

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00136 vom 9. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00136 du 9 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00136 del 9 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Die Verwaltung ist jederzeit befugt, von Amtes wegen auf eine formell rechts kräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Renten verfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Renten verfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Recht sprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Um wiedererwägungsweise auf eine verfügte Leistung zurückkommen zu können, genügt es nicht, wenn ein einzelnes Anspruchselement rechtswidrig festgelegt wurde. Vielmehr hat sich die Leistungszusprache auch im Ergebnis als zweifellos unrichtig zu erweisen. So muss etwa, damit eine zugesprochene Rente wegen einer unkorrekten Invaliditätsbemessung wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann – nach damaliger Sach- und Rechtslage – erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (BGE 140 V 77 E. 3.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_381/2017 vom 7. August 2017 E. 4.1.2 und 8C_680/2017 vom 7. Mai 2018 E. 4.2.1).

Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG für ein wieder erwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung (oder einen formell rechtskräftigen Einspracheentscheid) gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88 bis Abs. 2 IVV). Dabei ist – wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung (oder des Einspracheentscheides) zu ermitteln (BGE 144 I 103 E. 4.4.1 mit Hinweisen, 141 V 9 E. 2.3).

Stehen invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion (vgl. dazu etwa BGE 119 V 431 E. 2, 110 V 298 E. 2, je mit Hinweisen), erfolgt die wiedererwä

gungsweise Rentenaufhebung oder -herabsetzung in der Regel vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 85 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV; vgl. BGE 142 V 259 E. 3.2.1 mit Hinweisen; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_880/2015 vom 21. März 2016 E. 3.2 und 9C_258/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2, je mit Hinweisen). Eine rückwirkende Rentenaufhebung oder -herabsetzung kommt in diesem Bereich nur im Fall einer unrechtmässigen Leistungserwirkung oder einer Verletzung der Meldepflicht in Frage (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV sowohl in der bis Ende Dezember 2014 als auch in der seither geltenden Fassung), wobei diese seit der Revision von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV per 1. Januar 2015 für den unrechtmässigen Leistungsbezug nicht – mehr – kausal gewesen sein muss (BGE 142 V 259 E. 3.2.1 mit Hinweisen; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_813/2016 vom 10. März 2017 E. 5 und 8C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

E. 1.3

Wird eine Rente revisionsweise (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) herauf- oder herabgesetzt, so tritt die Revisionsverfügung an Stelle der zu revidierenden Verfügung. Dasselbe gilt auch dann, wenn in einem Revisionsverfahren die bisherige Rente nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs bestätigt wird (vgl. BGE 133 V 108). Dies bedeutet aber auch, dass selbst dann, wenn nachträglich auf den Wegen der Wiedererwägung oder der Revision auf diese Revisionsverfügung zurückgekommen wird, die ursprüngliche Verfügung von der Revisionsverfügung konsumiert bleibt und daher nicht wieder auflebt, sondern deren Schicksal teilt. Vorbehalten bleiben dabei lediglich jene seltenen Fälle, in denen die Revisionsverfügung nichtig ist. Somit ist bei einem wiedererwägungsweisen Zurückkommen auf eine zweifellos unrichtige Revisionsverfügung der Rentenanspruch ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen, ohne dass zunächst geprüft werden müsste, ob auch bezüglich der ursprünglichen Verfügung ein Rückkommens Titel gegeben wäre (BGE 140 V 514 E. 5.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_530/2017 vom 23. März 2018 E. 4.1 und 8C_288/2016 vom 14. November 2016 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 22. Dezember 2016 (Urk. 2/1-5), mit welcher sie die Invalidenrente des Beschwerdeführers von einer halben Rente auf eine Viertelsrente herabsetzte, damit, dass sie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungserlasses 2005 in einer angepassten Tätigkeit nicht abgeklärt habe, womit der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden sei und weshalb ein Wiedererwägungsgrund vorliege (S. 3). Auch sei nicht nachvollziehbar, weshalb sie in der Rentenrevision 2007 bei einer gut achterlich attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in

angestammter Tätigkeit die Ausrichtung der unveränderten halben Rente mit geteilt habe (S. 3 f.). Gestützt auf das aktuelle somatische-psychiatrische Gutachten könne von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Es resultiere ein errechneter Invaliditätsgrad von 43 % (S.

E. 4

). Mit Beschwerdeantwort (Urk. 8) brachte die Beschwerdegegnerin vor, bezüglich der Diagnose einer late onset posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bestünden keine Differenzen zwischen dem psychiatrischen Teilgutachten und den Ausführungen des behandelnden Psychiaters. Zudem bestünden recht sprechungs gemäss keine allgemeingültigen Regeln, wann eine Expertise veraltet sei. Konkrete Einwände, weshalb das eingeholte Gutachten veraltet sein sollte, habe der Beschwerdeführer nicht vor gebracht (S. 2). Mit Duplik (Urk. 20) brachte die Beschwerdegegnerin vor, dass die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach das Valideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln sei, nicht plausibel seien. 2 .2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde (Urk. 1) vor, dass die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt habe, indem sie ihm den Einwand der Pensionskasse nie zugestellt und die Stellungnahme seines behandelnden Arztes dem RAD nicht zur Stellungnahme unterbreitet habe. Mit Letzterem habe sie ausserdem ihre Abklärungs- und Begründungspflicht verletzt (S. 5 f.). Es liege kein Grund für eine Wiedererwägung vor, da bei den früheren Entscheiden der Beschwerdegegnerin nicht von zweifellos unrichtigen Entscheidungen gesprochen werden könne (S. 6-9). Im Weiteren kritisierte er das psychiatrische Teilgutachten der Y.____ vom 11. März 2015 in verschiedener Hinsicht (S. 9-12). Mit Replik (Urk. 17) bemängelte der Beschwerdeführer den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (S. 2 f.). 2 .3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob

die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente zu Recht in Wiedererwägung zog, und, bejahendenfalls, der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3.

Vorweg ist die Frage zu beantworten, ob das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt worden ist. Er brachte vor, dass ihm die Einwände der Pensionskasse vom 26. Mai 2016 (Urk. 8/156) und vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/164) nie zugestellt worden seien und er dazu keine Stellung nehmen könne. Zudem sei die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 5. Juli 2016 (Urk. 3/4 = Urk. 8/176) nicht dem Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt worden (vgl. Urk. 1 S. 5 f.).

Da sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 22. Dezember 2016 (Urk. 2/1-5) nicht auf den Einwand der Pensionskasse stützte, liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (vgl. BGE 132 V 387 E. 3 mit Hinweisen). So stellte sie nicht auf die darin bezüglich des Valideneinkommens vorgebrachte Argumentation ab (vgl. Urk. 2/1 S. 3) und die im Einwand der Pensionskasse ebenfalls thematisierte Wiedererwägung war bereits im Vorbescheid in Aussicht gestellt worden. Der Beschwerdeführer hat sich denn dazu auch bereits ausführlich in seinem Einwand geäussert (Urk. 8/156). Im Übrigen wäre eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs bezüglich des Einwands der Pensionskasse mit vorliegendem Beschwerdeverfahren als geheilt zu erachten (BGE 127 V 431 E. 3d/aa und BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

Hinsichtlich der Unterlassung der Beschwerdegegnerin, die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters nicht dem RAD vorgelegt zu haben, ist darauf hinzu weisen, dass kein - im Sinne des Anspruchs auf rechtliches Gehör - unbedingter Anspruch darauf besteht, dass fachärztliche Berichte dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_417/2016 vom 13. September 2016 E. 2).

E. 4.1

Die ursprüngliche Zusprache der Rente (Urk. 8/25-26) sowie die Bestätigung des Rentenanspruchs mit Mitteilung vom 29. März 2007 (Urk. 8/45) fussten im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Grundlagen:

E. 4.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, bei welchem sich der Beschwerdeführer seit 30. Juni 2003 in Behandlung befand, stellte in seinem Bericht vom 23. November 2004 (Urk. 8/10/5-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Verdacht auf eine anhaltende Erschöpfungsdepression - Rhinokonjunktivitis pollinosa und bronchiales Asthma - Infektanfälligkeit mit insbesondere chronischen rezidivierenden Rhinonstitiden und Bronchitiden

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei ab Mai 2003 in seiner Arbeitsfähigkeit immer wieder eingeschränkt, insbesondere auch bei respiratorischen Infekten und starken allergischen Symptomen.

E. 4.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt Psychiatrie des C.____, wo sich der Beschwerdeführer seit Februar 2004 in ambulanter Behandlung befand, nannte in seinem Bericht vom 21. Januar 2005 (Urk. 8/13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1) : - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Rezidivierend depressive Störungen mit protrahierten Erschöpfungsständen und somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), seit 2001 - differentialdiagnostisch: Burn-Out Syndrom (ICD-10 Z73.0) - differentialdiagnostisch Chronic Fatigue Syndrom - Rezidivierende Pollinosis mit sehr protrahiertem Verlauf und bronchialem Asthma, seit 1996

Dr. B.____ stellte fest, der Beschwerdeführer leide seit zwei Jahren an starker Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit sowie stark erhöhte Anfälligkeit für rezidivierende Infektionen ohne grundlegende langdauernde Infektionskrankheit bei zusätzlicher Pollenallergie, welche mit Kopfschmerzen, Schwindel und leichtem Temperaturanstieg verbunden sei. Dies habe zu stark verminderter Arbeitsleistung und wiederholten Arbeitsausfällen zwischen 20-100 % geführt. Die aktuelle Besserungstendenz lasse eine teilweise Erholung der Arbeitsfähigkeit erhoffen, zumindest sollte eine ca. 35-45 % Arbeitsfähigkeit gestützt und erhalten bleiben (S. 3).

E. 4.4

Dr. med. D.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 7. April 2005 (Urk. 8/18) in Ergänzung zu den bestehenden psychiatrischen Diagnosen eine anakastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) an. Er führte aus, aus psychiatrischer Sicht könne inzwischen von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die neue Frühlings- und Sommerzeit werde es weisen, wie er mit seiner

Pollenallergie und der asthmatischen Belastung umzugehen wisse (der fachärztlichen Beurteilung vorbehalten). Es scheine eine Frage der Zeit, dass die Arbeitsfähigkeit weiter auf 60 % gesteigert werden könne (S. 12).

E. 4.5

Dr. med. E.____, RAD, führte am 4. Mai 2005 (Urk. 8/19 S. 5) aus, weder die Erstbeurteilung des behandelnden Psychiaters noch die Zweitmeinung des psychiatrischen Gutachters seien überzeugend. Es stelle sich die Frage, inwiefern die psychiatrischen Diagnosen valide überprüfbar seien und wie sie sich nachvollziehbar und schlüssig hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auswirkten. Er akzeptiere eine 50%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

E. 4.6

PD Dr. med. F.____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie sowie für Allergologie und klinische Immunologie und Leiter der Allergiestation, und Dr. med. G.____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Assistenzärztin, Dermatologische Klinik des Z.____, wo sich der Beschwerdeführer auf Zuweisung von Dr. A.____ zur allergologischen Abklärung untersuchen liess, nannten in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2005 (Urk. 8/32/3-4) folgende Diagnosen (S. 1): - Rhinoconjunctivitis pollinosa bei Soforttyp-Sensibilisierung auf Gräser- Birken-, Erlen-, Hasel-, Eschenpollen - Spezifische Immunglobulin G (IgG)-Subklassenreduktion bei verminderter IgG-Subklasse 2-Bindung - Orales Allergiesyndrom auf pollenassoziierte Nahrungsmittel - Allergisches Asthma bronchiale - Verdacht auf Morbus Meulengracht

E. 4.7

Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 19. Februar 2007

E. 4.8

Dr. med. I.____, RAD, führte am 23. Februar 2007 (Urk. 8/44 S. 4) aus, es könne auf das Gutachten von Dr. H.____ abgestützt werden, und weil sich psychiatrischerseits keine Verschlechterung eingestellt habe, könne von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden, da der Beschwerdeführer durch die allergologischen Probleme wohl noch in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei.

E. 4.9

Dr. med. A.____ hielt im Verlaufsbericht vom 24. März 2007 (Urk. 8/43/3-4) wie schon in den Verlaufsberichten des Vorjahres (Urk. 8/32/1-2, Urk. 8/40/1-2) einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand fest und gab unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit als Physiker/Projektleiter an (S. 1). 5.

5.1

Der Revisionsmitteilung vom 29. März 2007 (Urk. 8/45) liegen Berichte des behandelnden Hausarztes, eine allergologische Untersuchung der Ärzte des Z.____, ein von der Beschwerdegegnerin veranlasstes psychiatrisches Gutachten sowie die Stellungnahme des RAD zu Grunde (vorstehend E. 4.6-4.9). Angesichts der grundsätzlich umfassenden Abklärung konsumiert die Mitteilung die ursprünglichen Verfügungen vom 11. Juni und 4. Juli 2005 (Urk. 8/25-26) und ist massgebend für die Prüfung eines Wiedererwägungsgrundes (vorstehend E. 1.3). Nicht zu prüfen ist demgegenüber die

Mitteilung vom 1. März 2010 (Urk. 8/55), welche lediglich auf einem knappen Formularbericht des Hausarztes (Urk. 8/54) beruht. 5.2

Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung unter anderem dann, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln zugesprochen oder wenn der Untersuchungsgrundsatz verletzt wurde (vorstehend E. 1.1).

Indem die Beschwerdegegnerin mit der fraglichen Mitteilung - wie im Übrigen auch bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprechung (Urk. 9/19 S. 5) - auf grund der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Physiker ohne nähere Prüfung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf eine Invalidität schloss, ging sie von einem rechtlich falschen Invaliditätsbegriff aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8C_862/2013 vom 12. Februar 2014 E. 4). Hinzu kommt, dass das im Rahmen der Revision veranlasste psychiatrische Gutachten festhielt, dass aus rein psychiatrischer Sicht ein Gesundheitsschaden und eine Arbeitsunfähigkeit zu verneinen sind (vorstehend E. 4.7). Dieser Beurteilung folgte der RAD, schloss in der Folge aber darauf, dass „der Versicherte durch die allergologischen Probleme wohl noch in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist“ (vorstehend E. 4.8). Mit dem Wegfall der aus psychischen Gründen bestehenden Arbeitsunfähigkeit - welche zur ursprünglichen Rentenzusprechung führte lagen indessen einzig noch Allergien vor. Abgesehen davon, dass diese in der Regel keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen vermögen, durfte die Beschwerdegegnerin mangels ärztlicher Stellungnahme zur daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit - die Ärzte des Z.____ äusserten sich dazu nicht (E. 4.6) - nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen. Keine genügende Grundlage bildete die Einschätzung des Hausarztes einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 60 %, zumal dieser nicht zwischen somatischen und psychischen Anteilen unterschied (E. 4.9). Mit der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angestammter Tätigkeit verletzte die Beschwerdegegnerin daher den Untersuchungsgrundsatz. Eine reine Ermessensausübung im Rahmen der Beweiswürdigung ist darin gerade nicht zu erblicken (vgl. dazu Urk. 1 S. 8 Ziff. 4), denn das eingeholte psychiatrische Gutachten wurde korrekt gewürdigt und berücksichtigt, eine Arbeitsunfähigkeit aber ohne genügende medizinische Grundlage (lediglich aufgrund der Allergien) angenommen. Da es sich bei der Invalidenrente um eine Dauerleistung handelt, ist die Berichtigung regelmässig von erheblicher Bedeutung (vorstehend E. 1.1). Zu bemerken ist, dass die Aktenlage im Zeitpunkt der Verfügung beziehungsweise Mitteilung massgebend ist, weshalb die retrospektive Beurteilung der Gutachter der Y.____ welche im Übrigen selber auf die Unsicherheit rückwirkender Beurteilungen hin wiesen - nicht zu berücksichtigen sind (vgl. dazu Urk. 1 S. 6 f.). 5.3

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Mitteilung vom 29. März 2007 (Urk. 8/45) sich auf einen rechtlich falschen Invaliditätsbegriff stützte und über dies in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erging. Damit erweist sie sich als zweifellos unrichtig (vorstehend E. 1.1-1.2), weshalb die Beschwerdegegnerin sie zu Recht in Wiedererwägung zog. Zu prüfen ist damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung (vgl. vorstehend E. 1.3). 6. 6.1

Bis zum Erlass der Verfügung vom 22. Dezember 2016 (Urk. 2/1-5) gingen im Wesentlichen folgende Arztberichte ein: 6.2

Dr. med. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bei welchem sich der Beschwerdeführer seit 17. August 2008 in ambulanter Behandlung befand, stellte in seinem Bericht vom 29. Januar 2014 (Urk. 8/87) als

zusätzliche neue Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe PTBS mit Typ-II-Traumen (S. 1) . Die Prognose sei durch die Komorbidität (komplexe PTBS und komorbide Immunschwäche) ungünstig (S. 3). Seit 22. Mai 2013 sei der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Physiker bei der Firma K.____ zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide aufgrund seiner Immunschwäche an einer erheblichen Infektanfälligkeit. Die komorbiden körperlichen Einschränkungen wirkten als Traumatrigger und führten zu Intrusionen. Mit den komorbiden körperlichen und psychischen Einschränkungen könne er seine an sich hervorragend ausgebildeten geistigen Fähigkeiten nur sehr eingeschränkt nutzen. Es lägen verschiedene Funktionseinbussen gemäss Mini-ICF-APP vor: Eine vollständige Beeinträchtigung sei feststellbar bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenz, arbeitsbezogener Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie bei der Durchhaltefähigkeit. Eine schwere Beeinträchtigung sei feststellbar bei Planung und Strukturierung von Aufgaben und Spontan-Aktivität. Eine mittelgradige Beeinträchtigung sei feststellbar bei Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiären und intimen Beziehungen und Verkehrsfähigkeit. Eine mindestens leichte Beeinträchtigung sei feststellbar bei der Selbstpflege und eine leichte Beeinträchtigung bei der Selbstbehauptungsfähigkeit (S. 4 f.). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 5). 6.3

In ihrem Bericht vom 30. Januar 2014 (Urk. 8/89) führte Dr. med. L.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH , aus, die Symptome im Rahmen der Infektanfälligkeit, der Rhinoconjunctivitis pollinosa und des allergischen Asthmas bronchiale wirkten als Trigger im Rahmen der komplexen PTBS (S. 1). Der Beschwerdeführer sei seit dem 22. Mai 2013 bis auf einzelne, im Sinn von Arbeitsversuchen aufgeführte Tage, zu 100% arbeitsunfähig. Er leide an kurz hintereinander, im Verlauf protrahierenden Infekten, insbesondere der oberen Luftwege, aber auch des Magen-Darm-Traktes. Die Infekte der oberen Luftwege, häufig Rhinosinustiden, verliefen protrahiert und sprächen kaum auf gängige Medikamente an. Sie gingen einher mit ausgeprägten Kopfschmerzen sowie Erschöpfbarkeit. Neben den rezidivierenden Infekten gestaltete sich die Pollensaison besonders schwierig. Die allergischen und infektiösen Beschwerden der Luftwege triggerten ihrerseits die Traumafolgesymptomatik. Es handle sich hier mit um eine klare Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 6.4

Dr. med. M.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, SIM zertifizierter Medizinischer Gutachter und Oberarzt, und Dr. med. N.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, SIM zertifizierter Medizinischer Gutachter und leitender Arzt, Y.____, nannten in ihrem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Teilgutachten vom 11.

März

2015 (Urk. 8/123 /2-62) - nach erfolgter interdisziplinärer Konsensbesprechung mit Dr. med. O.____ , Fachärztin für Innere Medizin FMH und Oberärztin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des Z.____ am 23. Januar 2015 - folgende psychiatrische Diagnosen (S. 36) : - PTBS («late onset») nach Misshandlungserlebnissen in der Kindheit (ICD-10 F43.1)

- Status nach einer mittelgradigen depressiven Episode, aktuell remittiert

Zudem nannten sie folgende somatische Diagnosen gemäss interdisziplinärer Besprechung vom 23. Januar 2015 (S. 36 f.): - Allergisches Asthma bronchiale Erstdiagnose 1997, aktuell: gut kontrolliert bei normaler Lungenfunktion - Rhinokonjunktivitis pollinosa Erstdiagnose 1997, bei Soforttyp-Sensibilisierung auf Gräser-, Birken-, Erlen-, Hasel-, Eschenpollen - Orales Allergiesyndrom auf pollenassoziierte Nahrungsmittel - Pruriginosus - Selektiver Mangel von Anti-Polysaccharid-Antikörper, normale Immunoglobulin Spiegel, aktuell keine gehäufteten bakteriellen Infekte ohne spezifische Therapie - Posttraumatische Obersprunggelenk-Arthrose rechts, Status nach Weber-C-Luxationsfraktur 1999

Die Fachärzte der Y.____ führten aus, aus psychiatrischer Sicht (ohne Berücksichtigung der allfälligen somatisch bedingten Einschränkungen) gingen sie von mittelgradigen Einschränkungen in der Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Planungsfähigkeit aus. Ferner gingen sie von einer mittel bis schwer eingeschränkten Durchhaltefähigkeit sowie in den sozialen Funktionen von leichten Einschränkungen aus (S. 54). In einer optimal angepassten ruhigen und stressarmen Tätigkeit mit flexibler Zeiteinteilung, ohne Stressspitzen, ohne hohe Ansprüche an Durchhaltefähigkeit und ohne hohe Anforderungen an kognitive Funktionen gingen sie von minimalen beziehungsweise sehr leichten Einschränkungen aus (S. 55). Aufgrund der Einschränkungen sei aus rein fach-psychiatrischer Sicht auch im weiteren Verlauf von einer ca. 50%igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit im angestammten Berufsumfeld als Projektleiter und Entwicklungsingenieur beziehungsweise von einer leicht reduzierten funktionellen Leistungsfähigkeit (ca. 20 %) in einer optimal angepassten Tätigkeit zu rechnen (S. 56). Im Vergleich zu der psychiatrischen Begutachtung von Dr. H.____ (2007) seien keine relevanten Veränderungen erkennbar (S. 57).

Sie stellten fest, dass die damaligen Einschätzungen von Dr. B.____ und Dr. D.____ - aus rein fach-psychiatrischer Sicht - nicht als offensichtlich unrichtig bezeichnet werden könnten. Zu berücksichtigen sei jedoch, dass retrospektive Beurteilungen naturgemäss unsicher seien. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seit 2005 könne nur eine Schätzung erfolgen. Sie gingen davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt um 50 % lag. Trotz Veränderung der Symptomatik von zunächst eher depressiven Symptomen und im Verlauf mehr emotionale Labilität, panikartige Angstzustände und Vermeidungsverhalten sei die medizinische Leistungsfähigkeit im angestammten Bereich auch im Verlauf in etwa mittelgradig (um 50 %) eingeschränkt gewesen. In einer optimal angepassten Tätigkeit (ruhige und stressarme Tätigkeit mit flexibler Zeiteinteilung, ohne Stressspitzen, ohne hohe Ansprüche an Durchhaltefähigkeit ohne hohe Anforderungen an kognitive Funktionen) seien die Einschränkungen zunächst (im 2005) leicht bis mittelschwer (Schätzung: 20-40 %) gewesen, wahrscheinlich mit schwankendem Verlauf bis heute. Aktuell gingen sie für eine angepasste Tätigkeit von Einschränkungen von ca. 20 % aus (S. 58 f.).

Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache 2005 geändert. Bereits bei der Begutachtung im Jahre 2007 sei keine manifeste affektive Störung mehr feststellbar gewesen. Die damals (im 2007) beschriebene Symptomatik beziehungsweise die erhobenen Befunde entsprächen (rein aus psychiatrischer Sicht) in etwa der heutigen Situation. Im Vordergrund stünden vor allem Einschränkungen aus dem psychiatrischen Fachgebiet. Die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche weitgehend der Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten (S. 59 f.). 6.5

Prof. Dr. med. P.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. O.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin,

Z.____, nannten in ihrem von der Beschwerde gegnerin in Auftrag gegebenen internistischen Teilgutachten vom 24. März 2015 (Urk. 8/125) - nach erfolgter interdisziplinärer Konsensbesprechung von Dr. O.____ mit Dr. M.____ und Dr. N.____,

Y.____, am 23. Januar 2015 -

eine

PTBS («late onset») nach Misshandlungserlebnissen in der Kindheit (ICD-10 F43.1) als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8). Sie führten aus, insgesamt bestünden aus somatischer Sicht eine atopische Diathese mit Rhinoconjunktivitis pollinosa und Asthma bronchiale, welche jedoch beide gut behandelbar seien und in einer sitzenden Büro-Tätigkeit intermittierend zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % führen könnten. Ein Pruriginismus und möglicher Analgetika-Übergebrauch könne die Beschwerden mit Gesichts- und Kopfschmerzen erklären. Diese Erkrankungen könnten besser behandelt werden und führten intermittierend zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %. Daneben bestehe laborchemisch ein möglicher selektiver Mangel von Anti-Poly saccharid-Antikörper, welcher jedoch beim Beschwerdeführer nicht mit vermehrten bakteriellen Infekten assoziiert sei und deshalb bezüglich der Arbeitsfähigkeit aktuell sehr wahrscheinlich nicht relevant sei. Eine Somatisierungsstörung mit Ausweitung der Beschwerden aufgrund der psychiatrischen Komorbidität sei möglich und könnte erklären, wieso die subjektiven Beschwerden nicht mit den klinisch objektivierbaren Befunden korreliere. Insgesamt seien die Beschwerden teilweise durch die somatischen Erkrankungen bedingt, führten jedoch zu einer fluktuierenden Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %. Aus psychiatrischer Sicht habe die Diagnose einer PTBS sowie einer remittierten Depression festgestellt werden können. Dies führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Projektleiter und zu einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit weniger Verantwortung und Druck. Gemäss interdisziplinärer Besprechung seien die psychiatrischen Beschwerden bezüglich der Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend. Die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit sei in der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit enthalten und führe vorwiegend zu qualitativen Einschränkungen. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit bestehe seit der aktuellen Begutachtung. Aus somatischer Sicht sei 2005 ein gleicher Gesundheitszustand wie jetzt anzunehmen (S. 10 f.). Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Revision nicht wesentlich verändert. Im angestammten Beruf als Projektleiter bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, primär aufgrund der psychiatrischen Erkrankung. Aus somatischer Sicht sei die gesundheitliche Situation 2005 gemäss den vorliegenden Akten in etwa gleich wie jetzt (S. 12).

E. 007

(Urk. 8/ 42) folgende Diagnosen (S. 14): - Anhaltende Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bei: - Burnout-Syndrom (ICD-10 Z73.0) in Remission, mit im Vordergrund stehender Psychosomatisierung (ICD-10 F45.9) - anamnestisch Status nach Angst und depressiver Störung, gemischt, aktuell remittiert (ICD-10 F41.2)

Dr. H.____ führte aus, der Beschwerdeführer habe primär im Zusammenhang mit einer beruflichen Belastungssituation 2003 ein Burn-out Syndrom mit ausgeprägter Psychosomatisierung erlitten und dabei auch Angstsymptome entwickelt, die inzwischen

weitgehend remittiert seien . Zu den diagnostischen Kriterien der Neurasthenie gehörten ein anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung, auch beim Bewältigungsversuch alltäglicher Aufgaben, die keine ungewöhnlichen geistigen Anstrengungen erforderten, sowie wechselnde Beschwerden im Sinne von unangenehmen körperlichen Empfindungen, wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeiner Unsicherheit, Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, einer Störung des Schlafes et cetera. Der Beschwerdeführer sei als Entwicklungsingenieur – in seinem bisherigen Arbeitsverhältnis – mit Möglichkeit der recht flexiblen Arbeitsgestaltung durch den neurasthenischen Beschwerdekomples aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 14). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe kein Gesundheitsschaden und keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die arbeitsmedizinische Bedeutung der allergischen Diathese müsste gegeben enfalls von einem Allergologen/Immunologen geklärt werden (S. 15). Der psychiatrische Gutachter Dr. D.____ beziehe sich in seinem Gutachten vom April 2005 teilweise auf die gleiche Diagnose, stelle aber die Persönlichkeitsstörung in den Vordergrund, die sich aber aufgrund der Anamnese und des psychopathologischen Befundes heute nicht bestätigen lasse beziehungsweise es seien die notwendigen ICD-10-Kriterien keineswegs erfüllt, wodurch die vom Gutachter angenommene 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht gestützt werden könne (S. 15 f.).

E. 7.1.1

Sowohl das nach erfolgter Konsensbesprechung erstellte psychiatrische Teilgutachten von Dr. M.____ und Dr. N.____ (E. 6.4)

als auch das nach erfolgter Konsensbesprechung erstellte internistische Teilgutachten von Prof. Dr. P.____

und Dr. Q.____ (E. 6.5) beruhen auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurden in Kenntnis der und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Damit entsprechen sie den bundesgerichtlichen Vorgaben an beweiskräftige Gutachten (vgl. E. 1 . 4).

E. 7.1.2

Sowohl Dr. J.____ (E. 6.2; vgl. auch Urk. 8/176 S. 2-4) als auch Dr. L.____ (E. 6.3)

nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – abschließend

von den Gutachten (vgl. E. 6.4 und E. 6.5), welche eine PTBS «late onset» diagnostizierten –

eine komplexe PTBS .

Die Fachärzte der Y.____ setzten sich damit als möglichen Differenzialdiagnose

ausführlich auseinander (Urk. 8/123 S. 13-16, S. 50 f.) . Dr. J.____ benannte keine Aspekte, die bei der Begutachtung nicht erkannt oder nicht gewürdigt worden wären. Seine Einschätzung bezüglich des Vorliegens einer komplexen PTBS vermögen somit das Teilgutachten der Fachärzte der Y.____ nicht in Frage zu stellen (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 v om 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Im Übrigen hielt auch Dr. J.____ in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2016 fest, dass die Diagnose einer PTBS «late onset» gestellt werden könne (vgl. Urk. 8/176 S. 3).

Dr. L.____ Bericht ist weder umfassend , noch beruht er auf allseitigen Untersuchungen oder ist in Kenntnis der Vorakten erstellt worden . In Bezug auf die psychiatrische Diagnose einer komplexen PTBS fehlt ihr die fachärztliche Qualifikation. Ihr Bericht vermag somit die Teilgutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

Des Weiteren kritisiert Dr. J.____, die Gutachter seien auf die Wechselwirkung der psychiatrischen und somatischen Diagnosen kaum eingegangen (Urk. 3/4 S. 1 unten). Dem ist zu entgegnen, dass die Gutachter der Y.____ Kenntnis der somatischen Leiden und der Wirkung auf die psychische Konstitution hatten (vgl. insbesondere Urk. 8/123 S. 25-27 [somatische und vegetative Anamnese], S. 35 f. [psychopathologischer Befund], S. 37 f. [aktueller Querschnittsbefund]). Auf die weiteren Ausführungen von Dr. J.____, wonach die somatischen Diagnosen nicht nachvollziehbar seien, ist mangels fachärztlicher Qualifikation nicht weiter einzugehen (Urk. 3/4 S. 5).

E. 7.1.3

Der Beschwerdeführer bemängelt an den Teilgutachten der Y.____ und der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des Z.____, dass die Infektanfälligkeit nicht berücksichtigt worden sei (vgl. Urk. 1 S. 10 Ziff. 3). Dem ist zu entgegnen, dass diese in den Teilgutachten berücksichtigt wurde und dementsprechend Eingang in ihre Diagnose fand (vgl. E. 6.5).

Weiter brachte er vor, im psychiatrischen Teilgutachten sei nicht berücksichtigt worden, dass trotz grosser Bemühungen sowohl seitens der Arbeitgeberin als auch seiner selbst das Teilzeitarbeitsverhältnis nicht habe aufrechterhalten werden können (vgl. Urk. 1 S. 10-12 Ziff. 4). Dem ist entgegen zu halten, dass die Gutachter der Y.____ seine berufliche Situation aus den vorliegenden Akten als auch der Untersuchung kannten, berücksichtigten und damit der Umstand, dass er seine Teilzeitstelle verlor, Eingang in das Gutachten fand (vgl. Urk. 8/123 S. 2, S. 12, S. 17 f., S. 24 f., S. 30, S. 41).

Zudem kritisierte der Beschwerdeführer, dass das psychiatrische Teilgutachten eine veraltete Grundlage zur Beurteilung des zu Rentenanspruches bilde, da es über zwei Jahre vor der Verfügung datiere (vgl. Urk. 1 S. 12 Ziff. 4). Dem ist zu entgegnen, dass sich nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine allgmein gültige Regel, wann eine Expertise veraltet ist, nicht formulieren lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_643/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.2).

Im Urteil des Bundesgerichts 9C_575/2009 vom 6. November 2009 wurde eine bereits über vier Jahre alte Expertise nicht mehr als hinreichende Grundlage betrachtet. Der zwischen dem Teilgutachten vom März 2015 (E. 6.4 und E. 6.5) und der Verfügung vom 22. Dezember 2016 (Urk. 2/1-5) liegende Zeitraum ist wesentlich kürzer, weshalb die Konstellation nur schon deshalb nicht mit dem genannten Bundesgerichtsurteil

vergleichbar ist. Zudem ergeben sich aus den vorliegenden Unterlagen keine Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen März 2015 und Dezember 2016 derart verändert hätte, dass die Expertisen als überholt erachtet werden müssten. Ebenso wenig legte er diesbezüglich selbst etwas dar, indem er beispielsweise Arztberichte eingebracht hätte, die sein Vorbringen, das Gutachten sei veraltet, stützen würden.

E. 7.1.4

Nach dem Gesagten kann auf die Teilgutachten der Y.____ sowie der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des Z.____ mit erfolgter Konsensbesprechung (E. 6.4 und E. 6.5) abgestellt werden. Ihnen kommt voller Beweiswert zu.

E. 7.2

In somatischer Hinsicht attestierten die Gutachter ausgehend von den Diagnosen einer Rhinokonjunktivitis, einem Bronchialasthma, einem Pruriginismus und einem möglichen Analgetika-Übergebrauch, welche alle gut behandelbar seien, in einer sitzenden Büro-Tätigkeit eine intermittierend auftretende Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %. Sie hielten fest, dass die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit enthalten sei und vorwiegend zu qualitativen Einschränkungen führe (vorstehend E. 6.4-6.5).

Ob aufgrund dessen in somatischer Hinsicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist, kann vorliegend offenbleiben, da die aus psychischen Gründen bestehenden Einschränkungen und die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angestammter Tätigkeit und von 20 % in angepasster Tätigkeit im Vordergrund stehen.

E. 7.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad »

- Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex « Sozialer Kontext »

- Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4) .

E. 7.4

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde mit der attestierten Arbeitsunfähigkeit einhergehen. So leidet der Beschwerdeführer unter mittelgradigen Einschränkungen in der Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Planungsfähigkeit sowie mittelgradigen bis schweren Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit (E. 6.4). Der Beschwerdeführer selber schildert eine schnelle mentale Ermüdbarkeit und erheblich reduzierte Leistungsfähigkeit im Vergleich zu seinem früheren Funktionsniveau sowie intermittierend auftretende Erstickungs- sowie teilweise mehrere Tage dauernde Todesängste (Urk. 9/123 S. 37 f.). Anzuführen ist, dass sich aus dem

Gutachten eindrücklich ein massiver Missbrauch des Beschwerdeführers und seiner Geschwister während der gesamten Kind- und Jugendzeit

durch den Vater ergibt, welcher brutalste Methoden anwandte, um «das Böse aus den Kindern auszutreiben» (Ersticken durch Zuhalten von Mund und Nase, Untertauchen in der Badewanne, Schlagen des Kopfs gegen die Wand, tägliches Schlagen aller Kinder zu einer bestimmten Zeit, Abstrafen von Durst, Hunger, Tränen, Albträumen; unter anderem habe der Vater schon bei den Säuglingen immer wieder zugeschlagen, bis das Kind am ganzen Körper gezittert habe; seinem jüngeren Bruder habe er den Arm gebrochen, weil er die Bibel nicht habe lesen wollen; eine jüngere Schwester sei möglicherweise zufolge Misshandlung schwerstbehindert; Urk. 9/123 S. 21 f.). Sodann decken sich die Behandlungs- und Eingliederungserfolge mit der gutachterlichen Einschätzung. So ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer einmal wöchentlich zuvor noch zwei wöchentlich, was ihn aber zu sehr erschöpfte - zur als psychotherapeutische Langzeitbehandlung ausgelegten Traumatherapie begibt (Urk. 9/123 S. 20 und S. 28). Als Komorbidität zu berücksichtigen sind die bestehende Rhinokonjunktivitis und das allergische Asthma, denn diese beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit zweifellos negativ, auch wenn die genannten Beschwerden als gut behandelbar eingestuft wurden und (nur) intermittierend zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % führen. Zudem werden sie vom Beschwerdeführer als Trigger für die Erstickungs- und Todesängste beschrieben (Urk. 9/123 S. 37 f.). Zum Komplex «Persönlichkeit» ergeben sich als Ressourcen die universitäre Ausbildung und die insgesamt hohen kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers (Urk. 9/2/7, Urk. 9/87 S. 3) sowie zum Komplex «sozialer Kontext» das intakte familiäre und soziale Umfeld (Urk. 9/123 S. 30 ff. Ziff. 4.8 und Ziff. 4.9). Das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers ist teilweise eingeschränkt. So ermüdet er schnell bei körperlichen Aktivitäten und beim Lesen, spielt aber Klavier und pflegt soziale Kontakte in der Freikirche und besucht unregelmässig den Lesekreis (Urk. 9/123 S. 31 ff.). Seine letzte Anstellung bei K.____ vermochte der Beschwerdeführer trotz grossem Entgegenkommen seines Arbeitgebers auch in einem reduzierten Pensum von 40 % nicht weiterzuführen (Urk. 9/50, Urk. 9/85/2). Eingliederungsmassnahmen wurden auf Ersuchen des Beschwerdeführers im Januar 2017 geprüft (Urk. 9/211, Urk. 9/215). Der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck entspricht ebenfalls der attestierten Arbeitsunfähigkeit. So ist der Beschwerdeführer dauerhaft in wöchentlicher ambulanter therapeutischer Behandlung.

Eine Gesamtschau über alle Indikatoren ergibt, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Physiker/Projektleiter beziehungsweise von 20 % in einer angepassten Tätigkeit als plausibel erscheint. Davon ist auszugehen.

E. 7.5

Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin (Wert 2015; Urk. 9/136 S. 4 f., Urk. 9/143) blieb beschwerdeweise unbestritten und ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Anzumerken bleibt, dass das mit Fr. 129'649.-- bemessene Valideneinkommen dem auf das Jahr 2015 (die Nominallohnwerte 2016 waren bei Verfügungserlass noch nicht publiziert) hochgerechneten, vor Eintritt der Invalidität erzielten Einkommen von Fr. 114'000.-- im Jahr 2004 (Urk. 9/9 Ziff. 12) entspricht.

Das Invalideneinkommen von Fr. 73'939.-- basiert auf dem Wert der Lohnstrukturerhebung 2012, TA 1, Kompetenzbereich 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein

grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen), Total über alle Wirtschaftszweige. Dieses Vorgehen entspricht nicht der Rechtsprechung, da der Beschwerdeführer nicht in allen Wirtschaftszweigen über ein grosses Wissen verfügt und er in der Tätigkeit als Physiker durchaus arbeitsfähig ist, an den konkreten Arbeitsplatz einfach gewisse Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Als passendster statistischer Wert weist die Tabelle T 17 des Bundesamtes für Statistik, Monatlicher Bruttolohn nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, 2014, für Naturwissenschaftler, Mathematiker und Ingenieure (Ziff. 21) im Alter 30 bis 49 ein Einkommen von Fr. 8'360.-- aus. Angepasst an die wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit, Bundesamt für Statistik, Tabelle T03.02.03.01.04.01) und an die Nominallohnentwicklung bis ins äquivalente Jahr 2015 (von Index 103.3 auf Index 103.7, Nominallohnindex 2011-2016, Bundesamt für Statistik, T1.10) ergibt sich bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 80 % ein mögliches Einkommen von Fr. 8'991.--. Hiervon ist zwingend (BGE 137 V 71 E. 5.1) ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren, denn der Beschwerdeführer ist auf einen in mehrfacher Hinsicht angepassten Arbeitsplatz angewiesen (stressarm mit flexibler Zeiteinteilung, ohne Stressspitzen, ohne hohe Ansprüche an die Durchhaltefähigkeit). Bei seiner Tätigkeit als Akademiker (mitsamt anzunehmendem weiter hin hohem erzielbaren Einkommen) haben diese Anforderungen klarerweise Auswirkung auf den zu erwartenden Lohn. Es rechtfertigt sich ein Abzug von 10 %.

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 129'691.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 75'592.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 54'099.-- und ein Invaliditätsgrad von 41.7 %. Bei diesem Ergebnis hat der Beschwerdeführer nurmehr Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung, weshalb sich die angefochtene Verfügung als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8

Da es 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, zuzu stellen.

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

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