



Abteilung III
C-4309/2016

Urteil vom 30. Januar 2019

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Tatjana Bont.

Parteien

Pensionskasse A. _____,
vertreten durch lic. iur. Andrea Trüssel,
Beschwerdeführerin,

gegen

B. _____,
vertreten durch Dr. iur. Daniel Riner,
Beschwerdegegner,

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Invalidenrente;
Verfügungen der IVSTA vom 8. Juni 2016.

Sachverhalt:

A.

B._____, geboren am (...) 1969, deutscher Staatsangehöriger (*nachfolgend: Beschwerdegegner*), wohnhaft in DE-(...), arbeitete von 2004 bis 2014 als Grenzgänger in der Schweiz, zunächst bei der C._____, ab dem 1. September 2007 bis zum 24. Januar 2014 bei der D._____ in (...) und entrichtete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der IV-Stelle E._____ [doc.] 2 S. 4, doc. 10 S. 2 f., doc. 62 S. 9). Ab dem 1. März 2015 arbeitete er in einem 50-Prozent Pensum als Ausbildungsberater beim F._____; zudem führte er zirka einmal pro Woche eine kinesiologische Beratung/Behandlung durch (doc. 50 S. 7).

B.

Ab dem 27. Januar 2014 befand sich der Beschwerdegegner bei seinem Hausarzt Dr. G._____ (Allgemeinmediziner) wegen Depression, Panikattacken, Erschöpfungssyndrom und Burn-Out in Behandlung (vgl. Bestätigung vom 7. April 2014 [doc. 6 S. 9-12]). Vom 18. März 2014 bis zum 19. November 2014 befand er sich in teilstationärer Behandlung im H._____ Zentrum, in (...), Deutschland (behandelnder Arzt: Dr. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie [Zwischenbericht vom 24. Juni 2014, doc. 6 S. 4-8; Entlassungsbericht vom 24. Dezember 2014, doc. 32]).

C.

Am 10. Juli 2014 meldete er sich bei der IV-Stelle E._____ zur beruflichen Integration/Rente an (doc. 2). Zur Begründung führte er an, unter einer Depression und Panikattacken zu leiden (doc. 2 S. 5). Nach ärztlichen Abklärungen (Bericht Dr. G._____ vom 24. Oktober 2014 [doc. 23], Bericht Dr. I._____ [Psychiater] vom 17. September 2014 [doc. 21], welche beide eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestätigten) teilte die IV-Stelle E._____ dem Beschwerdegegner mit, dass gemäss den Abklärungen aufgrund seines Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und dass der Anspruch auf eine Rente geprüft werde (doc. 27).

D.

Nach Eingang des Entlassungsberichts des H._____ Zentrums vom 24. Dezember 2014 (doc. 32 S. 2-10, doc. 34), welcher von 4 Ärzten, nicht aber vom behandelnden Arzt, Dr. I._____, unterzeichnet wurde, nach Eingang des Berichts von Dr. G._____ vom 28. Juli 2015 (doc. 40 S. 2-5),

nach einer ersten Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. J. _____ (Allgemeinmediziner) vom 2. November 2015 (doc. 42), nach der Erstellung eines Gutachtens durch Dr. K. _____ (Psychiater) vom 4. April 2016 (doc. 50) und einer zweiten Stellungnahme des RAD-Arzt vom 8. April 2016 (doc. 53) hielt die IV-Stelle E. _____ in ihrem Vorbescheid vom 15. April 2016 (doc. 55) einen Invaliditätsgrad von 100 Prozent ab dem 5. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 fest und ab dem 1. März 2015 von 53%, was einen Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 und auf eine halbe Rente ab dem 1. Juni 2015 ergab.

E.

Nach Eingang eines weiteren Arztberichts von Dr. L. _____ vom 15. April 2016 (doc. 60) hielt der RAD-Arzt an seinen bisherigen Stellungnahmen fest (doc. 59 S. 2). In der Folge sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend: Vorinstanz*) dem Beschwerdegegner mit Verfügungen vom 8. Juni 2016 für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 eine ganze und ab dem 1. Juni 2015 eine halbe Rente (IV-Grad 53%) zu, inkl. zweier ordentlicher Kinderrenten (doc. 62, B-act. 1 Beilage 3).

F.

In der Beschwerde vom 11. Juli 2016 (Beschwerdeakten [B-act.] 1) beantragte die Pensionskasse A. _____ (*nachfolgend: Beschwerdeführerin*) die Aufhebung der Verfügung vom 8. Juni 2016. Es sei festzuhalten, dass der Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen des medizinischen Sachverhalts und zur Neu Beurteilung an die Beschwerdegegnerin (recte: Vorinstanz) zurückzuweisen.

Zur Begründung führte die Beschwerdeführerin hauptsächlich aus, hier liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, sondern hauptsächlich eine leichte depressive Episode (B-act. 1 Ziff. 23). Es sei angesichts der objektiven Feststellungen nicht nachvollziehbar, wieso Dr. K. _____ eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode diagnostiziert habe (Ziff. 18, 21). Bei der Abschlusstestung des H. _____ -Zentrums sei die Depressivität deutlich kleiner gewesen (Beck Depression Inventar: bei Eintritt: 27, bei Austritt 4), was auf eine Therapierbarkeit schliessen lasse (Ziff. 24). Selbst eine mittelgradige Episode würde nach der Rechtsprechung regelmässig nicht als andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet (Ziff. 22). Die grossen Zeitintervalle zwischen den therapeutischen Gesprächen sowie die tiefdosierte Medikation liessen darauf schliessen, dass es dem Beschwerdegegner entweder besser gehe oder

dass die medikamentösen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien (Ziff. 25-27). Vorliegend lägen psychosoziale und soziokulturelle Faktoren derart im Vordergrund, dass die lediglich leichte oder allenfalls mittelgradige depressive Episode nicht als invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden betrachtet werden könne (doc. 28-32). Auch die von Dr. K._____ festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50% sei nicht möglich bzw. nicht nachvollziehbar (Ziff. 33 f.). Der Beschwerdeführer arbeite heute zu 50% und führe zudem noch kinesiologische Behandlungen durch.

G.

Am 2. August 2016 traf der mit Zwischenverfügung vom 13. Juli 2016 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 1'000.- beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 2, 4).

H.

In ihrer Vernehmlassung vom 26. September 2016 (B-act. 8) verwies die Vorinstanz auf das Schreiben der IV-Stelle E._____ vom 19. September 2016 sowie auf deren beigelegtes komplettes IV-Dossier.

In ihrem Schreiben beantragte die IV-Stelle E._____ die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung stützte sie sich hauptsächlich auf das Gutachten von Dr. K._____ vom 4. April 2016. Dr. K._____ sei ein erfahrener Sachverständiger. Nach ihm liege eine inzwischen autonomisierte psychische Fehlentwicklung vor und es sei nicht nur von Auswirkungen psychosozialer Faktoren auszugehen. Er stelle auch fest, dass die Behandlung im H._____ -Zentrum leitliniengerecht sei. Sein Gutachten sei schlüssig und die darin diagnostizierte mittelgradige depressive Episode könne als andauernder Gesundheitsschaden im Sinne des IVG angesehen werden. Der Einkommensvergleich sei korrekt erfolgt (Ziff. 7).

I.

In der Beschwerdeantwort vom 3. November 2016 beantragte der Beschwerdegegner ebenfalls die Abweisung der Beschwerde (B-act. 11).

Zur Begründung führte er aus, das Gutachten von Dr. K._____ sei voll beweiskräftig. Der RAD-Arzt Dr. J._____ habe sich auf dessen Gutachten abgestützt und habe ausgeführt, dass die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit auch nach Prüfung der Standardindikatoren vollumfänglich nachvollziehbar sei. Vorliegend lägen keine fachmedizinischen gegensätzlichen Meinungsäusserungen vor, sondern lediglich juristische Einwände gegen das Gutachten von Dr. K._____, welche zudem unberechtigt seien.

Er habe mit der gegenwärtigen 50%-Stelle seine Belastungsgrenze erreicht und führe momentan klar weniger als eine kinesiologische Behandlung pro Woche durch. Auf die von mindestens fünf Ärzten verfassten Berichte sei abzustellen.

J.

In ihrer Replik vom 24. Januar 2017 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Rechtsbegehren und an ihren Ausführungen fest und nahm zur Vernehmlassung der Vorinstanz und zur Beschwerdeantwort des Beschwerdegegners Stellung (B-act. 15).

K.

In ihrer Duplik vom 22. Februar 2017 hielt die Vorinstanz am gestellten Rechtsbegehren auf Abweisung der Beschwerde fest und stützte sich dabei auf die Stellungnahme der IV-Stelle E. _____ vom 17. Februar 2017 (B-act. 18, Beilage). Diese hielt an ihren Rechtsbegehren fest und nahm zudem zu den wesentlichen Punkten in der Replik Stellung.

L.

In seiner Duplik vom 14. März 2017 hielt der Beschwerdegegner ebenfalls am Rechtsbegehren auf Abweisung der Beschwerde fest und nahm hauptsächlich zu den Ausführungen in der Replik Stellung (B-act. 20).

M.

Mit Zwischenverfügung vom 21. März 2017 sandte das Bundesverwaltungsgericht je ein Doppel der Duplik der Vorinstanz vom 22. Februar 2017 inkl. Beilage sowie der Duplik des Beschwerdegegners vom 14. März 2017 den übrigen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnisnahme zu und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 21).

N. Mit Zwischenverfügung vom 14. Juni 2018 gewährte das Bundesverwaltungsgericht der Beschwerdeführerin aufgrund der drohenden reformatio in peius vorgängig das rechtliche Gehör und die Möglichkeit zum Beschwerderückzug (B-act. 26).

O. Mit Stellungnahme vom 31. August 2018 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie an den mit der Beschwerde vom 11. Juli 2016 und der Replik vom 27. Januar 2017 gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhalte. Insbesondere machte sie geltend, dass auf eine weitestgehende Remission der gesamten Symptomatik zu schliessen sei. Es stünden die psychosozialen Faktoren im Vordergrund und ein strukturiertes Beweisverfahren

erübrige sich. Ausserdem machte sie geltend, selbst wenn ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werde, führe dies ebenso zum Ergebnis, dass eine Erwerbsunfähigkeit nicht nachgewiesen werden könne (B-act. 29).

P.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

1.3 Angefochten sind die Verfügungen der Vorinstanz vom 8. Juni 2016 (doc. 62, B-act. 1 Beilage), in welcher dem Beschwerdegegner vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 eine ganze und ab dem 1. Juni 2015 eine halbe Rente (IV-Grad 53%), inkl. zweier ordentlichen Kinderrenten, zugesprochen wurde. Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners 50% betrage. Nicht explizit bestritten werden die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 5. Januar bis 28. Februar 2015 sowie die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres. Gleichzeitig wird von der Beschwerdeführerin aber ausgeschlossen, dass überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, weshalb vorliegend die Rentenzusprache ab 1. Januar 2015 zu überprüfen ist.

1.4 Als zu Leistungen verpflichtete Vorsorgeeinrichtung des Beschwerdegegners und als Adressatin der angefochtenen Verfügungen ist die Beschwerdeführerin gemäss Art. 49 Abs. 4 ATSG zur Beschwerde legitimiert (vgl. dazu BGE 132 V 1 E. 3.3.1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 48 f. zu Art. 49). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist –

nachdem auch der Kostenvorschuss von Fr. 1'000.- rechtzeitig geleistet worden ist – einzutreten.

2.

2.1 Der Beschwerdegegner ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdegegners auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

2.2 In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG abzustellen, die für die Beurteilung des Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend steht eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 24. Januar 2014 und die Rentengewährung ab dem 1. Januar 2015 im Streit, weshalb insbesondere das IVG und die IVV in der Fassung der 6. IV-Revision massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

2.3 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; BENJAMIN

SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

2.4 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], *in*: Riemer-Kafka/Rumojungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c - g IVG).

2.5 Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, Rz. 153 und 457 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Anspruch auf eine Invalidenrente der IV hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von 3 Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen

kumulativ gegen sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

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).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz

haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie – wie der Beschwerdegegner – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

4.

Unbestritten ist, dass der Beschwerdegegner mit einer Beitragsdauer von zehn Jahren und vier Monaten (vgl. doc. 62 S. 16) die Mindestbeitragsdauer erfüllt. Vorliegend bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz dem Beschwerdegegner zurecht eine ganze Rente vom 1. Januar bis zum 31. Mai 2015 und anschliessend eine halbe Rente ab dem 1. Juni 2015 zugesprochen hat (vgl. E. 1.3). Die beschwerdeführende Vorsorgeeinrichtung des Beschwerdegegners rügt hauptsächlich, die psychischen Einschränkungen führten entgegen den Ausführungen der Gutachter nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad.

4.1 Es liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

- Der Hausarzt Dr. G. _____ diagnostizierte am 7. April 2014 eine Depression, Panikattacken und ein Erschöpfungssyndrom. Der Versicherte sei ab dem 14. Februar 2014 zu 100% arbeitsunfähig (doc. 6 S. 9-11).
- Im Zwischenbericht vom 24. Juni 2014 bestätigte Dr. I. _____, behandelnder Psychiater, H. _____ Zentrum, zuhanden des Krankentaggeldversicherers eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) sowie eine Lumboischialgie (M54.4). Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Durch die Therapie hätten Fortschritte erzielt werden können. Der Versicherte befinde sich seit dem 18. März 2014 in teilstationärer Behandlung, sei aber noch nicht entlassungsfähig und damit noch nicht arbeitsfähig (doc. 6 S. 2-8).
- In seinem Bericht vom 17. September 2014 (doc. 21) bestätigte Dr. I. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine Agoraphobie mit Panikstörung, Lumboischialgie, Kreuzschmerz und eine orthostatische Hypotonie. Der Versicherte sei bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Im Hinblick auf eine volle Wiederher-

stellung der Arbeitsfähigkeit empfahl er eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ab dem 13. Oktober 2014 (Datum der Wiederaufnahme der tagesklinischen Behandlung nach kurzer Therapiepause zur Regeneration) zu drei halben Tagen pro Woche, ab 5. Januar 2015 zu fünf halben Tagen pro Woche und ab 2. März 2015 zu vier Tagen pro Woche, dann entsprechend dem bisherigen Arbeitspensum (doc. 21 S. 5).

- Dr. G._____ bestätigte am 24. Oktober 2014 (doc. 23) die Diagnosen Depression, Panikattacken und ein Erschöpfungssyndrom, reaktiv, psycho-vegetativ. Es liege eine verminderte Leistungsfähigkeit vor. Die Prognose sei gut, falls die notwendigen Reha-Massnahmen durchgeführt würden. Von Oktober 2013 bis Februar 2014 sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig gewesen, zurzeit bestehe eine verminderte Arbeitsfähigkeit.
- Im Entlassungsbericht des H._____ Zentrums vom 24. Dezember 2014 zuhanden der IV-Stelle E._____ (doc. 32 S. 2-10, doc. 34) wurde anhand der teilstationären Behandlung des Versicherten vom 18. März bis 19. November 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), Kreuzschmerz (M54.5), eine orthostatische Hypotonie (I95.1) sowie eine Lumboischialgie (M54.4) diagnostiziert. Als Medikation sei dem Beschwerdegegner bei seiner Entlassung Valdoxan sowie Trazodon verschrieben worden (S.2). Im Alltag sei mittlerweile von einer ausreichenden Stabilität auszugehen. Im Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung sei hingegen mit einer erneuten Zunahme der Symptomatik zu rechnen (S. 10).
- Dr. G._____ ermittelte in seinem Bericht vom 28. Juli 2015 zuhanden der IV-Stelle E._____ (doc. 40) unter Bezugnahme auf die im H._____ Zentrum gestellten Diagnosen eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50% seit dem 1. Februar 2015. Die 50%-Grenze sollte vorerst beibehalten werden.
- Der RAD-Arzt Dr. J._____ schloss sich in seiner Stellungnahme vom 2. November 2015 (doc. 42) dem Bericht des H._____ Zentrums vom 17. September 2014 an, wonach eine stufenweise Eingliederung erfolgen soll. Demnach sei der Beschwerdeführer vom 17. Januar 2014 bis zum 12. Oktober 2014 zu 100% arbeitsunfähig, vom 13. Oktober 2014 bis zum 4. Januar 2015 zu 70%, vom 5. Januar 2015 bis zum 1. März 2015 zu 50% und ab dem 2. März 2015 zu 0%.

- Am 4. April 2016 erstellte Dr. K._____ (Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) im Auftrag der Vorinstanz ein psychiatrisches Gutachten (doc. 50).

Nach erfolgter Untersuchung hielt er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), bei zugrunde liegender depressiver Neurose (F34.1) mit ausgeprägter Neurasthenie (F48.0) sowie eine Panikstörung (F41.0) fest (S. 14). Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht spätestens ab dem 1. März 2015, dem Antritt der neuen Stelle, eine qualitative Funktionseinbusse von 50% attestiert werden, auch in Verweistätigkeiten. Vom 24. Januar 2014 bis zum Austritt aus dem H._____ Zentrum am 19. November 2014 könne von einer 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 21).

- Der RAD-Arzt Dr. J._____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. April 2016 (doc. 53) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), bei zugrunde liegender depressiver Neurose (F34.1) mit ausgeprägter Neurasthenie (F48.0) sowie eine Panikstörung (F41.0) fest. Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. K._____ könne abgestützt werden. Das Gutachten sei umfassend, stütze sich auf die Vorakten, berücksichtige die Beschwerden des Versicherten und vermittele ein einheitliches Bild. Die Beurteilung und begründeten Schlüsse seien nachvollziehbar. Die Prüfung der Standardindikatoren sei vorgenommen und die indizierten Therapien seien durchgeführt worden, Hinweise für Aggravation oder Simulation hätten sich nicht ergeben. Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdegegners in der angestammten Tätigkeit betrage ab dem 27. Januar 2014 bis zum 28. Februar 2015 100%; ab dem 1. März 2015 betrage sie 50%. Eine Prüfung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit erübrige sich, da dort keine höhere Arbeitsfähigkeit bestehe; sie betrage ebenfalls 50% und sei auch nach Prüfung der Standardindikatoren vollumfänglich nachvollziehbar. Aus medizinischer Sicht sei eine Revision in einem Jahr zu empfehlen.
- In seinem nachträglich eingereichten Bericht vom 15. April 2016 (doc. 60) bestätigte Dr. I._____ als behandelnder Psychiater des Beschwerdegegners u.a. seine bisherigen Diagnosen und die derzeitige Arbeitsfähigkeit von 50%. Weiterhin bestünden massive Ängste vor sozialen Situationen, in denen der Patient rasch unter Anspannung und Angst komme (vor allem bei der Arbeit), mittlerweile auch in Menschen-

mengen, geschlossenen Räumen und überall dort, wo keine Rückzugsmöglichkeit bestehe. Es sei weiterhin zu Panikattacken gekommen; hinzu kämen die bekannten depressiven Symptome. Es bestünden eine eingeschränkte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sowie rasche Ermüdbarkeit. Er sei nur zeitlich begrenzt in Gruppen einsetzbar und benötige vermehrt Pausen und Rückzugsmöglichkeiten. Insgesamt sei von einer ausreichend günstigen Prognose im Hinblick auf die berufliche Eingliederung bis zu einer Belastungsstufe von 50% auszugehen.

- Der RAD-Arzt hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2016 (doc. 59) nach Durchsicht des Berichts von Dr. I. _____ vom 15. April 2016 an seiner bisherigen Stellungnahme fest, wonach ab dem 1. März 2015 eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit bestehe, wie sie im Gutachten festgehalten worden sei.

4.2

4.2.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

4.2.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstützt.

4.2.3 Das Bundesgericht hat Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten *externer Spezialärzte*, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuerkennen – solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb m.w.H.). Berichte behandelnder *Haus- und Spezialärzte* sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc, Urteil EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.2.4 Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile BGer 9C_410/2008 vom 08. September 2009 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und EVG I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

5.

Die IV-Stelle E. _____ bzw. der RAD-Arzt stützten sich laut Vernehmlassung (B-act. 9) und den oben stehenden Ausführungen (E. 4.1) in ihrer Beurteilung auf den Arztbericht von Dr. I. _____ vom 17. September 2014,

die Stellungnahme des Gutachters Dr. K. _____ (doc. 50) und den Entlassungsbericht des H. _____ Zentrums vom 24. Dezember 2014 (doc. 32 S. 2-10).

Deshalb ist nachfolgend (insbesondere) der Beweiswert des Gutachtens von Dr. K. _____ vom 4. April 2016 und des Entlassungsberichts des H. _____-Zentrums vom 24. Dezember 2016 zu prüfen.

5.1 Als Diagnosen *mit* Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter Dr. K. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), bei zugrunde liegender depressiver Neurose (F34.1) mit ausgeprägter Neurasthenie (F48.0) sowie eine Panikstörung (F41.0) fest (S. 14).

Der Explorand sei scheinbar in einem leistungsorientierten Familienmilieu aufgewachsen, habe bereits seit seiner Berufslehre Panikattacken gehabt. Im Jahr 2005 sei es bei der C. _____ im Rahmen einer Überforderungssituation zu einer depressiven Exazerbation gekommen (S. 14, 15). Später bei der D. _____ sei der Explorand nach eigenen Angaben aufgrund des hohen Arbeitsdrucks zunächst überfordert gewesen, anschliessend immer mehr in eine psychische Belastung und Krise geraten und habe monatelang kaum schlafen können. Im Dezember 2013 sei er depressiv geworden und die Panikattacken seien regelmässiger aufgetreten. Am 24. Januar 2014 habe er seinen letzten Arbeitstag bei der D. _____ gehabt (S. 6). Vom 18. März 2014 bis zum 19. November 2014 sei er im H. _____ Zentrum behandelt worden. Seit dem 1. März 2015 sei er als Ausbildungsberater bei der F. _____ in einem 50%-Pensum angestellt (S. 7). Bezüglich Arbeitsfähigkeit habe er das Gefühl, dass er mit dem 50%-Pensum seine aktuelle Grenze erreicht habe (S. 11). Die Grundstimmung des Exploranden habe fortzu depressiv gewirkt, zum Zeitpunkt der hiesigen Begutachtung hauptsächlich leicht, punktuell auch mittelgradig depressiv, nie aber schwer depressiv, andererseits auch nie euthym/ausgeglichen (S. 13).

Beim Exploranden könne eine neurotische innerpsychische Struktur festgestellt werden, im Verlauf seiner bisherigen Anamnese seien auch immer wieder depressive Episoden aufgetreten (S. 16). Bis Januar 2014 seien die Episoden nie schwer gewesen; ob später eine schwere Depression hinzugekommen sei, könne aufgrund der Aktenlage nicht bestätigt, aber auch nicht ausgeschlossen werden (S. 17). Im Abschlussbericht des H. _____-Zentrums vom 24. Dezember 2014 werde ein deutlicher Rückgang der depressiven Symptomatik beschrieben; als Diagnose werde eine rezidivie-

rende Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, festgehalten. Der Explorand habe jedenfalls mitgeteilt, dass er seit Therapieabschluss bis zum Arbeitsbeginn im März 2015 wieder eine gewisse Verschlechterung seiner depressiven Symptomatik erlebe. Unvorhergesehenes und zusätzliche Arbeiten führten schnell zu einer Destabilisierung der psychischen Verfassung und zu einer immanenten Zunahme depressiver Symptome, einer deutlichen Zunahme der Antriebsminderung, der Erschöpfbarkeit, der Freudlosigkeit, Interesse- und Lustlosigkeit. Somit könne gesagt werden, dass der Explorand nur im „geschützten“ Rahmen dieses überschaubar und klar strukturierten privaten und beruflichen Alltags eine gewisse, allerdings labile psychische Stabilität erlebe, während jegliche äussere Störfaktoren aufdeckten, dass beim Exploranden de facto eine mittelgradige depressive Symptomatik weiterhin vorliege. Der Explorand könne zwar seit seinem Arbeitsbeginn seiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen, brauche aber hierzu viel Erholung und auch viel Anstrengungen und Überwindung, womit ein weiteres Kriterium gemäss ICD-10 für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sei (S. 17). Da anamnestisch depressive Episoden vorkämen, bestehe eine rezidivierende depressive Störung (S. 18). Es bestehe auch eine Neurasthesie und eine Panikstörung (S. 18/19).

Zur qualitativen Funktionsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte der Gutachter aus, bei Vorliegen einer depressiven Störung bei mittelgradiger Episode könne laut den versicherungsmedizinischen Richtlinien der Swiss Insurance Medicine eine Einbusse von 50% attestiert werden. Hierbei seien vorliegend die erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, die Antriebsminderung sowie generell die reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt. Die Neurasthenie führe nicht zu einer zusätzlichen Einbusse der qualitativen Funktionsfähigkeiten, allerdings bewirke sie, dass nicht mit einer raschen Remission der depressiven Symptome und daher auch nicht mit einer raschen Re-Etablierung einer höheren Arbeitskraft gerechnet werden könne. Diese Richtlinien korrespondierten gut mit den aktuellen Tagesaktivitäten des Exploranden, welcher in einem 50-Prozent-Pensum als Ausbildungsberater arbeite, seiner Ehefrau bei den Haushaltstätigkeiten helfe und wöchentlich ca. einmal eine kinesiologische Behandlung durchführe. Psychosoziale Faktoren hätten zwar im Rahmen der rezidivierenden psychischen Exazerbation eine Rolle gespielt (Arbeitsplatz, finanzielle Belastung im Zusammenhang mit dem Erwerb des Wohneigentums), könnten aber heute als irrelevant eingestuft werden, da sich unterdessen eine klar automatisierte psychische Fehlentwicklung ergeben habe (S. 19-20).

Die Dosierung der Medikation sei eher niedrig und möglicherweise könnte eine Dosiserhöhung eine Verbesserung bewirken. Es könne aber davon ausgegangen werden, dass eine sorgfältige Erwägung der bestehenden Behandlung und Dosierung vorgenommen worden sei. Die Prognose, dass der Explorand wieder eine hochprozentige Arbeitsfähigkeit erlangen werde, sei günstig. Der Explorand bringe eine hohe Motivation mit (S. 20).

Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht spätestens ab dem 1. März 2015, dem Antritt der neuen Stelle, eine qualitative Funktionseinbusse von 50% attestiert werden, auch in Verweistätigkeiten. Vom 24. Januar 2014 bis zum Austritt aus dem H. _____ Zentrum am 19. November 2014 könne von einer 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, eventuell darüber hinaus bis zum Antritt der neuen Stelle per 1. März 2015 (S. 21).

Zuletzt prüfte der Gutachter mittels Verweisen auch die Standardindikatoren im Sinne des Bundesgerichtsurteils 141 V 281 ff., welches für pathogenetisch-ätiologische unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage erstellt worden ist (S. 24-27).

5.2 Aus gerichtlicher Sicht lässt sich Folgendes feststellen: Der Gutachter ist als Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene fachlich geeignet, eine Beurteilung abzugeben. Er stützt sich in seinem ausführlichen Gutachten auf eigene Untersuchungen und die gesamten Vorakten (doc. 50 S. 2-4), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (S. 7-12) und setzt sich intensiv mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdegegners (S. 12-19) sowie mit den übrigen Arztberichten auseinander (S. 22-24). Er legt detailliert dar, warum eine depressive Störung bei mittelgradiger Episode vorliegt und warum auf eine 100- bzw. 50-prozentige Arbeitsfähigkeit zu schliessen ist (S. 19/20). Die Beurteilung des Gutachters ergibt ein abgerundetes Bild und ist schlüssig und plausibel. Das Gutachten hat somit vollen Beweiswert im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. vorne E. 4.2.3 f.).

Zusätzlich prüft der Gutachter die vom Bundesgericht definierten Standardindikatoren für pathogenetisch-ätiologische unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (S. 24-27); er nimmt damit die vom Bundesgericht in BGE 143 V 418 eingeführte Praxis des Bundesgerichts vorweg, wonach auch psychische Erkrankungen in einem strukturierten Beweisverfahren zu prüfen sind (vgl. dazu ausführlich nachfolgend E. 6.3).

5.3 Grundlage für die Beurteilung durch den Gutachter war nebst der eigenen Untersuchung insbesondere auch der Entlassungsbrief des H. _____-Zentrums vom 24. Dezember 2014 (doc. 32 S. 2-10), wo der Beschwerdeführer während fast eines Jahres teilstationär behandelt wurde.

Dort wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), Kreuzschmerz (M54.5), eine orthostatische Hypotonie (I95.1) sowie eine Lumboschialgie (M54.4) diagnostiziert. Als Medikation seien dem Beschwerdeführer bei seiner Entlassung Valdoxan sowie Trazodon verschrieben worden (S. 2).

Bei einer Testung nach Beck Depression Inventar seien am 24. März 2014 27 Punkte gemessen worden, bei der Abschlusstestung nur noch 4 Punkte (S. 4). Beim ICD-10-Symptom Rating (Selbstbeurteilungsfragebogen) seien die Skalen „Depression“ und „Angst“ erhöht gewesen, was sich mit dem klinischen Eindruck gedeckt habe. Bei der Abschlusstestung sei die Skala „Depression“ ebenfalls rückläufig gewesen, die Skala „Angst“ hingegen sei klinisch relevant erhöht geblieben (S. 5). Bei der Selbsteinschätzung struktureller Kompetenzen habe sich nach einem Gesamtscore von 2,8 zu Beginn (mässiges Strukturniveau) bei der Abschlusstestung ein verbesserter Wert von 2,25 ergeben (S. 5). Die beklagten Ein- und Durchschlafstörungen hätten sich unter der eingeleiteten Therapie mit Trazodon 100 zufriedenstellend gebessert. Erst gegen Ende der Therapie habe sich der Patient von der Sinnhaftigkeit einer antidepressiven Therapie überzeugen lassen und er sei zur Einnahme von Valdoxan unter Reduktion der Trazodondosis zu bewegen gewesen (S. 6). Schliesslich habe man den Patienten in deutlich stabilisiertem Allgemeinzustand in weitere hausärztliche Betreuung entlassen. Durch die Massnahme der Herausnahme aus dem Arbeitsprozess habe sich der Versicherte entlastet gefühlt (S. 7).

Bei Therapiebeginn habe sich ein depressives Beschwerdebild vor dem Hintergrund einer Angststörung bestätigt (S. 7). Im weiteren Therapieverlauf sei die depressive Stimmung durch die getroffenen Massnahmen soweit rückläufig gewesen, dass nochmals schwerpunktmässig an der Panikstörung gearbeitet werden können (S. 8). Der Versicherte sei in hohem Masse auf therapeutische Hilfe angewiesen gewesen. Bei Behandlungsende habe sich trotz zahlreicher therapeutischer Fortschritte erneut eine Aktivierung dysfunktionaler Schemata beobachten lassen („Du musst wieder 100% fit sein, sonst wirst Du es nicht schaffen.“ „Nach so viel Therapie darfst Du keine Panikgefühle mehr aufkommen lassen.“ [S. 9]). Eine

ambulante psychotherapeutische psychiatrische Weiterbehandlung sei deshalb indiziert (S. 9). Im Alltag sei mittlerweile von einer ausreichenden Stabilität auszugehen. Im Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung sei hingegen mit einer erneuten Zunahme der Symptomatik zu rechnen; bei ambulanter Anschlussbehandlung könne jedoch mit einer Stabilisierung in der mittelfristigen Perspektive gerechnet werden (S. 10).

5.4 Der Entlassungsbericht des H._____ Zentrums ist umfassend, detailliert, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf vielen umfassenden Untersuchungen, ist einleuchtend und nachvollziehbar. Es hat deshalb vollen Beweiswert. Die Beurteilung des Gutachters Dr. K._____ ergibt zusammen mit dem Entlassungsbericht ein eindeutiges, abgeschlossenes, in sich stimmiges Bild.

5.5 Der RAD-Arzt kam in seiner Beurteilung vom 8. April 2016 ebenfalls zum Schluss, dass auf das Fachgutachten von Dr. K._____ vom 4. April 2016 abgestützt werden könne (doc. 53). Bis zum 28. Februar 2015 betrage die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdegegners in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit 100%; die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit von 50% ab dem 1. März 2015 in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit sei auch nach Prüfung der Standardindikatoren vollumfänglich nachvollziehbar.

5.6 Insgesamt ist aus Sicht des Gerichts – vorbehältlich der nachfolgenden Prüfung der Einwände der Beschwerdeführerin sowie der Standardindikatoren gemäss BGE 143 V 418 i.V.m. BGE 141 V 281 ff. – von der vollen Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Dr. K._____ vom 4. April 2016, welches sich auf den ebenfalls voll beweiskräftigen Entlassungsbericht des H._____ Zentrums stützt, auszugehen. Die übrigen medizinischen Unterlagen stützen die gutachterliche Beurteilung und lassen keinen Zweifel an dessen Beurteilung aufkommen.

6.

Nachfolgend sind die Einwände der Beschwerdeführerin zu prüfen.

6.1 Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss geltend, die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft; die Depression sei therapierbar (B-act. 1 Ziff. 26/27; 29 Ziff. 10). Dazu erwidert der Beschwerdegegner, eine Erhöhung der Dosierung habe wieder eine Verschlechterung zur Folge gehabt, weshalb die Erhöhung in Absprache mit dem Arzt rückgängig gemacht worden sei (B-act.11 S. 11).

In der Vernehmlassung weist die Vorinstanz darauf hin, der Gutachter erachte die Behandlung als leitliniengerecht (doc. 50 S. 20). Tatsächlich führt Dr. K. _____ explizit aus, es sei davon auszugehen, dass eine sorgfältige Erwägung der bestehenden Behandlung und Dosierung vorgenommen worden sei; darauf ist abzustellen (doc. 50 S. 21).

Aus Sicht des Gerichts ist deshalb aufgrund der Akten nicht von einer mangelhaften Medikation auszugehen. Auch darf daraus nicht geschlossen werden, dass es dem Versicherten entweder besser gehe oder dass die Depression therapierbar sei, was gemäss BGE 143 V 409 E. 4.2.2 nicht (mehr) entscheidend ist.

6.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, anstelle von wöchentlichen Konsultationen werde nur monatlich eine solche durchgeführt, was entweder ungenügend sei oder auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes schliessen lasse (B-act. 1 Ziff. 25). Der Beschwerdegegner erwidert, er habe vom vorhandenen Therapieangebot Gebrauch gemacht und stets die ärztliche empfohlenen therapeutischen Behandlungen genutzt. Insgesamt sei er wöchentlich einmal in eine Behandlung gegangen (B-act. 11 S. 11, 10).

Die Vorinstanz weist darauf hin, dass der Stellungnahme des Gutachters nicht zu entnehmen sei, die Behandlungsfrequenz wäre unzureichend (B-act. 8 Beilage Ziff. 16). Dr. K. _____ führt zudem aus, dass der Explorand monatlich bei Dr. M. _____ in ambulanter Psychotherapie sei, monatlich bei Dr. I. _____ in einer Gruppentherapie und alle 3 Monate bei Dr. I. _____ in zusätzlichen psychiatrischen Gesprächen (doc. 50 S. 21).

Somit kann aus Sicht des Gerichts aufgrund der Akten nicht von einer ungenügend intensiven Behandlung ausgegangen werden. Der Gutachter erwähnt im Gegenteil explizit, der Explorand sei sehr motiviert und kooperationsbereit und es lägen auch keinerlei Hinweise auf Aggravation oder Begierlichkeiten vor (doc. 50 S. 13, 20). Somit ist es auch nicht zulässig, angesichts der Behandlungsintervalle von der Therapierbarkeit auszugehen, wie dies die Beschwerdeführerin zu Unrecht tut.

6.3

6.3.1 Hauptsächlich macht die Beschwerdeführerin in ihren Rechtschriften geltend, es liege lediglich eine leichte und nicht eine mittelschwere Depression vor. Die Depressionen seien während des stationären Aufenthalts im H. _____ Zentrum stark zurückgegangen. Sie seien therapierbar. Die objektiven Feststellungen liessen nicht auf eine mittelgradige Depression

schliessen. Zudem sei laut Rechtsprechung auch eine mittelgradige Depression nicht invalidisierend.

6.3.2 Selbst wenn von einer zumindest langfristigen Therapierbarkeit der Depression auszugehen wäre, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird und was an dieser Stelle offen bleiben kann, ist Folgendes festzuhalten:

Das Bundesgericht hat in seiner neuesten Rechtsprechung (BGE 143 V 409) zu Diagnosen aus dem Formenkreis der Depression seine Praxis geändert und festgehalten, dass zwar (wie in BGE 127 V 294 festgehalten wurde) die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe. In jedem Einzelfall müsse (aber) eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend sei die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteile (E. 4.2.1). Die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, könne ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden. Zwar gelte die Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus. Die Therapierbarkeit vermöge demnach keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern. (...) Die Therapierbarkeit eines Leidens stelle kein taugliches Kriterium für rechtliche Differenzierungen im Sinne der in Frage stehenden Rechtsprechung dar. Die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, sei daher in dieser absoluten Form unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen. Die bisherige Recht-

sprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen sei daher fallen zu lassen (E. 4.4). Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen sei, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirke, wobei eine leistungsbe gründende, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetze. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit sei es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend sei dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres Leidens, ob es gelinge, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe. Verlauf und Ausgang von Therapien verblieben als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (E. 4.5.2).

6.3.3 In BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht zudem festgehalten, dass sich eine Limitierung des Vorgehens gemäss BGE 141 V 281 auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht länger rechtfertigen lasse. Damit seien im Sinne des Erwogenen grundsätzlich sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

7.

7.1 Eine solchermassen objektive, allseitige Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der rezidivierenden depressiven Störung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 E. 4.1.3 ff. bzw. in Anlehnung an das Rundschreiben Nr. 339 des Bundesamtes für Sozialversicherungen hat der Gutachter vorliegend – mittels Verweisen auf die entsprechenden Textstellen – bereits am 4. April 2016 vorgenommen (doc. 50 S. 24-27). Er hat damit die Vorgaben an die Voraussetzungen für ein psychiatrisches Gutachten (BGE 143 V 418) vorweggenommen.

7.2 Das Gutachten von Dr. K. _____ lässt sich aus Sicht des Gerichts unter Beachtung der in BGE 141 V 281 festgehaltenen Standardindikato-

ren (E. 4.1.3 ff) – und nicht unter Berücksichtigung der Verweise des Gutachters, welche sich an das Rundschreiben des BSV Nr. 339 anlehnen – wie folgt würdigen.

7.2.1

7.2.1.1 In Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ legt der Gutachter dar, dass die Depression als mittelschwer zu betrachten sei. Im Abschlussbericht des H. _____ Zentrums vom 24. Dezember 2014 werde zwar ein deutlicher Rückgang der depressiven Symptomatik beschrieben; als Diagnose werde eine rezidivierende Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, festgehalten. Der Explorand habe jedenfalls mitgeteilt, dass er seit Therapieabschluss bis zum Arbeitsbeginn im März 2015 wieder eine gewisse Verschlechterung seiner depressiven Symptomatik erlebe. Unvorhergesehenes und zusätzliche Arbeiten führten schnell zu einer Destabilisation der psychischen Verfassung und zu einer immanenten Zunahme depressiver Symptome, einer deutlichen Zunahme der Antriebsminderung, der Erschöpfbarkeit und der Freud-, Interesse- und Lustlosigkeit. Somit könne ohne Weiteres formuliert werden, dass der Explorand nur im „geschützten“ Rahmen dieses überschaubar und klar strukturierten privaten und beruflichen Alltags eine gewisse, allerdings labile psychische Stabilität erlebe, während jegliche äussere Störfaktoren aufdeckten, dass beim Explorand de facto eine mittelgradige depressive Symptomatik weiterhin vorliege (S. 17).

Zur qualitativen Funktionsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte der Gutachter aus, bei Vorliegen einer depressiven Störung bei mittelgradiger Episode könne laut den versicherungsmedizinischen Richtlinien der Swiss Insurance Medicine eine Einbusse von 50% attestiert werden. Hierbei seien vorliegend die erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, die Antriebsminderung sowie generell die reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt (S. 19). Explizit wird mehrfach darauf hingewiesen, es beständen weder Anzeichen einer Verdeutlichungstendenz noch einer Aggravation (S. 13, S. 18, S. 20). Die Panikstörung werde jeweils dann klinisch manifest, wenn die generelle psychische Belastbarkeit darniederliege und auch die depressive Symptomatik exazerbiere (S. 18/19). Die Neurasthenie führe nicht zu einer zusätzlichen Einbusse der qualitativen Funktionsfähigkeiten, allerdings bewirke sie, dass nicht mit einer raschen Remission der depressiven Symptome und daher auch nicht mit einer raschen Re-Etablierung einer höheren Arbeitskraft gerechnet werden könne (S. 19).

Die Dosierung sei eher niedrig und möglicherweise könnte eine Dosiserhöhung eine Verbesserung bewirken. Es könne aber davon ausgegangen werden, dass eine sorgfältige Erwägung der bestehenden Behandlung und Dosierung vorgenommen worden sei. Die Prognose, dass der Explorand wieder eine hochprozentige Arbeitsfähigkeit erlangen werde, sei günstig. Der Explorand bringe eine hohe Motivation mit (S. 20). Er arbeite in einem 50-Prozent-Pensum als Ausbildungsberater, helfe seiner Ehefrau bei den Haushaltstätigkeiten und führe wöchentlich ca. einmal eine kinesiologische Behandlung (60 - 90 min) durch.

7.2.1.2 Die Ausführungen des Gutachters zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ sind plausibel und nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin wendet zwar ein, sogar der Hausarzt Dr. G._____ gehe in einer adaptierten Tätigkeit von einer 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit aus (B-act. 1 S. 16). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. G._____ Allgemeinmediziner und nicht Psychiater ist. Da vorliegend ausschliesslich psychiatrische Einschränkungen diskutiert werden, ist er nicht geeignet, sich zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu äussern. Es ist daher von einer 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Damit kann auch eingeordnet werden, dass trotz des Rückgangs der Werte beim Beck-Depressionstest von 27 auf 4 und trotz der Entlassung aus dem H._____ -Zentrum in gutem Allgemeinzustand von einer mittelschweren Depression auszugehen ist; bei Austritt lag der Wert zwar nur noch bei 4; sobald der Beschwerdegegner aber den vorgängig erwähnten „geschützten Raum“ verliess, nahmen die Beschwerden wieder zu.

7.2.2 In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ führt der Gutachter aus, beim Exploranden könne eine neurotische innerpsychische Struktur festgestellt werden, im Verlauf seiner bisherigen Anamnese seien auch immer wieder depressive Episoden aufgetreten (S. 16). Bei Behandlungsende im H._____ Zentrum habe sich trotz zahlreicher therapeutischer Fortschritte erneut eine Aktivierung dysfunktionaler Schemata beobachten lassen („Du musst wieder 100% fit sein, sonst wirst Du es nicht schaffen.“ „Nach so viel Therapie darfst Du keine Panikgefühle mehr aufkommen lassen.“ [S. 9]). Eine ambulante psychotherapeutische psychiatrische Weiterbehandlung sei deshalb indiziert (S. 9). Im Alltag sei mittlerweile von einer ausreichenden Stabilität auszugehen. Im Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung sei hingegen mit einer erneuten Zunahme der Symptomatik zu rechnen (S. 10).

7.2.3 Zum Komplex „Sozialer Kontext“ führt der Gutachter aus, psychosoziale Faktoren hätten zwar im Rahmen der rezidivierenden psychischen

Exazerbation eine Rolle gespielt (Arbeitsplatz, finanzielle Belastung im Zusammenhang mit dem Erwerb des Wohneigentums), könnten aber heute als irrelevant eingestuft werden, da sich unterdessen eine klar automatisierte psychische Fehlentwicklung ergeben habe (S. 19-20).

Damit wird die Behauptung der Beschwerdeführerin widerlegt, wonach sich die ärztlichen Befunde durch psychosoziale und soziokulturelle Umstände erklären liessen (B-act. 1 S. 14/15). In den Akten befinden sich keine Berichte, die darauf schliessen liessen.

7.2.4 Zur Kategorie Konsistenz (Indikator einer gleichmässigen Einschränkung in allen Lebenslagen) führt der Gutachter aus, dass der Explorand nur im „geschützten“ Rahmen dieses überschaubar und klar strukturierten privaten und beruflichen Alltags eine gewisse, allerdings labile psychische Stabilität erlebe, während jegliche äussere Störfaktoren aufdeckten, dass beim Exploranden de facto eine mittelgradige depressive Symptomatik weiterhin vorliege. Der Explorand könne zwar seit seinem Arbeitsbeginn seiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen, brauche aber hierzu viel Erholung und auch viel Anstrengungen und Überwindung, womit ein weiteres Kriterium gemäss ICD-10 für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sei (S. 17). Der Explorand pflege einige soziale Kontakte, denen er aber nicht nachgehen könne, wenn er nach einem Arbeitstag bzw. -halbtage eine zu starke Erschöpftheit erlebe (S. 19).

Damit wird auch die Behauptung der Beschwerdeführerin widerlegt, wonach kein sozialer Rückzug vorliege, da der Beschwerdegegner einzelnen Haushaltstätigkeiten nachgehe und Yoga wie auch Qi-Gong Übungen durchführe sowie als Ausbildungsberater einer 50%-igen Tätigkeit nachgehe.

7.2.5 Zum Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen ausgewiesenen Leidensdrucks hält der Gutachter fest, der Explorand bringe eine hohe Motivation mit. Die Prognose, dass der Explorand wieder eine hochprozentige Arbeitsfähigkeit erlangen werde, sei günstig (S. 20).

7.3 Auch nach Prüfung unter dem Gesichtspunkt der bundesgerichtlichen Standardindikatoren ist das Gutachten von Dr. K. _____ plausibel, nachvollziehbar und ergibt ein einheitliches Bild. Es entspricht nicht nur den bisherigen Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten, sondern auch dem neuen bundesgerichtlichen Prüfungsstandard. Zudem erfolgte laut Gutachten (doc. 50 S. 20) – als weitere Voraussetzung für die Annahme einer rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit – eine leitlinienkonforme

antidepressive Therapie (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Die Rüge der Beschwerdeführerin, es liege nur eine leichte Depression vor und zudem wäre auch eine mittelschwere Depression grundsätzlich nicht rentenbegründend, geht demnach fehl. Dies gilt auch für die Rüge, die medikamentöse Behandlung und die Therapiesitzungen seien ungenügend.

7.4 Somit ist aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere dem Gutachten von Dr. K. _____ vom 4. April 2016, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer invalidisierenden Depression auszugehen. Es liegen keine medizinischen Akten vor, welche dem widersprechen würden.

7.5 Für den Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 19. November 2014 attestiert der Gutachter eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Da sich der Beschwerdegegner zu dieser Zeit in teilstationärer Behandlung befand, ist diese Beurteilung aus Sicht des Gerichts unstrittig. Für den Zeitraum bis zum 1. März 2015 führt der Gutachter aus, der Beschwerdegegner sei *spätestens* ab dem 1. März 2015 zu 50% arbeitsfähig (doc. 50 S. 21). Gegen eine wiedererlangte Arbeitsfähigkeit von 50% bereits ab 20. November 2014 spricht, dass im Zeitraum vom 20. November 2014 bis Ende Februar 2015 seine Grundstimmung wieder schlechter geworden sei; der Gutachter geht zudem davon aus, dass de facto (weiterhin) eine mittelgradige depressive Symptomatik vorliege (doc. 50 S. 9; vgl. auch E. 5.1). Deshalb ist die Beurteilung des RAD-Arztes, welcher eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. März 2015 attestierte (doc. 53), nicht zu beanstanden. Für den Zeitraum ab dem 1. März 2015 (Datum der Aufnahme der 50%-Erwerbstätigkeit bei der F. _____) attestiert der Gutachter sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit (doc. 50 S. 21), was – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägungen 8 – ebenfalls nicht zu bestanden ist und vom RAD-Arzt übernommen wurde (doc. 53).

8.

8.1 Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss geltend, der Einkommensvergleich sei nicht korrekt erfolgt. Der Beschwerdegegner arbeite zu 50% und führe zudem kinesiologische Behandlungen durch. Auch deshalb sei der von der Vorinstanz festgestellte Invaliditätsgrad nicht nachvollziehbar.

8.2 Die Vorinstanz ging bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ab dem 1. März 2015 von einer 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie ähnlichen Verweistätigkeiten aus. Gestützt auf die LSE Lohntabelle TA1 2012 hat sie das Valideneinkommen auf Fr.

104'211.- festgesetzt, das Invalideneinkommen auf Fr. 52'106.- (doc. 62 S. 21/22) und davon einen Leidensabzug von 5% vorgenommen, was einen Invaliditätsgrad von 53% ergibt.

8.3 Bei Durchsicht des Gutachtens von Dr. K. _____ ist festzustellen, dass dieser für die angestammte Tätigkeit von der Tätigkeit des Beschwerdegegners als Ausbildner bei der F. _____ ausging (doc. 50 S. 19/20). Die Herleitung des Arbeitsunfähigkeitsgrades auf Seite 19/20 lässt einzig diesen Schluss zu. Diese Tätigkeit ist jedoch eine leidensangepasste Tätigkeit, welche sich der Beschwerdegegner selber verschafft hat. Seine angestammte Tätigkeit ist diejenige eines Projektleiters bei einem Finanzdienstleister.

8.4 Der Gutachter führte generell zum Zustand des Beschwerdegegners aus, dass es ihm „einigermassen psychisch stabil“ gehe, wenn sein privater wie auch beruflicher Alltag klar überschaubar und geregelt verlaufe. Unvorhergesehenes oder zusätzliche Arbeiten führten rasch zu einer Destabilisierung der psychischen Verfassung und zu einer immanenten Zunahme depressiver Symptome, einer deutlichen Zunahme der Antriebsminderung, der Erschöpfbarkeit, der Freudlosigkeit, Interesse- und Lustlosigkeit. Somit könne gesagt werden, dass der Explorand nur im „geschützten“ Rahmen dieses überschaubaren und klar strukturierten privaten und beruflichen Alltags eine gewisse, allerdings labile psychische Stabilität erlebe, während jegliche äussere Störfaktoren aufdeckten, dass beim Exploranden de facto eine mittelgradige depressive Symptomatik weiterhin vorliege (doc. 50 S. 17). Die versicherungstechnischen Richtlinien der SIM korrespondierten sehr gut mit den aktuellen Tagesaktivitäten des Exploranden. Er arbeite in einem 50%-Pensum als Ausbildungsberater [...]. Seine als sehr geringfügig einzustufenden Kundenkontakte im Rahmen seiner kinesiologischen Tätigkeit könnten in diesem Volumen noch nicht als relevant eingestuft werden.

Diese Aussagen des Gutachters lassen zwingend den Schluss zu, dass es dem Beschwerdegegner nicht mehr möglich ist, in seiner angestammten Tätigkeit als Projektleiter bei einer Bank zu arbeiten; auch nicht in einem 50%-Pensum, da auch dort die entsprechenden „äusseren Störfaktoren“ auftreten würden. Die vom Gutachter auf Seite 20 gemachte Feststellung, wonach in der „angestammten Tätigkeit“ (gemeint ist die Tätigkeit als Ausbildner bei der F. _____) eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit bestehe, ist in diesem Sinne missverständlich bzw. falsch. Sie wurde vom RAD-Arzt

kommentarlos übernommen. Deshalb hat die Vorinstanz dem Invalidenlohn fälschlich den LSE-Lohn als Finanzdienstleister und nicht als Ausbilder zugrunde gelegt (doc. 62 S. 21 Ziff. 3).

8.5 Für die Festsetzung des Invalidenlohnes ist aufgrund des oben Gesagten nicht von der Tätigkeit als Finanzdienstleister auszugehen, sondern von einer adaptierten Tätigkeit im Bereich „Erziehung und Unterricht“. Laut LSE 2014 beträgt das monatliche Einkommen Fr. 5'863.- (jährlich Fr. 70'356.-), nach Umrechnung von 40 auf 41,7 Wochenstunden Fr. 73'346.15, bei einer Nominallohnentwicklung von 0.3 % von 2014 bis 2015 Fr. 73'566.20. Nach erfolgtem Leidensabzug von 5% beträgt das Invalideneinkommen in einer adaptierten Tätigkeit bei einem 100%-Pensum Fr. 69'887.90, bei einem hier noch möglichen 50%-Pensum Fr. 34'943.95.

8.6 Seinen Posten bei A._____ hat der Beschwerdegegner wegen der erwähnten gesundheitlichen Einschränkungen aufgeben müssen bzw. es ist ihm nach seiner Krankschreibung in diesem Zusammenhang gekündigt worden (vgl. doc. 50 S. 6).

Für die Festsetzung des Validenlohnes ist aufgrund des oben Gesagten nicht von den LSE-Tabellen auszugehen, sondern von seinem letzten Lohn bei A._____ im Jahr 2015 von Fr. 107'816.- (doc. 62 S. 21).

8.7 Der Invaliditätsgrad beträgt somit 67.58% $([107'816 - 34'943.95] 100 : 107'816)$.

8.8 Da der Invaliditätsgrad des Beschwerdegegners ab dem 1. März 2015 von 100% auf 67.58% sinkt, hat er vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 Anspruch auf eine ganze und ab dem 1. Juni 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) Anspruch auf eine Dreiviertelrente. Für letzteren Zeitpunkt ist zu beachten, dass das H._____ -Zentrum noch am 24. Dezember 2014 mit einer erneuten Zunahme der Symptomatik im Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung per 1. März 2015 rechnete (vgl. E. 4.1 S. 11) und auch der Gutachter, Dr. K._____, aus psychiatrischer Sicht von einer eventuell gegebenen 100%-igen (statt 50%-igen) Arbeitsunfähigkeit bis zum Antritt der neuen Stelle am 1. März 2015 ausging (vgl. E. 5.1 S. 17), weshalb von einem labilen pathologischen Geschehen auszugehen und die Rentenherabsetzung erst mit Ablauf der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV vorzunehmen ist (s. auch Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 418/02 vom 3. Juni 2003 E. 2.3).

9.

Da ein voll beweiskräftiges Gutachten vorliegt, es zudem die Standardindikatoren des Bundesgerichts (BGE 143 V 418 i.V.m. BGE 141 V 281) berücksichtigt, die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin nicht berechtigt sind und der reformatorische Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad des Beschwerdegegners von 67.58% ergibt, ist die Beschwerde abzuweisen. Dem Beschwerdegegner ist vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 eine ganze Rente ausrichten, ab dem 1. Juni 2015 eine Dreiviertelsrente, jeweils inkl. Kinderrenten. Die Sache ist zur Berechnung der Renten und zur Nachzahlung an den Beschwerdegegner an die Vorinstanz zurückzuweisen.

10.

10.1 Dieser Ausgang des Verfahrens hat nach Art. 63 Abs. 1 VwVG zur Folge, dass die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig wird. Nach dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.- festgelegt. Die Beschwerdeführerin leistete am 2. August 2016 einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'000.-. In der Folge sind der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils Fr. 200.- auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

10.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene Kosten zusprechen. Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Der obsiegende Beschwerdegegner ist anwaltlich vertreten. Es wurde keine Kostennote eingereicht. In Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwands ist ihm eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) auszurichten. Die Parteientschädigung umfasst keinen Mehrwertsteuerzuschlag im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE. Die ebenfalls obsiegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdegegner hat ab dem 1. Januar 2015 bis zum 31. Mai 2015 Anspruch auf eine ganze Rente, ab dem 1. Juni 2015 auf eine Dreiviertelsrente, jeweils inkl. akzessorische Kinderrenten.

2.

Die Sache wird zur Berechnung der Renten und zur Nachzahlung an den Beschwerdegegner an die Vorinstanz zurückgewiesen.

3.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der darüber hinaus geleistete Kostenvorschuss von Fr. 200.- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

4.

Dem Beschwerdegegner wird zulasten der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- den Beschwerdegegner (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tatjana Bont

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: