

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00470 vom 4. Dezember 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00470](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00470)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00470 du 4 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00470 del 4 dicembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die an gefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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. 1.4**

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 Zu sprechung 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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle des wegen des Revisiionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

### **E. 1.5**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.6**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieerfolglosigkeit auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). 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 beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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. 1.7**

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). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 4. August 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Juni 2021 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung, die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer allenfalls höheren Invalidenrente, sowie eventuell die Einholung eines psychiatrisch-orthopädischen Obergutachtens (Urk. 1 S. 2). Am 2. September 2021 reichte er unter Festhalten an den gestellten Anträgen einen weiteren Arztbericht (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die im psychiatrischen Teilgutachten gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Es sei deshalb von voller Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Aufgrund der körperlichen Leiden sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ebenfalls zumutbar. Gestützt auf die vor Beginn der Krankheit erzielten Einkommen würde er ein Valideneinkommen von Fr. 16'854.75 erzielen. Die Tätigkeit in der eigenen Garage sei aufgrund der körperlichen Beeinträchtigung nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit (leicht, meist sitzend, ohne Lasten von über 10 kg) hätte er 2019 gestützt auf die statistischen Daten ein Invalideneinkommen von Fr. 68'106.-- erzielen können, womit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr bestehe (S. 1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht lägen seit dem Unfall vom 15. Januar 2018 veränderte Beschwerden vor. Er könne aus psychiatrischer Sicht immer noch seine angestammte Tätigkeit als Garagist im Teilzeitpensum ausüben. Er könne regelmässig seine sozialen Kontakte pflegen und weise ein hohes Aktivitätsniveau auf. Die schwierige berufliche Situation habe zwar einen Einfluss auf die Beschwerden, könne jedoch nicht berücksichtigt werden. Zudem liessen sich die Beschwerden durch eine adäquate Therapie verbessern, weshalb aus psychiatrischer Sicht von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Es sei ihm zumutbar, seine selbständige Tätigkeit aufzugeben und sich eine andere Arbeit zu suchen (S. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 10) führte die Beschwerdegegnerin aus, selbst wenn vollumfänglich auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten und die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 75 % abgestellt würde, würde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultieren. Denn aufgrund der Schadenminderungspflicht und mangels entgegenstehender medizinischer Gründe sei ein Wechsel auf eine Anstellung zumutbar, wodurch ein höheres Einkommen generiert würde (S. 1). Bei einem Pensum von 25 % resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 17'084.-- und damit verglichen mit dem Valideneinkommen keine Einkommenseinbusse (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen geltend (Urk. 1), gemäss Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) sei die psychiatrische Beeinträchtigung noch nicht restlos abgeklärt, weshalb auch keine überzeugende Ressourcenprüfung vorgenommen werden könne (S. 12 Ziff. 3.1). Die RAD-Psychiaterin habe keine eigene Untersuchung vorgenommen (S. 13). Ihre Beurteilung stehe in eklatantem Widerspruch zu derjenigen des psychiatrischen Z.\_\_\_\_-Gutachters, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (S. 14). Viel mehr sei dem Z.\_\_\_\_-Gutachten zu folgen, welches alle Beweisanforderungen erfülle. Nach einem Prozentvergleich bestehe ein Invaliditätsgrad von 75 % und damit Anspruch

auf eine ganze Rente (S. 14 Ziff. 3.2). Eventualiter sei auf die Beurteilung durch seinen behandelnden Psychiater, Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 36 % auszugehen, was einen Invaliditätsgrad von 64 % und damit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ergebe. Die Beschwerdegegnerin habe eine unzulässige Parallelüberprüfung vorgenommen (S. 15 Ziff. 3.3).

In seiner Duplik (Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen fest, gemäss Gutachten handle es sich um eine globale Einschränkung, weshalb auch bei einer unselbständigen Tätigkeit eine höhere Arbeitsleistung nicht zu erwarten sei (S. 6 f. Ziff. 1.4). Auch gemäss Dr. A.\_\_\_\_ sei die Selbständigkeit die optimal angepasste Tätigkeit, sowohl für die depressive Symptomatik als auch für das ADHS und die Wechselwirkung beider Störungen. Aus psychiatrischer Sicht habe sich an der Arbeitsfähigkeit nichts verändert (S. 7 Ziff. 1.6). Ein Wechsel in eine angepasste Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis sei - wie bereits 2014 festgestellt - nicht zumutbar (S. 14 f. Ziff. 3.3). Weiter sei das errechnete Valideneinkommen aus näher dargelegten Gründen zu tief, weshalb ein Prozentvergleich vorzunehmen sei (S. 10 ff. Ziff. 3.1, S. 13). Ein solcher sei bereits anlässlich der Rentenzusprechung erfolgt (S. 13 Ziff. 3.2).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 7. Juli 2014 (Urk. 11/43)

eine anspruchsrelevante Veränderung ergeben hat. Die Mitteilung vom 1. Dezember 2015 (Urk. 11/126) erging gestützt auf eine rudimentäre erwerbliche Abklärung (vgl. Urk. 11/119/2-3; Urk. 11/120) und einen Bericht des behandelnden Psychiaters (Urk. 11/123). Es handelte sich somit nicht um eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. Urk. 11/124/2-3), weshalb diese Mitteilung nicht den massgeblichen Vergleichszeitpunkt bildet (vgl. vorstehend E. 1.4). 3. 3.1

Nach Ablauf des Wartejahrs per Januar 2013 (vgl. Urk. 11/7/18) lagen folgende Berichte vor.

Der behandelnde Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 28. Mai 2013 (Urk. 11/18) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - mittelgradige depressive Episode - Hepatitis C nach Bluttransfusion als Säugling, Status nach erfolgreicher Interferontherapie

Im Rahmen der Interferontherapie habe sich ein depressives Zustandsbild ergeben, das schliesslich zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Da der Patient aufgrund seiner ADHS-Erkrankung sowie seiner Persönlichkeitsstruktur von einer stationären psychiatrischen Hospitalisation wahrscheinlich nicht profitieren würde, sei ein Kuraufenthalt im Heimatland als sinnvolle Ergänzung besprochen worden. Dieser Aufenthalt sowie das Einsetzen der Wirkung der Antidepressiva hätten eine deutliche Besserung bewirkt, so dass per Mai 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % erreicht worden sei. Es sei eine Steigerung alle drei bis vier Wochen um 20 % geplant (S. 2). Soweit sich keine weiteren Komplikationen ergäben, sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit im Herbst 2013 auszugehen (S. 3 oben). Betreffend die angestammte Tätigkeit hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, das dysphorisch depressive Zustandsbild verschlechtere die schon vorbestehende Situation mit dem ADHS, so dass es zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit und einem erhöhten

Unfallrisiko komme, was angesichts der Tätigkeit als Garagist eine ernsthafte Gefährdung der Gesundheit darstelle. Leichte Büroarbeiten müssten jedoch mit der entsprechenden Kontrolle möglich sein (S. 3 Ziff. 1.6). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ nicht (vgl. S. 4 Ziff. 1.6.4). 3.2

Mit Bericht vom 23. September 2013 (Urk. 11/24/2) führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, psychiatrisch bestehe eine unveränderte Diagnose. Die Medikation sei aufdosiert worden. Aktuell bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % , welche wider Erwarten seit Anfang August stagniere. Hierfür sei die erhöhte Fehlerrate wesentlich. In einer angepassten Tätigkeit, beispielsweise als Angestellter, welcher nachkontrolliert werde, oder in einer weniger verantwortungsvollen Tätigkeit wäre eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 80 % möglich. 3.3

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 15. Januar 2014 (Urk. 11/28) folgende Diagnosen (S. 12): - protrahierte depressive Phase (ICD-10 F32.11) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10 F60.30) - Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90.1) - Polytoxikomanie (Heroin- und Kokainabhängigkeit), gegenwärtig abstinent (ICD-10 F19.20) Zum Psychostatus hielt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei alert, habe eine gute Auffassungsgabe und wirke normal intelligent. Die Konzentration sei un auffällig. Während des dreistündigen Gesprächs habe sich keine Ermüdung gezeigt, der Patient sage aber, es sei ihm zu viel geworden. Er habe ein lebhaftes Verhalten, es zeige sich aber keine Aggressivität, er sei kooperativ und freundlich. Er wirke äusserlich unruhig, innerlich aber nicht nervös. Er habe einen Rede drang, rede pausenlos, der Gedankengang bleibe aber kohärent. Die Affektivität wirke labil, aber nicht im Grade einer unkontrollierten Impulsivität. Die Stimmung bewege sich in einer Mittellage, manchmal wirke der Patient etwas ratlos und staunig , wie hilflos seinen Emotionen ausgeliefert (S. 11 unten f.). Die grundlegende psychopathologische Symptomatik bestehe in einer emotionalen Labilität und mangelnden Selbstkontrolle. Dies sei wahrscheinlich sowohl auf ein ADHS als auch auf eine emotional instabile Persönlichkeits störung zurückzuführen, mit Schwergewicht auf letzterer. Allerdings könne die Pathogenese derselben nicht vollständig beschrieben werden, da der Patient eine grosse Abwehr bezüglich der psychischen Anamneseerhebung zeige und fremd anamnestische Angaben fehlten. In der Schulzeit seien Verhaltensstörungen im Sinne von Hyperaktivität, Nervosität und Disziplinlosigkeit aufgetreten. Aggressive Verhaltensstörungen seien nur selten, dissoziale Störungen nur im Gefolge der Drogensucht aufgetreten. Ein Schulschwänzen sei im Rahmen geblieben, eine Kleinkriminalität nicht vorgekommen. Nach diesen Gesichtspunkten habe die Persönlichkeitsstörung primär nicht zwingend eine schlechte Prognose gehabt (S. 12 f.). Die berufliche Entwicklung mit guten Schulleistungen, erfolgreicher Lehre und verschiedenen Weiterbildungen sei gelungen, dennoch sei der Beschwerdeführer in eine Drogensucht geraten, was als Folge der Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Labilität und mangelnder Selbstkontrolle angesehen werden müsse. Er habe Kokain und nach einem Jahr zusätzlich intra venös und bald in einer sehr hohen Dosis Heroin konsumiert. Er sei vier Jahre lang nicht mehr arbeitstätig gewesen und habe den sozialen Halt verloren, habe keinen festen Wohnsitz gehabt und sei in Schulden geraten. Mit 25 Jahren habe er dem aber ein Ende setzen können, habe einen «kalten Entzug» geschafft. Die Suchtstörung habe heute keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Er habe wieder begonnen, temporär zu arbeiten , und sei zwei Jahre bei B.\_\_\_\_

angestellt gewesen. Er habe einen hohen Arbeitseinsatz gezeigt und rasch Karriere gemacht. Die Firma sei jedoch aufgelöst worden und er wieder arbeitslos geworden. Auch nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit im Jahr 2005 habe er eine sehr hohe Arbeitsleistung erbracht und sei dabei in einem gesundheitlichen Gleichgewicht geblieben. Psychische Störungen seien bis vor zwei Jahren nicht aufgetreten (S. 13). Im Januar 2012 sei eine Interferontherapie erforderlich geworden. Als übliche Nebenwirkung sei der Beschwerdeführer in einen Schwäche- und Erschöpfungszustand geraten und sei von gastroenterologischer Seite arbeitsunfähig geworden. Darüber hinaus sei er aber auch immer mehr in einen depressiven Zustand geraten (S. 14 oben). Dr. A. \_\_\_ gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit 60 bis 80 % arbeitsfähig sei. Dem könne nicht gefolgt werden. Der psychische Stress des Patienten mit den konsekutiven Konzentrationsstörungen und der Impulsivität rühre allein von der depressiven Grundkrankheit her, welche nichts mit der selbständigen Tätigkeit in der Garage zu tun habe. Die Arbeit dort habe er immer gut bewältigt und es sei nie zu einer Überforderung gekommen. In irgendeiner anderen Erwerbstätigkeit würden sich die depressiven Konzentrationsstörungen deshalb in gleichem Masse geltend machen und die pathologische Impulsivität in einem Angestellten verhältnis ohnehin. Die jetzige Erwerbstätigkeit sei am besten angepasst, er selbst wolle auch nichts daran ändern (S. 14 unten). Heute träten weiterhin starke Schwankungen im depressiven Zustand auf und damit auch tägliche Unterschiede in der Arbeitsfähigkeit. Im Ganzen gesehen be trage diese aber mindestens 50 % . Das Hauptmerkmal bezüglich der Einschränkungen sei in der noch deutlichen und für den Patienten ungewohnten Stressintoleranz zu sehen. Er halte zeitweise Anfragen, Kontakte mit Leuten, Unruhe und anspruchsvolle Arbeiten schlecht aus und gerate aufgrund der Depressivität und der Impulsivität in einen überreizten Stresszustand, auch mit Schlafstörungen (S. 15 oben). Nach dem klinischen Eindruck sei der Patient agitiert, leicht hyperaktiv, affektiv labil, zeitweise leicht impulsiv und in einer ratlosen, hilflosen Stimmung. Im Moment der psychiatrischen Untersuchung dominiere somit vor allem eine Stresssymptomatik im Sinne des depressiven somatischen Syndroms, während emotionale Störungen weniger präsent seien. Die Stimmungsschwankungen seien aber nach Angaben des Patienten und den Akten glaubhaft (S. 15 Mitte). Eine besser angepasste Tätigkeit existiere nicht. Das Belastungsprofil sei durch den depressiven Zustand herabgesetzt, der sich auf alle Erwerbstätigkeiten in gleicher Weise auswirken würde. Die selbständige Tätigkeit bedeute keinen übermäßigen psychischen Stress. Deren Aufgabe würde den Patienten nur demotivieren und wäre kontraproduktiv (S. 16). 3.4

Dr. med. C. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeinmedizin, RAD, empfahl am 17. Januar 2014, auf das Gutachten abzustellen ( Urk. 11/29/4).

Nach Prüfung der damals geltenden rechtlichen Kriterien wurde die Störung seitens der Sachbearbeitenden als nicht überwindbar eingeschätzt. Sie erachteten eine berufliche Umstellung als nicht zumutbar und die Restarbeitsfähigkeit als Angestellter angesichts der Verhaltensauffälligkeiten als nicht verwertbar. Auf grund der medizinischen Beurteilung und der Schwierigkeit der gesundheitlichen Situation sei der Invaliditätsgrad medizinisch-theoretisch festzulegen, somit entspreche die Arbeitsunfähigkeit der Erwerbsunfähigkeit ( Urk. 11/29/ 4 f. ).

Gestützt auf diese Feststellungen wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. Juli 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine von Februar bis Juni 2013 befristete ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von 60 % eine von Juli 2013 bis Januar 2014 befristete

Dreiviertelsrente und ab Februar 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente zu gesprochen ( Urk. 11/34 in Verbindung mit Urk. 11/43 ). 4. 4.1

Im Revisionsverfahren ergingen die folgenden Berichte: Dr. A.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht vom 4. September 2015 ( Urk. 11/123) bei unveränderter Diagnose ( Ziff. 1.2) davon aus, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit etwa sechs Stunden täglich arbeitsfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % ( Ziff. 1.3). Diese Angaben wiederholte er in seinem Bericht vom 24. Juni 2016 ( Urk. 11/133) und hielt fest, die Umstellung auf eine unselbständige Tätigkeit würde den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtern. Die aktuelle Arbeitssituation sei für ihn insofern optimal, als das durch das ADHS bedingt stark schwankende Zustandsbild keine gleichbleibende Arbeitsbelastung ermögliche, was in einer unselbständigen Tätigkeit zu vermehrten Konflikten am Arbeitsplatz und damit zu einem erhöhten Rückfallrisiko beitragen würde ( Ziff. 4.4). 4.2

Am 15. Januar 2018 erlitt der Beschwerdeführer einen Skiunfall und dabei eine mehrfragmentäre proximale Humerusluxationsfraktur rechts, eine laterale Tibia plateau-fraktur rechts und multiple oberflächliche Excoriationen an der Stirn und dem Nasenbein. Die Verletzungen an den Extremitäten wurden am 16. Januar 2018 operiert ( Urk. 11/153/14). 4.3

#### 4.3.1

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Z.\_\_\_\_

stellten in ihrem am 20. Dezember 2019 unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen erstatteten Gutachten ( Urk. 11/170) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die angestammte Arbeitsfähigkeit («letzte Tätigkeit», vgl. S. 8): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ICD-10 F90.0) - polyvalente Substanzabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F19.20) - erhebliche multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes nach Humeruskopf- Mehrfragmentur, osteosynthetischer Behandlung und ausbleibender knöcherner Konsolidation nach Skiunfall Januar 2018 - multidirektionale Instabilität des rechten Kniegelenks nach Tibiaplateau -Fraktur und osteosynthetischer Behandlung nach Skiunfall Januar 2018 Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit wurden genannt (S. 8): - multidirektionale Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks nach in der Vergangenheit gesicherter vorderer Kreuzbandruptur, konservativer Behandlung ohne operative Ersatzplastik nach Unfall im Januar 2017 4.3.2

Im psychiatrischen Teilgutachten (S. 24 ff.) wurde festgehalten, die Interaktion mit dem Beschwerdeführer sei problemlos gelungen. Er habe kooperativ und motiviert an der Untersuchung mitgewirkt. Das Stressniveau sei bei der Anreise und bei Gesprächsbeginn erhöht gewesen. Der Beschwerdeführer habe das typische Bild eines Menschen mit einem unbehandelten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom gezeigt, sowohl hinsichtlich Mimik und Gestik als auch hinsichtlich des Sprachverhaltens (S. 29 Ziff. 4.1). Er sei in gutem Allgemeinzustand, einem guten Ernährungszustand und einem guten Pflegezustand gewesen, witterungs- und altersbedingt entsprechend gekleidet, die Kleidung sei geordnet und sauber gewesen. Die Haare seien kurz, die Fingernägel kurz und sauber gewesen. Es sei

leicht gelungen, einen tragfähigen Kontakt herzustellen und durchgehend aufrecht zu erhalten (S. 29 Ziff. 4.3). Die Auffassung sei nicht erswert, die Konzentration durchgehend beeinträchtigt gewesen. Die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht, die Antriebslage sei ausreichend gewesen. Zunächst sei die Grundstimmung durch die Symptomatik des Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms maskiert worden. Im weiteren Verlauf habe sich dann aber hintergründig eine deutliche depressive Symptomatik dargestellt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt gewesen. Es habe keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden. Es habe eine partielle Interesselosigkeit, ein partieller Rückzug und eine partielle Anhedonie erfragt werden können. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. Y.\_\_\_\_ sei von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung die Rede gewesen. Anlässlich der aktuellen Begutachtung entstehe der Eindruck, als seien die Beschwerden vollumfänglich auf das ADHS und die depressive Störung zurückzuführen. Dies habe insoweit eine Bedeutung, als der Versicherte gegenwärtig unbehandelt sei und die Symptomatik damit mehr oder weniger floride vorliege (S. 30). Das Beck'sche Depressionsinventar habe einen Wert ergeben, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche (S. 31).

Eine primäre Persönlichkeitsstörung habe nicht identifiziert werden können. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Einschränkungen, an denen der Beschwerdeführer leide, vollumfänglich in der bei ihm vorhandenen psychiatrischen Symptomatik aufgingen (S. 34). Die Einschränkungen des Aktivitätenniveaus seien nachvollziehbar. Gegenwärtig finde keine Psychotherapie statt, da der Beschwerdeführer auf eine Kostengutsprache warte. Er habe sich gegen die medikamentöse Therapie entschieden, weil er weitere Leberschäden befürchte, was aufgrund seiner Lebererkrankung subjektiv nachvollziehbar sei. Die geklagten Symptome und Funktionseinbußen seien konsistent und plausibel. Die Untersuchungsergebnisse seien valide und nachvollziehbar (S. 34). Es sei da von auszugehen, dass der Unfall vom 15. Januar 2018 zu einer richtungsweisenden Verschlechterung beigetragen habe (S. 35 oben).

Als Fähigkeit sei zu nennen, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren beruflich tätig sei und insoweit auch mehrfach eine Anpassungsleistung erbracht habe. Auch sei ihm trotz Suchterkrankung gelungen, abstinent zu leben. Schliesslich halte er trotz einer erheblichen psychiatrischen Symptomatik jedenfalls eine teilweise Arbeitsfähigkeit aufrecht. Eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Fähigkeit zur Selbstpflege liege nicht vor. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen und die Verkehrsfähigkeit seien mittelgradig beeinträchtigt. Die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten seien schwer beeinträchtigt (S. 35 Ziff. 7.4).

In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem Skiunfall im Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 25 % (S. 36). Da es sich um globale Einschränkungen handle, könne kein Arbeitsplatz formuliert werden, auf dem die Einschränkungen nicht auftreten würden, womit ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 25 % bestehe (S. 37) und auch bei einer unselbständigen Tätigkeit keine höhere Arbeitsleistung zu erwarten sei (S. 39). 4.3.3

Im orthopädisch/traumatologischen Teilgutachten (S. 41 ff.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe berichtet, auf jeden Fall weiter arbeiten zu wollen. Die Situation, wie sie sich im Moment darstelle, halte er für eine gute Option. Das heisse, er habe eine Teilrente und eine Teilerwerbstätigkeit. Er müsse sich mit etwas beschäftigen, ansonsten sei er zu unruhig. Er wolle unbedingt weiter berufstätig sein (S. 44 unten). Die Interaktion, Kooperation und Motivation des Beschwerdeführers sei anlässlich der Untersuchung ungestört gewesen. Es habe bei Anreise und Gesprächsbeginn kein erhöhtes Stressniveau bestanden. Die Stimmungslage habe normal gewirkt (S. 45 Ziff. 4.1).

Zu objektivieren sei eine deutliche multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks nach Mehrfragment-Fraktur des Humeruskopfes und operativer Behandlung. Weiter sei eine multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten und linken Kniegelenks vorhanden, rechts nach einer Tibiaplateau-Fraktur und einer osteosynthetischen Behandlung, links nach einer gesicherten Ruptur des vorderen Kreuzbandes 2017. Die Beschwerden seien nachvollziehbar und klinisch zu objektivieren (S. 50 oben).

Der Beschwerdeführer sei in der Lage, seine bisherige Tätigkeit als Garagist partiell weiterzuführen. Hier bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Diese sei bedingt durch eine erhebliche multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, die entsprechende beidhändige Arbeiten verunmögliche, durch die multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten und des linken Kniegelenks, die entsprechende Zwangshaltungen wie Hocken, Bücken, Kauern oder Knien nicht mehr möglich mache. Insofern sei die Tätigkeit als selbständiger Garagist weiterhin in einem Pensum von 30% möglich. In einer adaptierten Tätigkeit sei bei Beachtung des Belastungsprofils keine Einschränkung gegeben, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 52). Dieses sei wie folgt: Der Beschwerdeführer sei in der Lage, nur noch leichte Tätigkeiten bis 10 kg Hebe- und Tragelast auszuüben. Überkopf-, Gerüst- und Leitertätigkeiten seien nicht zumutbar. Tätigkeiten müssten überwiegend im Sitzen stattfinden mit der Möglichkeit eigens gewählter Positionswechsel. Zwangshaltungen für die oberen und unteren Extremitäten seien nicht zumutbar, ebenso wenig Tätigkeiten, die eine Sicherungsfunktion mit beiden Armen voraussetzten (S. 53). 4.3.4

Die Konsensbeurteilung ergab eine Arbeitsfähigkeit von 25% in jeder Tätigkeit seit 15. Januar 2018 (S. 10 Ziff. 4.7-4.8) beziehungsweise nach der dreimonatigen Rekonvaleszenz (S. 11 Ziff. 1.3). 4.4

Auf entsprechende Anfrage durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 11/171) nahm der psychiatrische Gutachter am 28. Februar 2020 (Urk. 11/172) wie folgt Stellung: Bei einer schweren depressiven Episode müssten mindestens acht der typischen Symptome vorhanden sein. Es verstehe sich von selbst, dass sich die genannten diagnostischen Kriterien nicht vollständig im pathologischen Befund abbildeten. Auch aus diesem Grund sei das Beck'sche Depressionsinventar angewendet worden, aus dem sich die schwere depressive Symptomatik ableiten lassen. Dies habe auch dem Eindruck entsprochen, den der Beschwerdeführer bei der Begutachtung hinterlassen habe. Weiter sei mit dem Begriff «hintergründig» gemeint gewesen, dass sich die depressive Symptomatik bei einem Menschen, der begleitend an einer Hyperaktivitätsstörung leide, zunächst der Diagnostik entziehen könne und diese erst bei einer dezierten Auseinandersetzung mit der Gesamtproblematik zu Tage trete. So habe es sich auch beim Beschwerdeführer verhalten. Weiter sei es vollkommen korrekt, dass bei einer schweren depressiven Symptomatik die

Voraussetzung für eine stationäre Behandlung vorliege. Beim Beschwerdeführer verhalte es sich allerdings so, dass nicht «nur» eine Depression, sondern ein insgesamt komplexes psychiatrisches Krankheitsbild vorliege. Um eine hinreichend tragfähige Verbesserung des psychischen Zustandsbildes des Beschwerdeführers herbeiführen zu können, sei es sinnvoller, diesen regelmässig ambulant psychotherapeutisch zu behandeln (S. 2 f.). Sicherlich könnte durch eine stationäre Behandlung eine punktuelle Verbesserung herbeigeführt werden. Es sei jedoch zu befürchten, dass diese Besserung nicht lange anhalten werde, jedenfalls dann, wenn es an einer weiter führenden Behandlung fehle. 4.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt mit Stellungnahme vom 12. März 2020 (Urk. 11/177/11) fest, eine Depression müsse aufgrund von Beschwerdeangaben und dem psychopathologischen Befund diagnostizierbar sein. Das Beck'sche Depressionsinventar werde für die Verlaufsdiagnostik empfohlen und nicht als Diagnostikum für affektive Krankheiten. Da aber die Beschwerdeangaben und der psychopathologische Befund keine Hinweise auf eine schwere depressive Symptomatik ergeben hätten, könne die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht nachvollzogen werden. Nicht beantwortet worden sei, warum plötzlich von einem Rezidiv ausgegangen werde, da bisher keine Remission beschrieben worden sei. Insgesamt bleibe unklar, ob überhaupt noch eine depressive Symptomatik bestehe. Da die Einschränkungen nicht klar nachvollziehbar seien, könne auch die Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden (S. 11). 4.6

Dr. A.\_\_\_\_ äusserte sich am 29. März 2021 (Urk. 11/187) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers und führte aus, die Zweifel des RAD seien nachvollziehbar. Nicht nur aufgrund der Daten, sondern auch im Rahmen der therapeutischen Verlaufsbeobachtung seit 2013 sei die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht gerechtfertigt. Nicht nachvollziehbar sei jedoch die Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig sei. Mit den verbleibenden Befunden lasse sich eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostizieren, was sich mit den Befunden und Berichten der vergangenen Jahre decke. Gestützt auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten sei jedoch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung sehr wohl möglich. Das Gutachten sei daher konsistent mit den vorangegangenen Berichten und dem früheren Gutachten (S. 2). Das Zustandsbild des Beschwerdeführers sei wechselhaft, es habe zwischen zeitlich im April/Mai 2020 durchaus eine schwere Symptomatik bestanden. Der Beschwerdeführer habe von sich aus alles Nötige unternommen, um seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Aus psychiatrischer Sicht habe sich keine wesentliche Änderung ergeben. Es bestünden die mittelgradige depressive Episode und die ADHS. Letztere rechtfertige in der Tat nicht die Arbeitsunfähigkeit, sei jedoch als Risikofaktor der Depression zu werten. Weiterhin stelle die Selbständigkeit eine optimal angepasste Tätigkeit dar, sowohl für die depressive Symptomatik als auch für die ADHS und die Wechselwirkung der beiden Störungen. Aus psychiatrischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit nicht verändert. Weiterhin sei eine durchschnittliche Präsenzzeit bis zu 6 Stunden täglich zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei durch erhöhte Pausen und eine erhöhte Fehlerrate mit entsprechender Kompensation durch Kontrollverhalten eingeschränkt, was eine maximale Leistungsfähigkeit von 50 % ergebe. So liege die zumutbare Arbeitsfähigkeit bei maximal 36 % (S. 3).

Am 18. Mai 2021 (Urk. 11/190/6-8) nahm Dr. A.\_\_\_\_ ergänzend zu den Standardindikatoren Stellung. 4.7

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ am 31. August 2021 ( Urk. 7) erneut und führte aus, die Behandlung sei zunächst im wöchentlichen Setting durchgeführt und im Verlauf wie üblich der Entwicklung des Patienten angepasst, also ausgedehnt worden . Neben dem üblichen psychiatrischen Management und einer Psychopharmakotherapie seien je nach therapeutischem Ziel auch verschiedene psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz gekommen: Verhaltenstherapie, systemische Therapie, medizinische Hypnose und Elemente einer speziellen Therapie für chronische Depressionen. Dieses multimodale Therapieprogramm habe zu einer Besserung geführt, wenn auch nicht zur vollständigen Heilung. Nach dem Erreichen des Möglichen gehe es nun um die Aufrechterhaltung des Zustandsbildes . Es fänden aktuell 3-6 monatliche Sitzungen statt, in Krisenphasen vorübergehend auch 1-2 wöchentliche Sitzungen. Der Beschwerdeführer sei vollumfänglich behandelt, eine intensivere Therapie würde keine Besserung bringen (S. 2).

Was das gemäss Beschwerdegegnerin hohe Aktivitätsniveau angehe, sei einzig zu erwähnen , dass der Beschwerdeführer Kollegen treffe und öfters die Freundin in Kroatien besuche. Es bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit und damit selbst verständlich auch die Fähigkeit, teilweise am normalen Leben teilzunehmen. Ausserdem seien der Aufbau angenehmer Aktivitäten und der Aufbau sozialer Aktivitäten elementare und wichtige Bausteine einer Therapie. Damit werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer die Verhaltensstrategien zur Bewältigung seiner Depression anwende. Der RAD berücksichtige die funktionellen Einschränkungen nicht und es fehle eine Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer von verschiedenen Gutachtern und Ärzten seit Jahren konsistent als mittelgradig depressiv und teilarbeitsfähig eingeschätzt werde und nun plötzlich vollständig arbeitsfähig sein solle (S. 3). 5. 5.1

Die ursprüngliche Rentenzusprechung erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2014 (vorstehend E. 3.3), worin eine protrahierte depressive Phase (gemäss Codierung ICD-10 F32.11, somit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom), eine emotional instabile Persönlichkeit, impulsiver Typ, eine Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitäts störung und eine gegenwärtig abstinente Polytoxikomanie diagnostiziert wurden. Dr. Y.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Suchtstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr habe. Die grundlegende psychopathologische Symptomatik sei wahrscheinlich sowohl auf die ADHS als auch auf die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen. Der psychische Stress des Beschwerdeführers mit den konsekutiven Konzentrationsstörungen und der Impulsivität rühre jedoch von der depressiven Grundkrankheit her, welche nichts mit der selbständigen Tätigkeit als Garagist zu tun habe. Diese habe er immer gut bewältigt und es sei nie zu einer Überforderung gekommen. Dr. Y.\_\_\_\_ ging davon aus, dass sich die depressiven Konzentrationsstörungen auch in anderen Erwerbstätigkeiten zeigen würden und die pathologische Impulsivität in einem Angestelltenverhältnis ohnehin. Die jetzige Erwerbstätigkeit sei am besten angepasst. Die Arbeitsfähigkeit betrage da bei 50 % ; die Aufgabe der selbständigen Tätigkeit würde den Beschwerdeführer nur demotivieren und wäre kontraproduktiv. Dazu wurde seitens der IV-Stelle festgehalten, eine berufliche Umstellung sei nicht zumutbar und die Restarbeits fähigkeit sei als Angestellter angesichts der Verhaltensauffälligkeiten nicht verwertbar (vorstehend E. 3.4). 5.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar (vgl. vorstehend E. 1.4). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren. Dabei geht die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht davon aus, dass nur eine direkt anspruchserhebliche tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zur Revision führen kann. Massgebend ist vielmehr das gesamte anspruchserhebliche Tatsachenspektrum. Die Änderung tatsächlicher Natur muss nur - aber immerhin - so beschaffen sein, dass sie sich rechtlich erheblich auf den laufenden Rentenanspruch auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_113/2021 vom 23. Juni 2021 E. 2 und E. 4.3 mit Hinweisen). 5.3

Der ursprünglichen Rentenverfügung lagen - neben der Hepatitis C - einzig psychische Beeinträchtigungen zugrunde, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Aufgrund des am 15. Januar 2018 erlittenen Skiunfalls sind zusätzliche somatische Diagnosen

hinzugekommen. Der orthopädische Gutachter Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte eine erhebliche multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes nach Humeruskopf-Mehrfragmentur, osteosynthetischer Behandlung und ausbleibender knöcherner Konsolidation sowie eine multidirektionale Instabilität des rechten Kniegelenks nach Tibiaplateau-Fraktur und osteosynthetischer Behandlung nach Skiunfall Januar 2018. Diese Diagnosen wirken sich gemäss Dr. E. \_\_\_ auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Garagist aus, die der Beschwerdeführer nun nicht mehr wie bisher (aus psychischen Gründen) zu 50%, sondern allein schon aus somatischen Gründen lediglich noch zu 30% ausüben kann (vgl. vorstehend E. 4.3.3). Damit liegt eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts im Sinne ihrer Eignung, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen, vor. Mithin ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. vorstehend E. 1.4). 5.4

In somatischer Hinsicht kann auf die Beurteilung durch Dr. E. \_\_\_ abgestellt werden. Sein Teilgutachten wurde sorgfältig begründet und erging gestützt auf eine umfassende Untersuchung des Beschwerdeführers. Dr. E. \_\_\_ legte dar, dass die Tätigkeit als Garagist infolge der Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter, die beidhändige Arbeiten verunmögliche, und durch die Bewegungseinschränkung der Knie, die Zwangshaltungen wie Hocken, Bücken, Kauern oder Knien verunmögliche, nur noch im Umfang von 30% zumutbar sei. Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%, wobei Dr. E. \_\_\_ ein genaues Belastungsprofil formulierte (vgl. vorstehend E. 4.3.3). Diese Zumutbarkeitsbeurteilung ist mit Blick auf die geschilderten Skelettschmerzen plausibel, weshalb ihr

zu folgen ist. 5.5

In psychiatrischer Hinsicht ging Dr. A. \_\_\_

in seinem Bericht vom 4. September 2015 von einer unveränderten Diagnose aus und bestätigte die von Dr. Y. \_\_\_ am 15. Januar 2014 postulierte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50%. Indem er festhielt, dass das Zustandsbild durch die ADHS stark schwanke und keine gleichbleibende Arbeitsbelastung ermögliche, führte er

nun die Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen nicht mehr auf die Depression, sondern auf die ADHS zurück (vorstehend E. 4.1), eine relevante Änderung beschrieb Dr. A.\_\_\_\_

damals nicht.

Eine Veränderung des psychiatrischen Beschwerdebildes ergibt sich auch aus seinen Berichten vom 29. März 2021 (vorstehend E. 4.6) und 31. August 2021 (vorstehend E. 4.7) nicht. Vielmehr wies er darauf hin, dass sich mit den gutachterlich festgestellten verbleibenden Befunden eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostizieren lasse, was sich mit den Befunden und Berichten der vergangenen Jahre decke. Aus psychiatrischer Sicht habe sich keine Änderung ergeben; es bestehe die mittelgradige depressive Episode und die ADHS, wobei letztere die Arbeitsunfähigkeit nicht rechtfertige, sondern als Risikofaktor der Depression zu werten sei (vorstehend E. 4.7). 5.6

Im Gegensatz dazu ging der psychiatrische Teilgutachter des Z.\_\_\_\_

Dr. D.\_\_\_\_ von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, aus. Die Diagnose einer ADHS und einer Suchterkrankung, gegenwärtig abstinent, wurden unverändert gestellt (vgl. vorstehend E. 4.3.1). Wenngleich Dr. D.\_\_\_\_ die depressive Symptomatik «hinter» derjenigen der ADHS fasste, ändert dies doch nichts daran, dass auch er die Beschwerden vollumfänglich auf die ADHS und die depressive Störung zurückführte, einzig der Schweregrad wurde anders bewertet. Die nunmehr schwere Störung

ergibt sich jedoch, wie Dr. A.\_\_\_\_ überzeugend darlegte (vgl. vorstehend E. 4.7), aus den erhobenen Befunden nicht. So stellte Dr. D.\_\_\_\_ zu Beginn ein erhöhtes Stressniveau fest (vgl. vorstehend E. 4.3.2), nicht jedoch der orthopädische Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.3.3). Dr. D.\_\_\_\_ beschrieb eine problemlose Interaktion und der Beschwerdeführer habe kooperativ und motiviert an der Untersuchung mitgewirkt, was sich mit dem Beschwerdebild einer schweren Depression nicht überzeugend vereinbaren lässt. Dies gilt auch für den Umstand, dass der Beschwerdeführer in gutem Pflegezustand mit geordneter und gepflegter Kleidung erschienen ist. Weiter beobachtete Dr. D.\_\_\_\_ ausreichend strukturierte und regelrechte Willenskräfte sowie eine ausreichende Antriebslage sowie keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz. Dr. D.\_\_\_\_ konnte lediglich eine partielle Interesselosigkeit, einen partiellen Rückzug und eine partielle Anhedonie erfragen. Festgestellt wurden eine durchgehend beeinträchtigte Konzentration und eine deutlich eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit. Einzig die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt (vgl. vorstehend E. 4.3.2). Dass die Testung anhand des Beck'schen Depressionsinventars einen Wert ergeben habe, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche, erhöht die Nachvollziehbarkeit der Beurteilung nicht, denn nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Diese vermag vorliegend die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht zu erhärten. Angesichts der erhobenen Befunde ist vielmehr von einer unveränderten psychiatrischen Beeinträchtigung auszugehen. Dies gilt umso mehr, als der begutachtende Psychiater betreffend die

gesundheitliche Entwicklung lediglich die Akzentuierung der depressiven Störung im Zusammenhang mit dem Skiunfall erwähnte ( Urk. 11/170/36 und 38) .

Er sprach sich indes nicht hinreichend darüber aus, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist ,

weshalb auch seine

zurückhaltendere

Einschätzung mit einer Arbeitsfähigkeit von 25 % nicht zu überzeugen vermag .

Vielmehr

nahm Dr. D. \_\_\_ lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor. Aus psychiatrischer Sicht ist somit unverändert von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen .

Nachdem in Anbetracht des veränderten somatischen Zustandsbildes

der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist, ist diese Einschätzung einem strukturierten Beweisverfahren (vgl. vorstehend E. 1.6) zu unterziehen ( Urteil e des Bundesgerichts 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.7 und 8C\_766/2012 vom 18. Februar 2013 E. 5 ) . 5.7

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» (vgl. vorstehend E. 1.6) ist festzuhalten, dass es sich nicht um eine schwere Erkrankung handelt. Denn leicht- bis mittelgradige depressive Störungen lassen sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Erkrankungen definieren (vgl. vorstehend E. 1.6), zumal gemäss Dr. A. \_\_\_ die Komorbidität in Form der ADHS keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt, wenngleich sie als Risikofaktor für die Depression zu werten sei (vgl. vorstehend E. 4.7). Die diagnoserelevanten Befunde sind nicht stark ausgeprägt, wie sich anlässlich der Z. \_\_\_ - Begutachtung zeigte. Wenngleich gemäss Dr. A. \_\_\_ zwischenzeitlich auch eine schwere Symptomatik vorgelegen habe , so sind gemäss Gutachten einzig die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten schwer beeinträchtigt. Eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Fähigkeit zur Selbstpflege liegt nicht vor. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen und die Verkehrsfähigkeit sind mittelgradig beeinträchtigt. Ein Behandlungserfolg ist dahingehend zu sehen, dass der Beschwerdeführer in therapeutischer Behandlung mit verschiedenen Therapieansätzen ist und diese zu einer Besserung beziehungsweise Aufrechterhaltung führte (vgl. vorstehend E. 4.7) . Weshalb keine stationäre Behandlung erfolgte beziehungsweise durch diese gemäss Dr. D. \_\_\_ nur eine punktuelle Verbesserung herbeigeführt werden kann (vgl. vorstehend E. 4.4) , ist jedoch nicht schlüssig nachvollziehbar .

Zur Persönlichkeit ist festzuhalten, dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung anlässlich der Begutachtung nicht erhärten liess (vgl. vorstehend E. 4.3.1 -2) . Als Ressourcen sind die abgeschlossene Berufsausbildung, die motiviert aufrecht erhaltene Arbeitstätigkeit, der erfolgreich durchgeführte Entzug und die konsequente Abstinenz sowie die Partnerschaft zu nennen. Betreffend den

soziale n Kontext

sind keine Anzeichen für soziale Belastungen ersichtlich, die direkte negative Folgen zeitigten und deshalb ausgeklammert bleiben müssten. Vielmehr erhält der Beschwerdeführer auch Unterstützung durch seine Mutter und eine Kollegin, hat verständnisvolle Kunden und will weiterhin berufstätig sein ( Urk. 11/170/ 44).

Zur beweisrechtlich entscheidenden Kategorie der Konsistenz ist festzuhalten, dass behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ein Leidensdruck vorhanden ist. Der Beschwerdeführer ist seit 2012 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 11/18 Ziff. 11), der verschiedene therapeutische Verfahren durchführte (vgl. vorstehend E. 4. 7 ). Zur bisherigen Eingliederung ist fest zuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beurteilung der Beschwerde gegnerin, es sei ihm ein Wechsel in eine Angestelltentätigkeit nicht zumutbar (vgl. Urk. 11/29/5), keine Veranlassung hatte, seinen Betrieb aufzugeben und sich um eine weitergehende Eingliederung zu bemühen. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zu bejahen; die Einschränkung ist in Beruf und Erwerb und in den sonstigen Lebensbereichen gleich ausgeprägt. Der Beschwerdeführer übt seine Arbeitstätigkeit nur zum Teil und mit schwankender Tagesform aus, Hobbies hat er keine mehr , teilweise trifft er sich mit Kollegen und reist dreimal jährlich zur Freundin nach Kroatien ( Urk. 11/170/ 28) , was sich indes mit der lediglich teilweisen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vereinbaren lässt .

Zusammenfassend ist auch nach Durchführung des strukturierten Beweis verfahrens somit weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen auszugehen. 6.

## **E. 6**

7) ein. Mit Beschwerde antwort vom 7. Oktober 2021 ( Urk. 10) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 9. Dezember 2021 ( Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest, worüber die Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2021 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 16). Die se verzichtete am 19. Januar 2022 ( Urk. 17) auf die Einreichung einer Duplik , was dem Beschwerdeführer am 21. Januar 2022 mitgeteilt wurde ( Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 6.1**

Die allseitige Prüfung im Rahmen der Revision beschlägt auch die Frage der erwerblichen Auswirkungen der Beeinträchtigung, welche ohne Bindung an frühere Beurteilungen vorzunehmen ist. Mithin ist insbesondere zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer weiterhin eine Aufgabe der selbständigen Tätigkeit unzumutbar ist. Zunächst ist auf das Valideneinkommen einzugehen.

### **E. 6.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens von selbständig erwerbstätig gewesenen Personen, das der Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG zugrunde zu legen ist, sollten in erster Linie die aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) ersichtlichen Löhne herangezogen werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene

Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2011 vom 29. März 2012 E. 3, E. 4.1 f.).

Bei selbständig Erwerbenden wird namentlich dann nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass der Versicherte im Gesundheitsfall seine nicht einträgliche selbständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen usw.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich hingegen der Versicherte, auch als seine Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten. Das Bundesgericht hat denn auch eine Parallelisierung der Einkommen bei selbständig Erwerbenden in der Regel abgelehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2011 vom 29. März 2012 E. 4.4 mit Hinweisen auf BGE 135 V 58 E. 3.4.6-7).

### **E. 6.3**

Massgeblich sind die Einkommensverhältnisse im Zeitraum vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2012. Der Beschwerdeführer hat sich im Jahr 2005 mit der eigenen Garage selbständig gemacht (vgl. Urk. 11/3 Ziff. 5.4, Urk. 11/134/5). Dem IK-Auszug (Urk. 11/9) sind jedoch für die Jahre 2005, 2006 und 2007 keine Einkommen aus der selbständigen Erwerbstätigkeit zu entnehmen (vgl. S. 2). Im Jahr 2008 hat er einen Betrag von Fr. 32'400.-- verabgibt, im Jahr 2009 einen solchen von Fr. 29'000.-- (S. 3). Im Jahr 2010 hat der Beschwerdeführer Fr. 13'800.-- und im Jahr 2011 Fr. 12'300.-- erzielt (Urk. 11/134/7, Urk. 11/136/10). Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt des relevanten Gesundheitsschadens auch mit der vorbestehenden ADHS-Erkrankung keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erfuhr. So hat er gemäss Dr. Y. \_\_\_ in seiner zweijährigen Anstellung bei B. \_\_\_ einen hohen Arbeitseinsatz gezeigt und rasch Karriere gemacht.

Er hat im Kundendienst und im Verkauf gearbeitet (Urk. 11/170/27). Diese Anstellung wurde nicht aus gesundheitlichen Gründen beendet, sondern weil die Firma geschlossen wurde (vgl. Urk. 11/134/4 unten). Auch nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit im Jahr 2005 habe er eine sehr hohe Arbeitsleistung erbracht und sei dabei in einem gesundheitlichen Gleichgewicht geblieben (vgl. vorstehend E. 3.3).

Gemäss Dr. A. \_\_\_ rechtfertigt die ADHS keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6).

Der Beschwerdeführer hat sich demnach, auch als seine Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit begnügt (vgl. dazu Urk. 11/134/9), weshalb dieses für das Valideneinkommen heranzuziehen ist. Mit sieben Jahren Geschäftstätigkeit vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden liegt zudem keine kurze Dauer der selbständigen Tätigkeit vor, aus welcher auf eine ungenügende Grundlage für die Bestimmung des

Invalideneinkommens zu schliessen wäre (BGE 135 V 58 E. 3.4.6).

Somit ergibt sich gestützt auf die vorhandenen IK-Einträge der Jahre 2008 bis 2011 ( Urk. 11/136/9-10) ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 22'100.--

(= [ Fr. 32'400.-- + Fr. 29'900.-- + Fr. 13'800.-- + Fr.

12'300.-- ] : 4) . Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung im Bereich Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen (Nominallohnindex, 2011-2021, Rubrik G 45 , [2010 = 100], Stand 2011: 101.0, Stand 2021: 106.5 ) ergibt sich für das Jahr 2021 ein durchschnittliches Valideneinkommen von rund Fr. 23' 303.-- ( Fr. 22'100.-- : 101.0 x 106.5).

#### **E. 6.4**

Die versicherte Person hat, bevor sie Leistungen verlangt, auf Grund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren , um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind namentlich der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich. Eine Betriebsaufgabe ist nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar und es kann ein Betrieb selbst dann nicht auf Kosten der Invalidenversicherung aufrecht erhalten werden, wenn die versicherte Person darin Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.2.1 mit Hinweisen ).

#### **E. 6.5**

Der Beschwerdeführer erzielt mit dem Betrieb der eigenen Garage ein sehr geringes Einkommen. Hinzu kommt, dass ihm aus somatischer Sicht die Tätigkeit als Garagist lediglich noch zu 30 % zumutbar ist. Auch wenn er Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet, ist nicht von der Hand zu weisen, dass er seinen Betrieb nur mit Hilfe der Rente und damit auf Kosten der Invalidenversicherung aufrecht erhalten kann. Er selbst hielt denn auch fest, dass die Situation, wie sie sich im Moment darstelle, für ihn eine gute Option sei , da er einen Teilrentenbezug und eine Teilerwerbstätigkeit habe ( Urk. 11/170/44 unten). Dies ist verständlich, ändert aber nichts daran, dass er mit einer Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, ein deutlich höheres und rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte. Mit Jahrgang 1973 hat der Beschwerdeführer noch eine lange verbleibende Aktivitätsdauer vor sich und er ist motiviert, zu arbeiten. Er ist gelernter Automechaniker und verfügt über das Handelsdiplom, zudem war er bereits erfolgreich bei B.\_\_\_\_ in einem Anstellungsverhältnis tätig, ohne dass Anzeichen dafür bestehen, dass er dieses aufgrund einer schwierigen Persönlichkeit oder Verhaltensauffälligkeiten, wie dies die Beschwerdegegnerin anlässlich der Rentenzusprechung annahm ( Urk. 11/29/5), verloren hätte. Was die teilweise auftretenden Schwankungen und Tage mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit betrifft, die den Beschwerdeführer seiner Ansicht nach von einer Anstellung abhalten (vgl. Urk.

11/134/6), so be deutet dies nicht, dass seine Einsatzmöglichkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht nachgefragt würde und ihm deshalb eine erwerbliche Verwertung der restlichen Arbeitsfähigkeit nicht zuzumuten wäre. Es ist einzig massgebend, ob der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit von 50 %

auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 16 Abs. 1 ATSG) noch wirtschaftlich nutzen könnte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff und berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage gerade nicht ( BGE 134 V 64

E. 4.2.1 mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.3.2 mit Hinweisen ). Auch unter Berücksichtigung des zu beachtenden Belastungsprofils ist eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in einer An stellung zu bejahen.

### **E. 6.6**

Damit ist das Invalideneinkommen anhand der statistischen Werte zu berechnen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1 ). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BG E 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Im Jahr 2020 belief sich der Tabellenlohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'261.-- monatlich (LSE 2020 , Tabelle TA1 \_tirage\_skill\_level , Total, Niveau 1), mithin Fr. 63'132.-- im Jahr (Fr. 5'261.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominallohn erhöhung im Jahr 2021 von minus 0.2 %

ergibt sich für das Jahr 2021 e in Ein kommen von rund Fr. 65'683 .-- (Fr. 63'132.-- : 40 x 41.7 x 0.998) beziehungsweise Fr. 32'842.-- i m dem Beschwerdeführer zumutbaren Pensum von 50 % . Selbst mit einem maximalen Leidensabzug von 25 % (für den vorliegend kein Anlass besteht) ergäbe sich mit rund Fr. 24'631.-- ( Fr. 32'842.-- x 0.75) immer noch keine Einkommenseinbusse im Vergleich zum Valideneinkommen in Höhe von Fr. 23'303 .-- .

### **E. 6.7**

Damit besteht kein R entenanspruch mehr. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Im Übrigen wäre auch in Betracht gekommen, die angefochtene Verfügung mittels substituierte r Begründung zu schützen (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368

),

wurde doch anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprechung eine Aufgabe der Selbständigkeit als unzumutbar betrachtet, aber dennoch kein Betätigungsvergleich vorgenommen, sondern direkt von der Arbeitsunfähigkeit auf die Erwerbsunfähigkeit geschlossen (vgl. Urk. 11/29/5 -6) .

7.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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, zuzustellen.

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

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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