

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00301 vom 19. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00301](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00301)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00301 du 19 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00301 del 19 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä ti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebene nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf ga benbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3,

134 V 131 E. 3).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

#### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.7**

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 2**

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2018 (Urk. 2) davon aus, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Zwar habe der psychiatrische Gutachter eine derzeit mittelgradige rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, die Befunde seien jedoch weniger stark ausgeprägt und entsprächen höchstens einer leichtgradigen depressiven Störung. Zudem lägen gute Ressourcen vor (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe es unterlassen, der Beschwerdegegnerin bis spätestens am 1. Januar 2014 zu melden, dass er ein Einkommen erwirtschaftete, weshalb eine Meldepflichtverletzung vorliege und die Rente rückwirkend auf diesen Zeitpunkt eingestellt werde (S. 2 Mitte). Die Rückforderungsverfügung vom 27. Februar 2018 (Urk. 5/2) begründete die Beschwerdegegnerin mit dieser Meldepflichtverletzung (S. 1).

#### **E. 2.2**

), so kann ihm nicht gefolgt werden. Denn dieser grosse Karriereschritt wäre auch von diversen weiteren Faktoren neben dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers abhängig gewesen, was der folgenschwere Misserfolg bei seiner Bewerbung als Chefarzt am Kantonsspital B. \_\_\_ im Jahr 2009 gerade belegt.

Ab 1. September 2016 kam es gemäss Gutachter zu einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes. Ab diesem Datum ist dem Beschwerdeführer die Arbeit als leitender Arzt Radiologie wieder zu 50 % zumutbar. Von der Verwertbarkeit dieser Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist trotz mehrjähriger Absenz vom Fachgebiet beim im Gutachtenszeitpunkt 49-jährigen Beschwerdeführer auszugehen. Zur Bestimmung der Erwerbseinkünfte ist auf einen Prozentvergleich zurückzugreifen, da das Invalideneinkommen anhand von statistischen Daten für einen leitenden Facharzt Radiologie nicht hinreichend genau festgestellt werden kann.

Der Prozentvergleich führt jedoch vorliegend zu einem ausreichend zuverlässigen Ergebnis: Zur Plausibilisierung sei angeführt, dass gemäss einer vom Bundesamt für Gesundheit beim Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien Bass in Auftrag gegebenen Studie zum Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz das Durchschnittseinkommen für einen Facharzt Radiologie im Anstellungsverhältnis im Jahr 2014 Fr. 331'323. -- betrug, was nah beim für das Jahr 2016 einzusetzenden Valideneinkommen von Fr. 312'724.-- liegt.

Entsprechend beträgt die Erwerbseinkünfte ab 1. September 2016 50 %. Mit seiner Tätigkeit als Allgemeinarzt schöpfte der Beschwerdeführer seine Erwerbsfähigkeit ab diesem Datum bei einer Erwerbseinkünfte von 66 %

nicht mehr in dem ihm zumutbaren Umfang aus, weshalb auf diese Tätigkeit nicht abzustellen ist. 6.4

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit der rentenbestätigenden Mitteilung vom 18. Januar 2013 (Urk. 8/120) verändert hat: Der Invaliditätsgrad lag ab

1. Januar 2014

bei 68 %, ab 1. Januar 2016 bei 66 % und ab 1. September 2016 bei 50 %. Es bleibt im Folgenden zu klären, per welchem Zeitpunkt die Rente herabzusetzen ist.

7.

### **E. 2.3**

Unbestritten ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenbestätigenden Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 18. Januar 2013 (Urk. 8/120) erheblich verbessert hat, womit ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. vorstehend E. 1.3). Strittig und zu prüfen bleibt, ob und in welchem

Umfang weiterhin ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers besteht, ob eine Verletzung von Meldepflichten vorliegt und ob ein Rückforderungsanspruch gegeben ist. 3. 3.1

Dr. A. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 6. Dezember 2010 zuhanden der Helsana Versicherungen AG als Krankenversicherung (Urk. 8/42/2-11) als Diagnose eine mittel- bis schwergradige depressive Episode mit psychotischer Symptomatik, ICD-10 F.33 (S. 7 Ziff. 3).

In der Anstellung des Beschwerdeführers als leitender Radiologe am Kantonsspital B.\_\_\_\_ sei es zu ungelösten Konflikten mit dem Nachfolger des kürzlich zurückgetretenen Chefarztes gekommen, welcher ihm auch als Chefarzt vorgezogen worden sei. Er habe sich Intrigen ausgesetzt gefühlt und sei nicht informiert worden über Entscheide. Somit sei er zunehmend in eine psychische Bedrängnis hineingekommen, was zu mehreren Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken geführt habe (S. 4 Mitte). Das Risiko von Kunstfehlern sei bei seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Radiologe derzeit erheblich, gleiches gelte wohl bei einem Berufswechsel zum Allgemeinmediziner (S.

#### **E. 7**

Ziff. 4). Der Versicherte sei derzeit in beiden Tätigkeiten nicht arbeitsfähig (S. 8 Ziff. 5).  
3.2

Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 6. Januar 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/118) als Diagnose eine anhaltend depressive Episode, gegenwärtig mittel- bis schwergradig ausgeprägt, mit somatischem Syndrom im Rahmen einer depressiven Entwicklung nach ICD-10 F32.11/F32.21 (S. 14 Ziff. IV). Die depressive Symptomatik habe sich mittlerweile weitgehend vom auslösenden Moment entkoppelt und eine Eigendynamik entwickelt (S. 16 Mitte). Es liege in jedweder Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Angesichts des weiterhin mittel- bis schwergradig ausgeprägten depressiven Syndroms sei von einer geringen Belastbarkeit auszugehen. Es sei leicht vorstellbar, dass der Versicherte in psychosozialen Anforderungssituationen schnell mit Überforderung und Zunahme der depressiven Symptomatik reagieren würde. Im Vergleich zur rentenbegründenden Befundlage habe sich der Gesundheitszustand weder einschneidend noch nachhaltig verbessert (S. 17 oben). Gegenwärtig sei eine Arbeitsrehabilitation nur in einem geschützten Arbeitsrahmen mit stundenweiser Tätigkeit in ruhiger, stressarmer, gut strukturierter, nicht monotoner Arbeitsatmosphäre sinnvoll. Diese Tätigkeit gehe der Versicherte derzeit nach (S. 17 Mitte). Unter Berücksichtigung des bisherigen schon deutlich prolongierten Verlaufs sei von einem längeren weiteren Behandlungs- und Heilverlauf auszugehen. Der Chronifizierungsgrad müsse als hoch beurteilt werden (S. 17 unten). 4. 4.1

Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Verlaufsbericht vom 22. Mai 2015 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/129) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2009 (S. 3 Ziff. 3.1). Er stelle als Diagnose eine schwere depressive Episode mit psychotischen Anteilen (ICD-10 F32.3) seit August 2009 (S. 1 Ziff. 1.2). Insgesamt sei der Zustand des Patienten unverändert. Er habe nach wie vor Antriebsstörungen und Freudlosigkeit. Er könne sich nur kurzzeitig konzentrieren. Auch der Arbeitsversuch in der Allgemeinpraxis habe nicht so weit gesteigert werden können, als dass eine rentenverändernde Arbeitsfähigkeit vorliegen würde. Der Gedankengang sei verlangsamt, der Patient fühle sich müde, habe keine Lebensfreude und wenig Interessen. Auch mit der Arbeit in der Praxis habe er eher Mühe, arbeite offenbar sehr langsam. Psychomotorisch sei er verlangsamt und habe Morgentiefs. Der Schlaf sei weiterhin nur oberflächlich und nicht erholsam, er habe öfters Albträume. Funktionell einschränkend sei vor allem die deutliche Verlangsamung. Er brauche viel Zeit für die wenigen Patienten, die er behandle (S. 1 Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit als Radiologe könne zu 100 % nicht mehr ausgeführt werden. Er könne maximal 2 Mal 2 Stunden pro Woche in reduziertem und deutlich verlangsamtem Arbeitstempo in der Allgemeinpraxis eines Kollegen arbeiten. Die

Leistungsfähigkeit sei zu 50 % vermindert (S. 2 Ziff. 2.1). Termine bei ihm, Dr. D.\_\_\_\_, fänden alle drei bis vier Monate statt (S. 3 Ziff. 3. 1). 4.2

Im Verlaufsbericht vom 18. September 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/164) stellte Dr. D.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.2). Auch wenn eine leichte Besserung eingetreten sei, sei der Zustand des Patienten insgesamt unverändert. Am 9. Juli 2015 habe er berichtet, dass er seine Stelle beim anstellenden Allgemeinarzt gekündigt habe, da es zu Differenzen gekommen sei. Am 1. September 2015 habe er begonnen, in einer Gemeinschaftspraxis in E.\_\_\_\_ als Allgemeinarzt zu arbeiten. Anlässlich der drei Termine 2016 habe er durchgängig berichtet, dass er in einem Pensum von 60 % arbeite. Bei genauer Exploration habe sich gezeigt, dass etwa eine Leistungsminderung von 50 % bestehe. Er müsse nach eigenen Angaben so langsam arbeiten, da er bei Überlastung sehr schnell einen Rückfall erleide. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich damit ab 1. Januar 2016 eine zeitliche Arbeitsfähigkeit von 60 % in der Tätigkeit als Allgemeinarzt mit einer Leistungsreduktion um 50 % . Somit bleibe in angepasster Tätigkeit schlussendlich eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (S. 1 Ziff. 1.3). 4.3

Dr. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 12. Dezember 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/174) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig, F33.1 (S. 17 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 Z73.0 (Ziff. 5.2). In der angestammten Tätigkeit fühle sich der Versicherte als 0 % arbeitsfähig. Er brauche mehr Zeit für alles und fühle sich unsicher, Entscheidungen zu treffen (S. 9 Ziff. 3.7).

Er könne sich vorstellen, in einem Pensum von 60 % als Allgemeinarzt zu arbeiten (Ziff. 3.8). Sein Tagesablauf gestalte sich so, dass er um 7 Uhr aufstehe, danach erledige er die Morgentoilette und frühstücke mit der Familie. Dann nehme er die Medikamente ein, um 8:20 Uhr nehme er den Zug nach E.\_\_\_\_. Von 8:30 bis 12:00 Uhr und von 14:00 bis 17:00 Uhr halte er Sprechstunde; danach sei er wieder zuhause, spreche mit den Kindern und unterstütze sie bei den Schulaufgaben. Abends werde mit der Familie gegessen und gesprochen. Beim Schachspielen verliere er öfters gegen seinen Sohn. Zirka um 23:30 Uhr gehe er zu Bett; manchmal bleibe er länger in der Praxis, weil er denke, dass er zuhause mit seinen «leeren Batterien» leicht gereizt werde (S. 10 Ziff. 3.10).

Zum psychiatrischen Untersuchungsbefund nach AMDP führte Dr. Y.\_\_\_\_

unter anderem aus, dass der formale Gedankengang sei eingeeengt, aber gut strukturiert und in Kohärenz, Stringenz und Tempo ungestört. Der Versicherte sei in depressiver Mittellage und vermindert schwingungsfähig. Die affektive Modulationsfähigkeit sei somit reduziert. Er verfüge nicht über das Gesamtspektrum der Emotionen. Die Mimik und Gestik seien psychomotorisch reduziert, der Sprachfluss leicht verlangsamt (S. 14 f. Ziff. 4.2).

Das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen habe ergeben, dass die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen nicht beeinträchtigt sei. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit seien leichtgradig beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Tätigkeiten und die Wegefähigkeit seien nicht eingeschränkt (S. 15 f. Ziff. 4.3).

Die Hamilton Depression Scale (HAMD) ergebe einen Wert von 12/68, was einer symptomatischen Depression entspreche. Die Montgomery- Asberg Skala der Depressionen (MADRS) ergebe einen Wert von 26/60, was einer schweren Depression entspreche (S. 16 Ziff. 4.4).

Die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung des Beschwerdeführers, welcher sich als «Alphatier» bezeichne, mache es ihm schwer, sich in einem Arbeitsteam unterzuordnen. Aggravationshinweise hätten sich keine gefunden (S. 18 Ziff. 6.2).

Die bisherige psychiatrische Therapie sei nicht leitliniengerecht (S. 19 Ziff. 6.4.1) . Die Frequenz der psychotherapeutischen Behandlung sollte erhöht werden, um geeignete Copingstrategien für die Depression und die narzisstische Persönlich keitsakzentuierung zu erarbeiten. Da der Verlauf der Erkrankung nicht vorher sehbar sei, könne ein exakter Zeitpunkt für einen versicherungsmedizinisch relevanten Wirkungseintritt nicht festgelegt werden. (S. 19 Ziff. 6.4.3).

Die erhaltenen Fähigkeiten stellten ebenso wie die familiäre Unterstützung, das Bildungsniveau, die Motivation und die Therapieadhärenz mobilisierbare Ressourcen dar (S. 20 Ziff. 6.5). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hin weise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der schweren subjektiven Beein trächtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Die subjektiven Beeinträchtigungen bezögen sich auf die verminderte Belastbarkeit und das Empfinden der Diskriminierung und Krän kung. Demgegenüber habe der Versicherte ein weitgehend intaktes Sozialleben innert seiner Familie und mit seinen türkischen Kollegen (S. 20 Ziff. 6.6).

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als leitender Arzt Radiolog i e habe bei 0 % gelegen von August 2009 bis April 2015, bei 30 % von Mai 2015 bis August 2016

und bei 50 % vom September 2016 bis zum Untersuchungstag sowie bis auf Weiteres ( vgl. S. 21 f.; S. 22 Ziff. 7.1). Die Arbeitsfähigkeit in der leidens angepassten Tätigkeit als Allgemeinarzt habe bei 0 % gelegen von August 2009 bis April 2015, bei 50 % von Mai 2015 bis August 2016 und bei 60 % von Sep tember 2016 bis zum Untersuchungstag sowie bis auf Weiteres (vgl. S. 21 f.; S. 22 Ziff. 7.2). Eine stufenweise Steigerung des Arbeitspensums in der aktuell ausge übten angepassten Tätigkeit beginnend mit einem Zeitpensum von 60 % und Steigerung um 10 % monatlich seien erfolgsversprechend und medizinisch zumutbar. Eine erneute Begutachtung werde nach 6 Monaten leitliniengerechter Therapie empfohlen, sofern dann noch kein Arbeitspensum von 100 % erreicht sei (S. 23 Ziff. 7.2; S. 19 Ziff. 6.4.3+5). Das positive Leistungsbild umfasse Tätig keiten, die klar strukturiert seien und ohne gehäufte Veränderungen betreffend den zeitlichen Rahmen, die sozialen Kontakte und Inhalte auskämen . Die Tätig keiten sollten zusätzliche betriebsunübliche Pausen ermöglichen und ohne konfliktrträgige soziale Interaktionen auskommen (S. 23 Ziff. 7.2).

Der Versicherte habe 2013 wieder begonnen, teilzeitig als Allgemeinarzt zu arbeiten. Es sei insofern ab 2013 von einer Verbesserung des Gesundheitszustan des auszugehen, auch wenn gemäss Dokumentation erst ab Mai 2015 eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit anzunehmen sei (S. 23 Ziff. 8). 4.4

Dr. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 9. Februar 2017 Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ (Urk. 8/177 S. 5). Dabei führte sie aus, der Gesundheitszustand habe sich inzwischen verbessert und sei weiterhin besorgungsfähig, so dass medizinisch-theoretisch unter Fortführung der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit monatlicher Steigerung des Pensums um zirka 10 % innerhalb von 4 bis 6 Monaten wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angepassten Tätigkeit erreicht werden könne. Es werde empfohlen, vollumfänglich auf die Beurteilungen des Gutachtens abzustellen. 4.5

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.1+2) nahm am 31. Mai 2018 Stellung zu einem Fragenkatalog des Beschwerdeführers (Urk.

### **E. 7.1**

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt gemäss Art. 88 bis Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) a. frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgen den Monats an; b. rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die beziehende Person die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihr nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war .

Rentenberechtigte haben jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen ( Art. 31 ATSG

und Art.

77 IVV ).

Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt (BGE 118 V 214 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_127/2013 vom 2. April 2013 E. 4.1).

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist , wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach längere Zeit andauern wird oder ohne wesentliche Unterbrechung bereits drei Monate angedauert hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_232/2016 vom 30. September 2016 E. 4 ).

### **E. 7.2**

Gemäss Art. 25 Abs. 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzu erstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt. Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach Entrichtung der einzelnen Leistung ( Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG). Bei diesen Fristen handelt es sich um Verwirkungsfristen, die immer und von Amtes wegen zu berücksichtigen sind (BGE 133 V 579 E. 4.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist unter der Wendung "nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat" ( Art. 25 Abs. 2 ATSG) der Zeitpunkt zu verstehen, in dem die

Verwaltung bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit hätte erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung bestehen, oder mit andern Worten, in welchem sich der Versicherungsträger hätte Rechenschaft geben müssen über Grundsatz, Ausmass und Adressat des Rückforderungsanspruchs. Das setzt unter anderem voraus, dass über die Unrechtmässigkeit des Leistungsbezugs rechtmässig verfügt respektive - im Beschwerdefall - gerichtlich entschieden ist. Das Bundesgericht hat denn auch wiederholt entschieden, es sei nicht bundesrechtswidrig, zuverlässige Kenntnis von der Rechtswidrigkeit des Leistungsbezugs erst nach Eintritt der Rechtskraft der Rentenaufhebung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_642/2014 vom 23. März 2015, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 7.3**

Nach Darstellung des Beschwerdeführers habe Dr. Z.\_\_\_\_, welcher ihm seit 2012 einen geschützten Arbeitsplatz in seiner Praxis offeriert hatte, von ihm verlangt, dass er immer mehr Patienten betreue beziehungsweise mehr leiste. Da er froh und dankbar über die Möglichkeit gewesen sei, als Allgemeinarzt tätig zu sein, sei es ihm auch in Anbetracht seiner angeschlagenen gesundheitlichen Situation nicht möglich gewesen, sich gegen den zunehmenden Druck, mehr zu arbeiten, zu wehren, was 2014 zur Zunahme der Depression mit anschliessender erneuter vollständiger Arbeitsunfähigkeit geführt habe (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 20). Die Erwerbssituation des Beschwerdeführers hatte sich also bereits im Verlauf der Jahre 2013 und 2014 verbessert, wobei unerheblich ist, inwieweit dies freiwillig oder auf Druck von Dr. Z.\_\_\_\_ geschah. Diese Verbesserung schlug sich denn auch im Bruttoverdienst des Beschwerdeführers nieder, welcher im Jahr 2014 rund Fr. 99'415.-- betrug (vgl. Urk. 8/176 S. 7).

Es ist mit Blick etwa auf die im Recht liegenden Nachtragsabrechnungen mit der Medisuisse vom 16. September 2015 für die Jahre 2013 und 2014 (vgl. Urk. 8/153/1-4) und die erst im November 2015 erstellten korrekten Lohnausweise für die genannten Jahre (vgl. Urk. 8/153/6; Urk. 8/154/6) aktenkundig, dass die administrative Abwicklung des Arbeitsverhältnisses schleppend war. Die Lohnzahlungen wurden aber dem Konto des Beschwerdeführers anerkanntermassen gutgeschrieben (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 21) und es kann ihm auch unmöglich entgangen sein, dass er deutlich mehr Patienten betreute und entsprechend deutlich mehr Einnahmen generierte als zuvor. Dennoch gab er selbst im Revisionsfragebogen vom April 2015 noch an, er arbeite in einem Pensum von lediglich 20 bis 30 % (Urk. 8/126 S. 3).

Auf die veränderten Verhältnisse wurde die Beschwerdegegnerin in der Folge nicht durch eine Meldung seitens des Beschwerdeführers aufmerksam, sondern durch eine Anfrage von dessen Vorsorgestiftung vom 15. September 2015 betreffend rückwirkende Versicherung ab 1. Januar 2013 (Urk. 8/137). Der Beschwerdegegnerin ist zuzustimmen, dass der Beschwerdeführer spätestens am

### **E. 12**

). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung mit derzeit mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F33.1). Er stellte keine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit dem Hinweis, eine Z-Codierung (Persönlichkeitsakzentuierung) sei keine eigentliche Diagnose (S. 9 Ziff. 6.1+2). In Abweichung von der Beurteilung der Funktionseinschränkungen durch Dr. Y.\_\_\_\_ stellte er fest, dass die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie

Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit aus seiner Sicht mittelgradig beeinträchtigt sei. Als Funktionseinschränkung gälten vor allem auch die mangelnde Konzentrationsfähigkeit und die Kurzzeitgedächtnisstörung, die vom Gutachter nicht erwähnt werde (S. 10 Ziff. 7.2). Aus seiner Sicht könne mit einer Erhöhung der Therapiefrequenz nichts Wesentliches erreicht werden und der Verlauf habe ja gezeigt, dass der Patient durchaus Copingstrategien habe, sei es doch zu einer Besserung und zur Wiederaufnahme einer – wenn auch leidensangepassten – Arbeit gekommen. Wie der Verlauf seit 2009 zeige, könne die Arbeitsfähigkeit nur ganz langsam gesteigert werden (S. 11 Ziff. 9). 5. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2016 ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und kritischer Würdigung der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und seine Schlussfolgerungen werden begründet. Auf das Gutachten, welches entsprechend vollen Beweiswert genießt (vgl. vorstehend E. 1.6), ist in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des RAD (vorstehend E. 4.4) abzustellen. Auch der Beschwerdeführer macht grundsätzlich nichts Gegenteiliges geltend (vgl. etwa Urk. 1 S. 14 Ziff. 33). Indem die Beschwerdegegnerin sich auf den Standpunkt stellt, der objektive Schweregrad der Befunde sei zu wenig stark ausgeprägt, als dass sie die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung rechtfertigen würden (vorstehend E. 2. 1), setzt

sie sich zu sämtlichen fachärztlichen Beurteilungen durch den Gutachter, den behandelnden Arzt (vorstehend E. 4.1, 4.2 und 4.5) und den RAD in Widerspruch.

Es ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis).

Aufgabe der rechtsanwendenden Behörde ist nicht die eigenständige Diagnosestellung, sondern die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien, konkret die Vornahme der Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1, E. 1.7). Gutachterlich ausgewiesene Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist eine rezidivierende depressive Störung, im Gutachtenzeitpunkt mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F 33.1), weshalb ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen ist. Da das Gutachten eine schlüssige Beurteilung des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren (E. 1.5) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen.

## 5.2

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass der Beschwerdeführer über einen eingengten formalen Gedankengang verfügt. Er ist vermindert schwingungsfähig, die affektive Modulationsfähigkeit somit reduziert. Mimik und Gestik sind psychomotorisch reduziert, der Sprachfluss leicht verlangsamt. Leichtgradig beeinträchtigt ist sodann die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit (vorstehend E. 4.3).

Demnach bestehen beim Beschwerdeführer mässige psychische Beeinträchtigungen.

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit 20 09 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet und pharmakologisch behandelt wird. Obwohl Therapiesitzungen nur in grossen zeitlichen Abständen von 3 bis 4 Monaten stattfanden, konnte eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden. Andererseits ist eine gewisse Chronifizierung der Depression, welche auch Dr. C. \_\_\_ konstatiert hatte (vorstehend E. 3.2), nicht von der Hand zu weisen, weshalb die von Dr. Y. \_\_\_ gestellte Prognose des Erreichens einer vollen Arbeitsfähigkeit innert 4-6 Monaten bei leitliniengerechter Therapie nicht unbesonnen übernommen werden kann. Dies umso mehr, als Dr. Y. \_\_\_ diese Prognose selber relativiert, indem er ausführt, der Verlauf der Erkrankung sei nicht vorhersehbar und ein exakter Zeitpunkt für einen versicherungsmedizinisch relevanten Wirkungseintritt könne nicht festgelegt werden (E. 4.3). Der Beschwerdeführer ist durchaus motiviert, zu arbeiten (vgl. auch Urk. 8/174 S. 16 unten), und hat sich bereits selbständig soweit eingegliedert und umgeschult, dass er ein 60% Pensum als selbständiger Allgemeinarzt mit einem entsprechenden Patientenstamm aufbauen konnte. Der bisherigen Therapie war also in Kombination mit den beruflichen Eigenanstrengungen des Beschwerdeführers durchaus Erfolg beschieden. Im Fazit sind die Therapiemöglichkeiten bei grundsätzlich positiven langfristigen Besserungsaussichten möglicherweise noch nicht vollständig ausgeschöpft, während die Selbsteingliederungsbemühungen klar genügend ausfallen.

Eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor.

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer, der sich als «Alphatier» bezeichnete, von Dr. Y. \_\_\_ zwar eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert wurde, welche es ihm schwer machte, sich in einem Arbeitsteam unterzuordnen. In der angepassten Tätigkeit als selbständiger Allgemeinarzt hat dies jedoch mangels Unterordnung keine Auswirkungen. Von Dr. A. \_\_\_ wurde er als intellektuell überdurchschnittlich differenzierte Persönlichkeit bezeichnet (Urk. 8/42 S. 6 Mitte), während Dr. Y. \_\_\_ festhielt, er wirke seiner Herkunft und Bildung entsprechend gebildet und aus reichend introspektionsfähig, die Intelligenz werde klinisch als durchschnittlich eingeschätzt (Urk. 8/174 S. 13 Ziff. 4.1). Der Beschwerdeführer verfügt über eine ausgezeichnete einschlägige akademische Ausbildung und 18 Jahre Berufserfahrung als Radiologe (vgl. Urk. 8/174 S. 8 unten), als selbständiger Allgemeinarzt ist diese jedoch noch relativ bescheiden. Der Beschwerdeführer verfügt insgesamt über gute persönliche Ressourcen.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau und den drei gemeinsamen Kindern (Jahrgänge 2002, 2004, 2007) zusammenlebt und Kontakt zu seinen überwiegend türkischen Freunden hält (vgl. Urk. 8/174 S. 7 Mitte und S. 11 Mitte). Er verfügt zudem über einen geregelten Tagesablauf, wobei er teils tagsüber Patienten in der Praxis betreut, am Abend mit der Familie isst, den Kindern bei den Schulaufgaben hilft und gelegentlich auch mit dem Sohn Schach spielt (vgl. vorstehend E. 4.3). In seiner Freizeit widmet er sich der Gartenarbeit (Urk. 8/174 S. 11 unten) und verbrachte im Sommer 2016 in der Türkei 3 bis 4 Wochen Familienferien (Urk. 8/174 S. 12 oben). Damit verfügt der Beschwerdeführer durchaus über soziale Ressourcen und ist fähig, einen doch relativ anspruchsvollen Tagesablauf zu bewältigen. Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass dieser Tagesablauf sowie der wöchentliche Arbeitsrhythmus und die

Pausenzeiten weitgehend auf den aktuellen Gesundheitszustand abgestimmt

sind ( vgl. etwa Urk. 8/176 S. 3 Mitte) , weshalb aus dem sozialen Kontext nicht ohne Weiteres auf brachliegende Ressourcen geschlossen werden darf.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass im sozialen und im beruflichen Kontext soweit ersichtlich keine divergierenden Einschränkungen vorliegen. So schilderte der Beschwerdeführer zwar obigen Tagesablauf, gab aber auch an, dass er manchmal länger in der Praxis bleibe, weil er denke, dass er zuhause mit seinen «leeren Batterien» leicht gereizt werde (vorstehend E. 4.3). Entgegen Dr. Y.\_\_\_\_ kann daher aus dem weitgehend intakten Sozialleben innerhalb der Familie und mit seinen türkischen Kollegen nicht darauf geschlossen werden, die verminderte berufliche Belastbarkeit sei nicht konsistent (vorstehend E. 4.3) , zumal er dabei ausser Acht lässt, dass ein intaktes Sozialleben eine Ressource ist, die möglicherweise die aktuelle Arbeitsfähigkeit gerade erst mitermöglicht. Der Beschwerdeführer fällt denn auch keinesfalls mit überdurchschnittlichem Freizeitaktivismus auf. Aggravationshinweise schliesslich fanden sich gemäss Dr. Y.\_\_\_\_ keine (vorstehend E. 4.3).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vom 22. Oktober bis 18. November 2009 in der Klinik G.\_\_\_\_ (Urk. 8/42 S. 3 Mitte) und vom 16. März bis 21. April 2010 sowie vom 6. Mai bis 25. Juni 2010 in der Klinik H.\_\_\_\_ (Urk. 8/27/13-15+19; Urk. 8/27/16-18 ) stationär behandelt wurde. Seither wird er von Dr. D.\_\_\_\_

ambulant betreut, wobei Sitzungen zuletzt alle drei bis vier Monate stattfanden (vorstehend E. 4.1). Diese relativ weitmaschige therapeutische Betreuung ist gemäss Dr. Y.\_\_\_\_ nicht leitliniengerecht und lässt im Verbund mit der Tatsache, dass seit Juni 2010 keine stationären Aufenthalte mehr stattfanden, auf den ersten Blick auf einen geringen Leidensdruck schliessen. Indes ist nicht zu übersehen, dass die drei stationären Aufenthalte zu keiner wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hatten und gemäss Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ im Januar 2013 der Schweregrad und der deutlich prolongierte Behandlungs- und Heilverlauf zwar für eine stationäre Aufnahme sprachen, andererseits aber durch eine solche Massnahme auch regressive Tendenzen zu befürchten waren (Urk. 8/118 S. 17 f.). Immerhin fand der Beschwerdeführer ungeachtet des weitmaschigen ambulanten Sitzungsrythmus' den Weg zurück ins Arbeitsleben, womit der Anlass zu einer Anpassung der insoweit erfolgreichen Therapie aus Sicht des Beschwerdeführers gefehlt haben dürfte. Die Eingliederungsbemühungen des Beschwerdeführers sind vorbildlich , nahm er doch die Gelegenheit wahr, in geschütztem Rahmen zu arbeiten, schulte sich zum Allgemeinarzt um und konnte einen Patientenstamm aufbauen. Insgesamt ist behandlungs- und eingliederungsanamnestisch auf einen mittleren Leidensdruck zu schliessen. 5.3

Zusammengefasst führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_

gefolgt werden kann . Es trifft zwar mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2 oben) zu, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, einen geregelten Tagesablauf einzuhalten, regelmässig zur Arbeit zu gehen, sich um den Haushalt und die Kinder zu kümmern, Ferien im Ausland zu verbringen und Kontakte im Familien- und Freundeskreis zu pflegen. Diese Tätigkeiten erfordern jedoch bei Weitem nicht dieselbe kognitive Leistungsfähigkeit wie

die äusserst anspruchsvolle Tätigkeit als Radiologe oder Allgemeinpraktiker. Wie der Beschwerdeführer richtig festhält (vgl. Urk. 1 S. 16 Ziff. 38), ist das Risiko von Kunstfehlern und Fehleinschätzungen als Radiologe hoch und handelt es sich insbesondere beim Allgemeinarzt um eine mehrdimensionale Arbeit, welche nicht nur somatische, sondern auch psychosoziale und soziokulturelle Aspekte beinhaltet. In einer derart anspruchsvollen Tätigkeit wirken sich auch die verhältnismässig diskreten psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und in der Durchhaltefähigkeit nachhaltig aus. Dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit weiter verbessert werden können, erscheint angesichts der zuletzt positiven Entwicklung als realistisch. Der Beschwerdeführer wird im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin zu einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung anzuhalten sein und es wird nach Durchführung der Behandlung eine Nachbegutachtung vorzunehmen sein, worauf Dr. Y. \_\_\_ zu Recht hinweist (vgl. vorstehend E. 4.3). 5.4

Es ist somit erstellt, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von August 2009 bis April 2015 in der angestammten Tätigkeit als Radiologe ab 1. Mai 2015 wieder bei 30 % lag und seit 1. September 2016 bei 50 % liegt. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der leidensangepassten Tätigkeit als Allgemeinarzt lag ab 1. Mai 2015 wieder bei 50 % und liegt seit 1. September 2016 bei 60 %. Wie die Zahlen aus dem individuellen Konto (Urk. 8/176 S. 6) zeigen, war der Beschwerdeführer jedoch bereits ab dem Jahr 2013 wieder in der Lage, ein namhaftes Einkommen als Allgemeinpraktiker zu erwirtschaften. Die erwerblichen Auswirkungen seines Gesundheitsschadens haben sich entsprechend bereits ab 1. Januar 2013 gebessert. 6. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 ausgleichender 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). 6.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so

dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. 6. 3

Entgegen der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, welche auch in angepasster Tätigkeit als Allgemeinarzt von August 2009 bis April 2015 bei 0 % lag und erst ab 1. Mai 2015 wieder zu 50 % gegeben war, war es dem Beschwerdeführer möglich, ab dem Jahr 2013 ein beträchtliches Einkommen zu generieren. Entsprechend hatten sich die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheits schadens des Beschwerdeführers ab dem Jahr 2013 gebessert.

Die Beschwerdegegnerin errechnete im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 8. Mai 2017 (Urk. 8/176) gestützt auf die Buchungen im individuellen Konto und die Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2014 bei einem Validen Einkommen von Fr. 310'856.40

und einem Invalideneinkommen von

Fr. 99'414.50 einen Invaliditätsgrad von rund 68 % . Für das Jahr 2015 ging sie von einem Valideneinkommen von Fr. 311'789.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 99'712.75 aus, was wiederum einem Invaliditätsgrad von 68 % entsprach. Für das Jahr 2016 gelangte sie bei einem Valideneinkommen von Fr. 312'724.35 und einem Invalideneinkommen von Fr. 104'839.55 zu einem Invaliditätsgrad von rund 66 % (S. 8). Dies geschah unter der Annahme einer angepassten Tätigkeit als Allgemeinarzt ,

was bis 1. September 2016 sachgerecht ist, da die Arbeitsfähigkeit als leitender Arzt Radiologie von August 2009 bis April 2015 0 % und ab 1. Mai 2015 bis 31. August 2016 30 % betrug. Damit schöpfte der Beschwerdeführer die ihm verbliebene Erwerbsfähigkeit voll aus, hätte doch in der angestammten Tätigkeit bis April 2015 eine Erwerbseinbusse von 100 % und ab 1. Mai 2015 bis 31. August 2016 – bei einem mangels zuverlässiger statistischer Grundlage zur Bestimmung des Invalideneinkommens vorzunehmenden Prozentvergleich

(vgl. nachfolgend) –

eine Erwerbseinbusse von 70 % resultiert. Die Berechnung der in den Jahren 2014 bis 2016 tatsächlich erzielten Einkommen ist korrekt und wurde auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Soweit er sich auf den Standpunkt stellt, das Valideneinkommen habe sich am Verdienst eines Chefarztes zu orientieren (vgl. vorstehend E.

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