

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00782 vom 6. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00782

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00782 du 6 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00782 del 6 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer unverändert Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

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 prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E.

5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 je E.

2.2 mit Hinweisen). 2.4

2.4.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.4.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht.

Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihrer an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für

Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr

generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche

Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E.

4.3.2, 126 V 75 E.

3b/bb, 124 V 321 E.

3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 2.4.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zu gelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals

berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2). 2.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. April 2010 (Urk. 7/36) erfolgte gestützt auf die Beurteilung der Z.____-Gutachter (vgl. Urk. 7/21/23),

wonach die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischen

Gründen eingeschränkt war (vgl. Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 9. Oktober 2009 [Urk. 7/23/4]). Bei der im Oktober 2010 einleiteten Überprüfung der Rente (Urk. 7/37) stellte die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 2

E. 1.3

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, die behauptete Verbesserung des Gesundheitszustandes Anfang 2012 werde vom Gutachter Dr. C.____ in keiner Weise begründet. Sein Gesundheitszustand habe sich seit 2009 nicht verbessert, sondern verschlechtert (Urk. 1 S.

8). Bei der von Dr. C.____ festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustandes handle es sich lediglich um eine andere subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 9). Es sei ferner nicht nachvollziehbar, dass die neurologische Gutachterin Dr. B.____ betreffend die Migräneerkrankung von einer leichten Krankheit ausgehe, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Seit mehr als 10 Jahren bestünden wiederkehrende, phasenweise täglich auftretende Migräneattacken. Abweichend von der Einschätzung der Gutachterin Dr. B.____ habe der Neurologe Dr. E.____ eine Restarbeitsfähigkeit von maximal 30 % attestiert (Urk. 1 S. 10). 2.

2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen 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). 2.2

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 2.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai

2009 E.

E. 4

11. Mai 2011 (Urk. 7/45) führte Dr. A.____ als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F34.8), im Sinne einer Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Verlust der Tagesstruktur, finanzielle Situation) auf

(Urk. 7/45/8) . 3.2.2

In seiner versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Beurteilung führte Dr. A.____ aus, dass sich im Rahmen der aktuellen Exploration ein psycho pathologisches Bild mit dysphorischer und spürbar depressiver Grundstimmung zeige (Urk. 7/45/8) . Hinsichtlich seiner beruflich-finanziellen Situation wirke der Beschwerdeführer ängstlich-verunsichert, die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt (Urk. 7/45/8-9) . Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch beeinträchtigt. Das Antriebsverhalten sei reduziert, der formale Gedankengang und die Psychomotorik seien verlangsamt. Vor dem Hintergrund von Anzahl und Schwere der Symptome sei die beim Beschwerdeführer bestehende depressive Episode als mittelgradig zu bezeichnen. Invaliditätsfremde (psychosoziale) Belastungsfaktoren seien bei der Beurteilung jedoch miteinzubeziehen. Die psychische Dekompensation und anhaltende depressive Störung im derzeitigen Ausmass wären ohne die psychosozialen

Belastungsfaktoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeblieben beziehungsweise weniger stark ausgeprägt. Die Kriterien zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden vom Beschwerdeführer nicht hinreichend erfüllt (Urk. 7/45/9).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Dr. A.____ fest, dass dieser in einer Tätigkeit als Koch unverändert zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es bestehe eine Antriebsstörung mit deutlichen Hemmungen sowie eine psychophysische Belastbarkeitsminderung mit vorzeitiger Erschöpfung und Minderung der konzentrativen Ausdauerbelastbarkeit. Körperlich leichte und zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen seien in wohlwollender Arbeitsatmosphäre zu 50 % möglich. Bei positivem Krankheitsverlauf und zunehmender Adaptierung am Arbeitsplatz wäre möglicherweise ein 75%-Pensum erreichbar (Urk. 7/45/10). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei vor allem auf ein psychisches Leiden zurückzuführen. Die psychische Dekompensation und anhaltende depressive Störung in derzeitigem Ausmass wäre zwar ohne die psychosozialen Belastungsfaktoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeblieben beziehungsweise weniger stark ausgeprägt, vor dem Hintergrund der genannten psychosozialen Belastungen habe sich jedoch eine anhaltende depressive Störung mit Krankheitswert entwickelt (Urk. 7/45/11-12). 3.3

3.3.1

Dr. C.____

diagnostizierte im Gutachten

vom 10. Oktober 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig knapp mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine Migräne verbunden mit Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) [Urk. 7/53/20] . 3.3.2

Der Beurteilung von Dr. C.____ kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Verlust der Arbeitsstelle im Jahr 2007 anfänglich mit Verstimmungen reagiert habe, mit der Zeit sei eine negative Eigendynamik entstanden. Es seien depressive Episoden diagnostiziert worden, im Ausmass schwer- bis

mittelgradig. Im Jahr 2009 sei es zu einer Verbesserung gekommen. Seither würden mittelgradige depressive Episoden diagnostiziert. Die Symptomatik bei der Untersuchung

vom 3. September 2012 würde noch auf eine knapp mittelgradige Episode schliessen lassen. Folgende Beobachtungen würden dafür sprechen: Es bestünde keine Suizidalität und keine schwerwiegend gedrückte Stimmung. Der Affekt sei etwas gedämpft, während des Gesprächs „taue“ der Beschwerdeführer aber auf. Auch die Konzentrationsfähigkeit könne er verbessern, wenn er dazu aufgefordert werde. Der Beschwerdeführer wirke übermüdet, aber nicht antriebsgehemmt. Er habe angesichts der Verbesserung des psychischen Zustandes im Oktober 2010 wieder zu arbeiten begonnen. Die seit Anfang 2012 noch vorhandene Psychopathologie erlaube es ihm, zu 60 % tätig zu sein (Urk. 7/53/21). Zu vor sei er von Juni 2008 bis Herbst 2009 zu 60 % und von Herbst 2009 bis Ende 2011 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 7/53/22).

Zwar bestünden eine psychische Komorbidität (knapp mittelgradige psychische Episode), eine chronische körperliche Begleiterkrankung (Migräne) und ein

chronifizierter Schmerzverlauf, diese Kriterien seien jedoch nicht in einem derartigen Ausmass erfüllt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu mehr als 40 % eingeschränkt sei (Urk. 7/53/23). 3.4

Dr. med. B.____, Spezialärztin FMH für Neurochirurgie, stellte in ihrem Gutachten vom 4. September 2012 die Diagnosen (Urk. 7/53/39): - zervikozephalales Schmerzsyndrom/Migräne mit/bei radiologisch/neuro radiologisch unauffälligem Befund und leichter Fehllage und degenerativer Veränderung der Halswirbelsäule (HWS) - lumbale Schmerzen stellungs- und belastungsabhängig auftretend mit/ bei radiologisch leichte n degenerative n Veränderungen vor allem II lio sa kralgelenke beidseits - Kniebeschwerden links beim Treppensteigen auftretend mit/bei radiologisch Status nach Morbus Osgood /Schlatter links, jedoch ohne Arthrose

In ihrer Beurteilung hielt sie fest, die vom Beschwerdeführer beschriebenen Nackenschmerzen mit Migräneattacken bedürften – wie dies bereits 2009 fest gestellt worden sei – einer gezielten spezialärztlichen Behandlung, auch wenn die Schmerzbeschreibung etwas atypisch und ausgeweitet erscheine. Möglicherweise sei die Triptanbehandlung

allein ungenügend, da der Lebensweise des Beschwerdeführers hiermit nicht Rechnung getragen werde. Eine organische Ursache habe neurologisch und neuroradiologisch ausgeschlossen werden können, auch was den während der Untersuchung vorgelegten halb schlafförmigen

Zustand des Beschwerdeführers anbelange (Urk. 7/53/39). Die neurologischen und radiologischen Befunde des zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnittes

würden keinen eine berufliche Tätigkeit einschränkenden Befund erkennen lassen. Aus neurochirurgischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (Urk. 7/53/40). 3.5

In seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2013 führte Dr. D.____ aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Herbst 2009 „nicht gross“ verändert habe, er sei eher schlechter geworden. Die Migräne-Attacken hätten an Schwere und Häufigkeit zugenommen und würden einen starken Leidensdruck verursachen (Urk. 7/67/2). Aufgrund der Depression und der wiederkehrenden Migräne-Attacken bestehe

in der

leidens angepasste n Tätigkeit als Küchenhilfe eine Arbeitsfähig keit von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag

(Urk. 7/67/2-3). 3.6

Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seiner Stellung nahme vom 4.

Juni 2013 fest, dass sich der Gesundheitszustand des Be schwer de führers seit September 2009 verschlechtert habe, mit Zunahme der Migräne kopfschmer zen , der Kopfschmerzen und der lumbalen Schmerzen .

A uch die De pression habe sich verschlechtert . Der Beschwerdeführer leide an einer schwe ren Migräne, die mindestens teilweise invalidisierend sei. Hinzu komme eine mittel schwere bis schwere Depression. Unter Berücksichtigung dieser bei den Erkr an kungen betrage die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerde füh rers min destens 70 % (Urk.

E. 4.1

Zu prüfen ist vorerst , ob sich der psychische Gesundheitszustand des Be schwer deführers sei der Untersuchung bei Dr. A.____ am 19. Mai 2011 erheblich ver bessert hat.

E. 4.2

je mit weiteren Hinweisen). 5.3

Der Beschwerdeführer erhebt keine Einwendungen gegen den Einkommensver gleich der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/58, Urk. 2, Verfügungsteil 2, S.

2). Gestützt auf die

dortigen Angaben zum Valideneinkommen 2007 (Fr. 62'400.--) ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominallohnent wicklung (für Männer; 2007 : 2 049 , 2013: 2204; vgl . die Volkswirtschaft 12-2013, Tabelle B10.3, S.

91 sowie die Volkswirtschaft 12-2014, Tabelle B 10. 3 , S. 93) ein hypothetisches Va lideneinkommen 2013 von Fr. 67' 120.3 5. Hinsichtlich des Invalidenein kommens stellte die Beschwerdegegnerin auf den Tabellenlohn TA1 „Total“ Ziff. 02-96 Männer Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 des Bundesamtes für Statis tik von Fr. 4'901.-- pro Monat ab (Urk. 7/58/2). Unter Be rücksichtigung der im Jahr 2013 geltenden betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stun den (Die Volkswirtschaft 12-2014 , Tabelle B9.2 , S. 92) sowie der Nominallohn ent wicklung (für Männer; 20 10 : 2 150 , 2013: 2204; vgl. die Volkswirtschaft 12-2014 , Tabelle B10. 3 , S.

93) resultiert ein Einkommen v on Fr. 62'851.43 (Pensum 100 %) beziehungsweise ein hypothetisches Invali deneinkommen

von Fr. 37'710.86 im dem Beschwerdeführer zumut ba ren 60%-Pensum. Beim Ein kommensvergleich

er gibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr.

29'409.49 beziehungs weise ein

Invalidi tätsgrad von gerundet 44 % (43,81

%) , bei welchem Anspruch auf eine Viertelsrente besteht (E. 2.2).

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache

(Verfügung vom 7. April 2010 , Urk. 7/36) nahm die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen mit der Begründung, dass dem Beschwerdeführer nur Teilzeit und nur zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre möglich seien, einen Abzug vom Tabellenlohn von 20 % vor (Urk.

7/22, Urk. 7/ 32/2). Nachdem aufgrund des verbesserten psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ein Revisionsgrund gegeben war , war die Beschwerdegegnerin befugt, den Abzug vom Tabellenlohn ohne Bindung an die der ursprünglichen Rentenverfügung zugrunde liegende Qualifikation frei zu überprüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Dr. C. ___ hat kein entsprechendes Belastungsprofil mehr formuliert , weshalb es nicht zu beanstanden ist , dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keinen Abzug vom Tabellenlohn mehr gewährte .

Selbst wenn

wäre dem Titel Beschäftigungsgrad ein Abzug 10

% vom Tabellenlohn vorgenommen würde

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2),

führte dies zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 33'180.58 beziehungsweise einem

Invaliditätsgrad von gerundet 49 % (Valideneinkommen 2013:

Fr. 67'120.35; Invalideneinkommen 2013: Fr. 33'939.77 ; IV-Grad:

49,43 %), welcher ebenfalls nur einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründen würde (E. 2.2).

Im Übrigen verlor der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nicht aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 7/7/11). Damit wäre auch das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen zu ermitteln. Dies liefe auf einen Prozentvergleich und damit auf einen Invaliditätsgrad von 46 % (100 x 0.6 [60%-Pensum] x 0.9 [Abzug von 10 % bei Teilzeitpensum]) hinaus, was ebenfalls bloss Anspruch auf eine Viertelsrente begründete.

Demnach erweist sich die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2013 (Urk. 2)

im Ergebnis als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 800.-- 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: - Rechtsanwalt Yves Blöchliger -
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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15.
August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

E. 4.3

.2

Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts
psychische Störungen leichter bis mittel schwerer Art im Allgemeinen als therapeutisch
angehbar angesehen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August
2011 E. 5.3.4 mit Hinweis). Im Fall des Beschwerdeführers sind den Akten objektive
Gründe zu entnehmen, welche für die von Dr. C.____ festgehaltene Verbesserung der
depressiven Erkrankung sprechen. Ab Behandlungsbeginn bei Dr. D.____ am 20. August
2007 wurde der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/8/7-8).
Die Zuweisung erfolgte „not fall mässig“ wegen einer starken Depression. Als
Behandlungsmassnahmen wurden eine alle zwei Wochen stattfindende Gesprächs
therapie und eine medikamentöse antidepressive Therapie sowie eine Migräne- und Ergo
therapie durchgeführt (Urk. 7/8/10, Urk. 7/12/2). In seinen Berichten vom 30. Juni und
1. September 2008 nannte Dr. D.____ die Diagnose depressive Episode mittel schwer bis
schwer mit Somatisierung (Urk. 7/8/8, Urk. 7/12/1). In der Folge kam es zu einer
Verbesserung. Mit Schreiben vom 29. Mai 2009 teilte Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin
mit, dass sich das depressive Zustandsbild des Beschwerdeführers in den letzten Wochen
nach langer Krankheit wieder aufgehellt habe. Ab 1. Juni 200

E. 4.3.1

). Der Beschwerdeführer erwähnte gegenüber Dr.

C.____

weiter auch, dass aufgrund der Besserung seiner Beschwerden nun keine Behandlung in
einer psychiatrischen Klinik mehr nötig sei. Zum Psychiater Dr. D.____ gehe er alle drei
Wochen. Die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit habe dazu geführt, dass er weniger an
Schuldgefühlen leide und sich weniger wertlos fühle (Urk.

7/53/18). Der Konsultationsrhythmus ist denn

auch gemäss den Angaben von Dr. D.____

vom 15. November 2012 auf alle drei Wochen reduziert worden

(Urk.

7/55/3) und eine weiter gehende psychiatrische Behandlung ist gemäss Dr.

C.____ nicht mehr nötig (Urk. 7/53/21).

Die Arbeit hat für den Beschwerdeführer subjektiv eine Verbesserung bewirkt.

Allerdings wurde diese Arbeitstätigkeit seit Oktober 2010

nicht gesteigert, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass der Beschwerdeführer bei der F.____ GmbH nur auf Abruf tätig ist (Urk. 7/57/5) und seine Einsatzmöglichkeiten mithin beschränkt sind. Nach dem Gesagten erweist sich die von Dr. G.____ beschriebene Verbesserung als nachvollziehbar und begründet.

E. 4.3.3

Demgegenüber vertritt der behandelnde Psychiater Dr. D.____ den Standpunkt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Herbst 2009 nicht wesentlich verbessert, sondern eher verschlechtert habe (Urk. 7/67/1-2).

Rechtsprechungsgemäss

kann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Der begutachtenden Person ist deshalb praktisch ein gewisser Spielraum – innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind – zu gewähren, so fern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vor gängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4 mit weiteren Hinweisen). Dies trifft auf die Stellungnahme von Dr.

D.____ vom 21.

Mai 2013 (Urk. 7/67) aber nicht zu. So scheint sich der behandelnde Arzt die Migräneproblematik betreffend weitgehend auf die subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers zu stützen und bleibt seine Einschätzung, dessen Gesundheitszustand habe sich eher verschlechtert, mit erheblicher Unsicherheit behaftet (Urk. 7/67/2).

Objektive psychopathologischen Befunde, welche Zweifel am Gutachten von Dr.

C.____ vom 10. Oktober 2012 (Urk. 7/53/15-26) begründen

können, sind der Stellungnahme von Dr. D.____ vom 21. Mai 2013 (Urk. 7/67) indes nicht zu entnehmen.

Die Einschätzung von

Dr. C.____,

wonach der Beschwerdeführer seit Anfang 2

E. 7

/ 6

E. 09

(Urk. 7/21) und demjenigen von Dr. A.____ vom 24. Mai 2011 (Urk. 7/45) Stellung (Urk. 7/53/26). Er untersuchte den Beschwerdeführer am 3. September 2012 (vgl.

Urk. 7/53/15) und berücksichtigt dessen Beschwerden und Verhalten (vgl.

insbes.

Urk. 7/53/17 -20).

Als objektive Befunde erhob

Dr. C.____ bei der besagten Untersuchung bezüglich der Affektivität, dass der Beschwerdeführer zu Beginn des Gesprächs eher niedergeschlagen, deprimiert und bedrückt gewesen sei. Mit der Zeit „taue er auf“. Es bestehe keine schwer mütig gedrückte Stimmung und keine Suizidalität. Er wirke übermüdet, klage darüber, am Morgen vor der Untersuchung Ängste empfunden zu haben. Gedächtnisstörungen liessen sich nicht feststellen. Der Antrieb sei leicht gehemmt, sonst seien keine psychomotorischen Störungen nachweisbar (Urk.

7/53/19). Es bestehe ein gut herstellbarer affektiver Rapport. Die Motivation sei vorhanden. Der Beschwerdeführer wirke auf seine Kopfschmerzen fixiert und äussere hypochondrische Befürchtungen (Urk. 7/53/20). Dem gegenüber hatte Dr. A.____ hinsichtlich der von ihm bei der Untersuchung vom 19. Mai

2011 erhobenen objektiven psychopathologischen Befunde noch festgehalten, dass die Grundstimmung des Beschwerdeführers nie der geschlagen und gedrückt sowie die affektive Schwingungsfähigkeit deutlich eingeschränkt sei. Die Beschwerdeschilderungen seien glaubhaft und ein Leidensdruck spürbar. Der Beschwerdeführer wirke bei der Beschwerdeschilderung weitestgehend authentisch. Eine Tendenz zur Aggravation könne nicht ganz ausgeschlossen werden, sei aber nicht dominierend. Der formale Gedankengang sei verlangsammt, insgesamt aber geordnet und nachvollziehbar. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch beeinträchtigt. Das Antriebsverhalten sei reduziert, psychomotorisch wirke der Beschwerdeführer wenig lebhaft und deutlich verlangsammt (Urk. 7/45/7). Der Vergleich dieser Befunde spricht – wie von Dr. C.____ aufgezeigt (E. 3) –

dafür, dass es zwischen der Untersuchung bei Dr. A.____ vom 19. Mai 2011 und derjenigen bei Dr. C.____ vom 3. September 2012 zu einer Verbesserung hinsichtlich der psychischen Beschwerden gekommen ist.

E. 9

habe er den Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig geschrieben (Urk.

7/17) . Die psychiatrische Z.____ -Gutachterin, welche den Beschwerdeführer am 11. August 2009 untersuchte, diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode und attestierte dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit bereits seit Juni 2007

bestehe (Urk. 7/21/24). Laut dem Beschwerdeführer habe sich sein Zustandsbild seit fünf bis sechs Monaten je doch besonders am Nach mittag ge bessert, so dass es zu einer gewissen Auf hellung am Nachmittag komme ,

wes halb derzeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer an ge passten Tätig keit vor liege (Urk. 7/21/25). Die Gutachterin ging davon aus , dass die Arbeits fähigkeit des Be schwerdeführers durch eine adäquate Therapie – empfohlen wurd e eine eng maschigere am bulante oder eine stationäre psychotherapeutische Behand lung und eine An passung der antidepressiven medikamentösen Therapie – überwie gend wahrscheinlich deutlich verbessert werden könne (Urk. 7/21/24). Wie dem Ver laufsbericht von Dr. D.____ vom 24. Januar 2011 zu entnehmen ist, hat sich hernach bezüglich der Psychotherapie nichts geändert und es fand weiterhin eine medikamentöse Therapie sowie alle zwei Wochen eine Gesprächs therapie statt (Urk. 7/40/6). Dr. D.____ attestierte dem Beschwerdeführer ab 18. Dezember 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, der Behinderung angepasste A rbeiten (Urk. 7/40/6). Am 15. Oktober 2010 hat der Beschwerde führer eine Arbeitsstelle bei der F.____ GmbH angetreten, wo er für ein bis zwei Stunden pro Tag auf Abruf als Aushilfe am Bu ffet und in der Reinigung arbeitet (Urk. 7/41/1-2, Urk. 7 /41/9).

Dort ist er seinen Angaben zufolge am Morgen tätig

und trifft sich am Nachmittag mit Kollegen, trink t Kaffee , lies t die Zeitung oder geht spazieren (Urk. 7/45/6, Urk. 7/53/19) . Gemäss Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 24. Januar 2011 hat sich die Depression chronifiziert . A ls „Hoffnungs schim mer“ wurde die Arbeit be zeichnet bei weiter hin 50%iger Ar beitsfähigkeit für leichte Arbeit (Urk. 7/40/5-7). Dr. A.____

hielt in seinem Gutachten vom 24 . Mai 2011 fest, dass unter Weiterführung der psychotherapeutischen-psycho pharmakologischen Behand lung und günstigem Verlauf me dizinisch-theoretisch eine gewisse Verbesserung des Gesundheits zustandes und damit der Arbeits fähig keit (auf 75 %) möglich sei (E. 3.2.2) . Dem Gutachten vom Dr. C.____ ist schliesslich zu ent nehmen, dass sich Anfang 2012 eine zusätzliche Besserung ein gestellt habe (Urk. 7/53/18). Der Be schwerde führer bestreitet im vorliegenden Verfahren, dass er von einer Verbesserung Anfang 2012 gesprochen habe

(Urk. 1 S.

8). Wie es sich damit verhält, kann letztlich offen bleiben , da sich die von

Dr. C.____ festgestellte Verbesserung auf objektivierbare Grundlagen stützen lässt (E.

E. 012

aus psychiatrischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit zu 6 0

% arbeits fähig ist (E. 3.3.2 , Urk. 7/53/25), ist mithin nicht zu beanstanden. 4. 4

Aufgrund des Gut achtens von Dr. B.____ vom 4. September

2012 (Urk. 7/53/28-43) ist sodann keine Verschlechterung in somatischer Hinsicht seit der Mitteilung vom 1 2. Juli 2011 (Urk. 7/50) ausgewie sen . Wohl beschreibt Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2013 eine Verschlechterung des Gesundheit s zustandes des Beschwerdeführers seit September 2009 (E. 3.6). Auf diese Stellungnahme kann vorliegend allerdings nicht abgestellt werden.

Dr. E.____ weist

zwar darauf hin, dass er den Beschwerdeführer am 3. Juni 2013 erneut untersucht habe (Urk. 7/69/1), in der Stellungnahme vom 4. Juni 2013 gibt er aber im Wesentlichen die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu dessen Beschwerden wieder, ohne objektivierte Befunde zu nennen (vgl. Urk. 7/69/1-2). Weil er bei seiner Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auch die Depression berücksichtigt (E. 3.6), äussert er sich zu dem der Neurologe Dr. E.____ fachfremd. Nachdem Dr. E.____ schliesslich die Anamnese- und Befunderhebung durch Dr. B.____ als sehr detailliert und mit seinen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer als übereinstimmend bezeichnet hat (Urk. 7/69/3), ergibt sich keinerlei Grund, von der Einschätzung von Dr. B.____ abzuweichen. Danach konnte sich eine organische Ursache für die Kopfschmerzen nicht finden lassen und zeigten die zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnitte keinen eine berufliche Tätigkeit einschränkenden Befund.

Damit sind auch keine weiteren medizinischen Abklärungen anzuordnen (Urk. 1 S.1 und Urk. 1 S. 13). 5.

5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die medizinisch

attestierter Arbeitsfähigkeit von 60 %

ab Anfang 2012 in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts prüft die Verwaltung – wenn ein Revisionsgrund gegeben ist – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend („allseitig“), es ist nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; viel mehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Herauf-, Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente führt (Urteile des Bundesgerichts 8C_646/2011 vom 17. November 2011 E. 4.3, 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014 E. 4.2, 8C_510/2014 vom 18. November 2014 E.

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