.5**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf den Arbeitgeberbericht der B. \_\_\_ vom 25. Mai 2009 (Urk. 7/10) davon aus, dass die Anstellung des Beschwerdeführers unabhängig von der Erkrankung auf grund von Restrukturierungsmassnahmen gekündigt worden wäre, womit der Beschwerdeführer diese Stelle auch im Gesundheitsfall verloren hätte und auf das entsprechende Einkommen nicht abgestellt werden könne (vgl. Urk. 2 S. 2). Unter Berücksichtigung der Ausbildung des Beschwerdeführers und seiner Tätigkeiten im Finanzbereich stellte die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung des Valideneinkommens auf den Durchschnittslohn im Finanzsektor (Kompetenzniveau 3 der LSE 2012, Tabelle TA1, Ziff. 64-66, privater Sektor) ab und ging dabei für das Jahr 2015 von einem Lohn von Fr. 118'795.09 (Fr. 9'430.-- : 40 x 41.7 x 12 x Nominallohnentwicklung) aus. Von welcher Nominallohnentwicklung die Beschwerdegegnerin dabei ausging, ist unklar. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2015 ist für das Jahr 2015 nicht von einem Valideneinkommen von Fr. 118'795.09, sondern von einem Valideneinkommen von Fr. 120'104.68 (Fr. 9'430.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.008 x 1.007 x 1.003) auszugehen.

Angesichts der konstanten und ausgewiesenen Einsatzbereitschaft und der Arbeitsbemühungen selbst bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ergeben sich keine Hinweise darauf, dass der Versicherte im Gesundheitsfall nicht weiterhin im Finanz- und Versicherungsdienstleistungsbereich tätig geblieben wäre. Ins besondere ergibt sich auch aus dem Arbeitgeberbericht der B. \_\_\_ vom 25. Mai 2009, dass die Stelle des Versicherten im Rahmen interner Restrukturierungsmassnahmen abgebaut worden sei und nicht wegen mangelnder Leistung oder Nichteignung im Finanz- und Versicherungsdienstleistungsbereich (vgl. Urk. 7/10 S. 6). Damit sind - entgegen der Auffassung der Beigeladenen (Urk. 11 S. 2) - keine weiteren Abklärungen hinsichtlich des Valideneinkommens nötig.

### **E. 6.6**

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa).

### **E. 6.7**

Angesichts der wechselnden Arbeitsverhältnisse des Beschwerdeführers – ins besondere im Jahr 2015 (vgl. vorstehend E. 5.4) - stellten sowohl die Beschwerdegegnerin als auch der Beschwerdeführer zur Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht auf LSE-Tabellenlöhne ab. Die Beschwerdegegnerin zog dabei denselben Tabellenlohn wie bei der Bestimmung des Valideneinkommens heran (Kompetenzniveau 3 der LSE 2012, Tabelle TA1, Ziff. 64-66, privater Sektor) und ging unter Berücksichtigung der verminderten Arbeitsfähigkeit für das Jahr 2015 von einem Invalideneinkommen von Fr. 95'036.07 aus (vgl. Urk. 2 S. 2 unten).

Wie bereits dargelegt, ist vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einer 80%igen, sondern von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen (vgl. vorstehend E. 5). Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer zu Recht vor, dass ihm komplexe Tätigkeiten im Finanz- und Versicherungsdienstleistungsbereich aufgrund seiner Einschränkungen nicht mehr zumutbar seien (vgl. Urk. 1 S. 12 f.). Dies zeigt sich vorliegend ein drücklich an den wechselnden Arbeitsverhältnissen des Beschwerdeführers seit seiner Erkrankung (vgl. vorstehend E. 5.4). Entsprechend erscheint ein Abstellen auf das Kompetenzniveau 3 bei der Bestimmung des Invalideneinkommens nicht sachgerecht, sondern ist vielmehr auf das Kompetenzniveau 2 abzustellen.

Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens erscheint vorliegend die Anwendung von Tabelle T17 (Monatlicher Bruttolohn nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor zusammen) als nicht sinnvoll, wie dies der Beschwerdeführer beschwerdeweise vorbrachte (vgl. Urk. 1 S. 13 unten). Dies führt zu einer Durchmischung der Tabellen TA1 (für das Valideneinkommen) und T17 (für das Invalideneinkommen), wobei die daraus resultierenden Daten bereits aus statistischen Gründen zu wenig aussagekräftig wären, so beziehen sich die Daten der Tabelle TA1 auf den privaten und die Daten der Tabelle T17 auf den privaten und öffentlichen Sektor. Im Übrigen hat das Bundesgericht die Anwendung der Tabelle T17 zwar nicht ausgeschlossen, doch - zumindest bis auf Weiteres - nur die (unter anderem) nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012 für anwendbar erklärt (vgl. vorstehend E. 6.4).

#### **E. 6.8**

Ausgehend von der Berechnung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2 unten) ergibt sich nach dem Gesagten ein Invalideneinkommen von Fr. 61'425.35 (Fr. 8'038.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.008 x 1.007 x 1.003 x 0.6) für das Jahr 2015. Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 120'104.68 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 61'425.35 ergibt eine Einkommensbusse von Fr. 58'679.35 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 49 %.

#### **E. 6.9**

Zusammenfassend erweist sich damit die revisionsweise Änderung der halben Rente per Ende August 2016 zwar als grundsätzlich rechtens. Jedoch ist die Rente nicht aufzuheben, sondern in teilweiser Gutheissung der Beschwerde auf eine Viertelsrente herabzusetzen.

#### **E. 7**

00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Unterliegende Beigeladene können nur bei Bejahung einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung zur Bezahlung einer Prozessentschädigung an die obsiegende Partei verpflichtet werden, was im hier zu beurteilenden Fall nicht zutrifft (vgl. Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, a.a.O., § 14 Rz 34). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Juli 2016 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab September 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kosten pflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

### **E. 7.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen.

Soweit die Beigeladene aktiv am Verfahren teilgenommen hat, besteht keine Dispens von der Kostenpflicht (Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, § 14 Rz 33). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen je hälftig aufzuerlegen.

### **E. 7.2**

Ausgangsgemäss steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- auf Fr. 2'400.-- zu bemessen.

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