

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00011 vom 21. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00011 du 21 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00011 del 21 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Juli 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 %
eine halbe Rente (samt Kinderrenten) zu (Urk. 8/22 -23).

E. 1.1

Die den Invaliditätsgrad und dessen Bemessung betreffenden rechtlichen Grundlagen (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG; Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk.

2 S.

1). Darauf kann verwiesen werden.

E. 1.2

Die Verwaltung kann auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Zweifelloser Unrichtigkeit im wiedererwägungsrechtlichen Sinne liegt etwa vor, wenn die Verfügung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Weiter kann eine zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient somit der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_947/2010 vom 1. April 2011 E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). Auch klar unzutreffende Annahmen, die für die Diagnosestellung von entscheidender Bedeutung sind, können in gleicher Weise wie das Fehlen einer nachvollziehbaren fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine Leistungszusprechung als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_86/2013 vom 30. April 2013 E. 2.1 mit Hinweisen) . 1. 3

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzel fall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438

S. 345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nachdem die IV-Stelle im Juli 2013 eine weitere Überprüfung des Rentenanspruchs eingeleitet hatte, stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom

23. September 2014 (Urk. 8/87) die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 12. April 2006 zufolge zweifelloser Unrichtigkeit beziehungsweise die Einstellung der bisherigen (halben) Rente in Aussicht. Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 8/91), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. November 2014 an der wiedererwägungsweise n Aufhebung der halben Invalidenrente fest (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X. ___ - unter Beilage eines Berichtes des Dr. med. Y. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , vom 24. Dezember 2014 (Urk. 3) - am 5. Januar 2015 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 18. November 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere sei ihm eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss am 4. Februar 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Ein Doppel dieser Eingabe wurde dem Beschwerdeführer am 10. Februar 2015 zugestellt (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2) damit, dass bei der Rentenzusprechung im Jahr 2006 kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen gewesen sei , da die Diagnose vor allem auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen gewesen sei .

In der heutigen Revision zeigten sich beim Beschwerdeführer viele Ressourcen. Auch heute lägen noch psychosoziale Belastungsfaktoren vor, wie die Scheidung seiner Ehe und eine

konfliktvolle Beziehung mit einer neuen Partnerin (S. 2). Klammere man die psychosozialen Belastungsfaktoren aus, könne aus rechtlicher Sicht gesagt werden, dass die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen überwindbar seien. Das bedeute, dass mit einer zumutbaren Willensanstrengung die angestammte Tätigkeit zu 100 % ausgeübt werden könne (S. 3). Es könne gesagt werden, dass die vorliegenden Diagnosen aus den Jahren 2006 und 2008, Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22), als vorübergehend gelten würden. Der Wiedererwägungsgrund liege in diesen zwei Jahren vor. Im Jahr 2012 sei seitens der IV-Stelle der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Es seien keine Unterlagen bezüglich der selbstständigen Erwerbstätigkeiten angefordert worden und es sei kein neuer Einkommensvergleich gemacht worden (S. 3).

2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die Voraussetzungen einer Wiedererwägung nicht gegeben seien. Wollte zum heutigen Zeitpunkt von der Beschwerdegegnerin entgegen den Aussagen der vorliegenden Arztberichte und entgegen den Aussagen des RAD ein veränderter Gesundheitszustand geltend gemacht werden, so müsste sie ein psychiatrisches Gutachten anordnen. Solange kein Gutachten den von betreuenden Fachpersonen ausgewiesenen, selbstständigen Gesundheitszustand widerlege, sei die Einstellung der Rente widerrechtlich (S. 10).

2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Verfügungen vom

E. 1.7

Im mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 24. Dezember 2014 (Urk. 3) äusserte Dr. Y. ___ zwar, dass sowohl die Panikstörung als auch die klaustrophobischen Symptome wesentlich seien für die Arbeitsfähigkeit/-unfähigkeit und für eine künftige Arbeitstätigkeit des Patienten und die Anforderungen an eine solche Tätigkeit entsprechend anzupassen seien.

Aus dieser Aussage lässt sich jedoch keine konkrete Arbeitsunfähigkeit ableiten.

4.2.4

Weiter geht aus den Akten

hervor, dass das Beschwerdebild wesentlich durch - grundsätzlich invaliditätsfremde und daher bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs auszuklammernde (E. 1.3) - psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst wurde und seither von solchen geprägt ist. Namentlich zu erwähnen sind dabei

die Trennung im Jahr 2002

(selbst Dr. Z. ___ führte aus, dass ursprünglich die Trennung von der Ehefrau zu den bekannten Nervenzusammenbrüchen führte, Urk. 8/28 S. 6) und spätere Scheidung (23. Januar 2014, Urk. 8/82, vgl. auch Urk. 8/85 S. 1, wonach die Scheidung für ihn nicht einfach sei)

des Beschwerdeführers, eine oft konfliktvolle neue Partnerschaft seit 2010

(Urk. 8/85 S. 1 und S. 3), der Verlust der Arbeitsstelle und Arbeitslosigkeit (Urk. 8/85 S. 4), Existenzängste und zu hohe Arbeitsbelastung (Urk. 8/57).

Beim Beschwerdeführer spielten somit

psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Unterhaltung des depressiven Beschwerdebildes durchaus eine massgebliche Rolle, wurde dies doch durch mehrere behandelnde Fachpersonen konstatiert (vgl. Urk. 8/28 S. 6, Urk. 8/85 S. 4).

Es ist daher davon auszugehen, dass die psychische Störung des Beschwerdeführers wesentlich durch ungünstige psychosoziale Umstände geprägt ist.

4.2.5

Bereits im August 2005 stellte die Psychotherapeutin A. dem Beschwerdeführer eine günstige Prognose, wonach er zu einem späteren Zeitpunkt sicher auch 70 % arbeiten könnte. Nach ihrer Einschätzung werde er in zwei Jahren seine Beeinträchtigung überwunden haben (Urk. 8/15). Auch Dr. Z. hielt Mai 2007 fest, der Gesundheitszustand habe sich stabilisiert (Urk. 8/28

S. 5). Die Psychotherapeutin A. hielt im Mai 2007 fest, seit Sommer 2006 zeige sich eine leichte Besserung der Anpassungsstörung und die Angstzustände hätten reduziert werden können. Nach ihrer Einschätzung werde der Beschwerdeführer Ende dieses Jahres seine Beeinträchtigung überwunden haben (Urk. 8/29).

Auch im September 2008 hielt die Psychotherapeutin A. fest, der Gesundheitszustand habe sich verbessert (Urk. 8/38).

Dr. Z. stellte im Oktober 2008 ebenfalls einen verbesserten Gesundheitszustand fest (Urk. 8/39).

Die Psychotherapeutin C. und Dr. D. hielten fest, dass längerfristig gesehen mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (Urk. 8/57 S. 3).

Auch aufgrund dieser von Anfang an

guten Prognosen ist eine invalidisierende Wirkung des Leidens des Beschwerdeführers nicht erkennbar. Vielmehr bestätigen diese Einschätzungen die Erfahrung, dass Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind (vgl. E. 4.2.1), im vorliegenden Fall aber keine ausreichenden Therapiebemühungen stattgefunden haben beziehungsweise aufgrund von psychosozialen Belastungsfaktoren die prognostizierte Verbesserung nicht eingetreten ist. 4.2.6

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist dem depressiven Leiden des Beschwerdeführers nach dem Gesagten keine invalidisierende Wirkung beizumessen. 4.3

Bezüglich der im Dezember 2014 (Urk. 3) - nach Erlass der Verfügung vom 18. November 2014 - neu gestellten Diagnose einer Panikstörung ist festzuhalten, dass diese offenbar erst ab September/Oktober 2014 auftrat (ungefähr ein mal wöchentlich) im November oder Dezember jedoch bereits wieder seltener.

Aufgrund dessen kann nicht von einer

voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer nahm das gegen die Angstzustände verschriebene Temesta bisher noch gar nicht ein, was gegen einen ernsthaften Leidensdruck spricht.

Betreffend der ebenfalls im Bericht vom 24. Dezember 2014 festgestellten

klaustrophobische Symptome ist zu bemerken, dass nicht ersichtlich ist, weshalb das Vermeiden von Lift- und Zugfahren, alleine im Auto durch Tunnel zu fahren oder die Angst, in eine „MRI Röhre“ geschoben zu werden (Urk. 3), die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinflussen würden. 5.

Steht die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung fest, so ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheides zu ermitteln (in diesem Sinne auch Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 5 mit Hinweisen), woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben (Art. 28 Abs. 1 IVG; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1).

Liegt beim Beschwerdeführer keine Krankheit vor, welche invalidenversicherungsgesetzlich zur Annahme einer andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, besteht keine Invalidität, weshalb sich die Verfügung vom 18. November 2014 (Urk. 2) als rechtmässig erweist und die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen

ist. 6.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens 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 zugestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 6

Juni 2007 (Urk. 8/32) und vom 16. Dezember 2008 (Urk. 8/41). Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten sodann Arbeitsvermittlung (Mitteilung vom 5. Mai 2010, Urk. 8/45) und

bestätigte den Anspruch auf eine halbe Rente anlässlich einer erneuten Revision mit Mitteilung vom 27. Juli 2012 (Urk. 8/68).

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127

V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 11

Januar 2006

beziehungsweise 12. April 2006 (Urk. 8/22 und Urk. 8/23) zu Recht wiedererwägungsweise aufgehoben und die ganze Rente mit Wirkung ab dem

1. Januar 2015

eingestellt hat. 3.

3.1

Die IV-Stelle stütze sich bei der Rentenzusprechung im Jahr 2006 auf die Berichte der Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, sowie der behandelnden Psychotherapeutin A.____ : 3.1.1

Dr. Z.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, stellte im Bericht vom

4. August 2005 (Urk. 8/13) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - mittelschwere Depression, wahrscheinlich reaktiv, mit somatischen Beschwerden - Verdacht auf Angstsyndrom - Schlafstörung - multiple psychosoziale Belastungsfaktoren

Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei in Trennung von seiner langjährigen Ehefrau gestanden, mit der er auch zwei Kinder im Schulalter habe. Es hätten ihn Zweifel geplagt, seine Tätigkeit am Arbeitsplatz überhaupt noch ausführen zu können, da Konzentrationsstörungen aufgetreten seien und ihm Erschöpfungszustände mit Weinkrämpfen sowie auch Hyperventilationsanfälle die Arbeit am Computer verunmöglicht hätten. Der Beschwerdeführer habe trotz extremer Müdigkeit an Schlafstörungen gelitten, die ihn bis heute begleiteten, so dass er Mühe habe, morgens aufzustehen. Im Weiteren sei es zu deutlichen Verwahrlosungszeichen und sozialem Rückzug sowie erhöhtem Alkoholkonsum gekommen, weshalb eine intensive psychologische Betreuung erforderlich geworden sei. An eine Rückkehr an den Arbeitsplatz sei damals nicht zu denken gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich bei der delegierten Psychologin in B.____ sofort gut aufgehoben gefühlt und habe die Termine regelmässig wahr genommen. Unter dieser Betreuung sei es im Verlauf zur Besserung vor allem der somatischen Beschwerden wie Thoraxschmerzen und Hyperventilation gekommen, die Beschwerden im Rahmen der Depression wie Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust seien weiterhin persistent, auch die Angstsymptome seien noch vorhanden. Der Beschwerdeführer sei bemüht, seine Arbeit wieder aufzunehmen und habe dies seit dem 30. Mai 2005 auch zu 50 % schaffen können. Die Behandlung und Heilung der Depression werde voraussichtlich noch längere Zeit in Anspruch nehmen, weshalb aus hausärztlicher Sicht mit einer Arbeitsunfähigkeit von ungefähr 50 % für eine befristete Zeit zu rechnen sei (Urk. 8/13/

5-6). 3. 1. 2

Die behandelnde Psychotherapeutin A.____

hielt im Bericht vom 18. August 2005 (Urk. 8/15) fest, der Beschwerdeführer sei im Spätsommer letzten Jahres zu ihr in die Psychotherapie gekommen mit einem Erschöpfungs- und Burnout syndrom, das sie erfolgreich durch Körper-, Atem- und Psychotherapie hätten bearbeiten können. Es bleibe eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD - 10 F43.22). Der Beginn der Beeinträchtigung datiere im Frühling 2004. Sie schätzte die Arbeitsfähigkeit zu 50 % als bedenkenlos ein, doch würde sich eine Mehrbelastung kontraproduktiv auswirken. Zu einem späteren Zeitpunkt seien sicher auch 70 % verantwortbar. Als weitere Massnahmen seien zwei Mal monatlich Psychotherapie und Coaching geplant. Bezüglich der Prognose hielt sie fest, sie denke, dass der Beschwerdeführer in zwei Jahren seine Beeinträchtigungen überwunden habe und entsprechend einsatzfähig sein werde. 3. 2

Im Rahmen der im Jahr 2007 durchgeführten Revision holte die IV-Stelle Berichte der Hausärztin sowie der behandelnden Psychotherapeutin ein: 3.2.1

Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 21. Mai 2007 (Urk. 8/28) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Depression (seit 2004) - Verdacht auf Angstsyndrom (seit 2004) - Asthma bronchiale (seit 2004 und länger) - chronische rezidivierende Diarrhoe (seit 2006)

Der Beschwerdeführer sei zeitlich und örtlich gut orientiert, es bestehe ein leichter Tremor. Er wirke müde und abgespant. Vom 30. Mai 2005 bis 21. Mai 2007 (und weiterhin) bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. 3. 2.2

Die behandelnde Psychotherapeutin A. ____

stellte im Bericht vom 21. Mai 2007 (Urk. 8/29) die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD - 10 F43.22). Sie stellte fest, seit Sommer 2006 zeige sich eine leichte Besserung der Anpassungsstörung. Die Angstzustände hätten reduziert werden können. Die weiteren Massnahmen seien zwei Mal monatlich Psychotherapie und Coaching. Sie denke, dass der Beschwerdeführer Ende des Jahres seine Beeinträchtigungen überwunden haben und entsprechend einsetzbar sein werde. 3. 3

Bei der Revision im Jahr 2008 stütze sich die IV-Stelle wiederum auf Berichte der Psychotherapeutin und der Hausärztin: 3.3.1

Die Psychotherapeutin A. ____ stellte im Bericht vom 3. September 2008 (Urk. 8/38) die gleiche Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD - 10 F43.22). Der Zustand habe sich verbessert. Als therapeutische Massnahmen bestünden zwei Mal monatlich Psychotherapie und Coaching. 3. 3.2

Dr. Z. ____

hielt im Bericht vom 1. Oktober 2008 (Urk. 8/39) fest, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Sie stellte die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit Depression und Angst; im Vordergrund sei nun weniger die Depression, sondern es habe sich klar eine Angst-Panik-Störung herauskristallisiert, die den Beschwerdeführer im Alltag und vor allem bei Leistungsdruck stark behindere und weiterhin zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Die Prognose sei unter Therapie gut, da immerhin die Depression nun unter Kontrolle sei. 3.4

Im Rahmen der im Jahr 2011 eingeleiteten Revision holte die IV-Stelle Berichte der Psychotherapeutin C. ____ und Dr. med. D. ____ sowie der Hausärztin ein: 3. 4.1

Die Psychotherapeutin C. ____ sowie Dr. med.

D. ____ , Oberarzt ,

Psychotherapeutisches Ambulatorium, E. ____ , welche den Beschwerdeführer seit 12. Februar 2008 behandelten, stellten im undatierten Bericht (Eingang : 23. November 2011 ,

Urk. 8/57) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD- 10 F33.11). Sie hielten fest, der Beschwerdeführer leide an Schlafstörungen, Störungen des Verdauungstraktes, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, starker Erschöpfung bei gleichzeitigem Antriebsmangel

sowie Existenzängsten. Die gegenwärtige Behandlung umfasse eine körperzentrierte Psychotherapie, eine Sitzung alle drei Wochen. Der Beschwerdeführer nehme das Medikament Solevita ein. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 % seit Mai 2005 bis auf weiteres. Längerfristig gesehen könne mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit im Umfang von 80 % gerechnet werden. 3. 4.2

Dr. Z. ____

hielt im Bericht vom 18. Dezember 2011 (Urk. 8/60 /5) fest, die bisherige Berentung sei hauptsächlich auf der Basis der psychiatrischen Störung, die eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion beinhaltet habe, erfolgt. Unter einer regelmässigen Psychotherapie habe sich der Beschwerdeführer beruhigen können, indem sich die häufigen Panik- und Angstzustände deutlich reduziert hätten. Weiterhin bestehe eine deutliche depressive Symptomatik, die unter Behandlung stehe und zur 50%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führe. 3.5

Anlässlich der aktuellen, im Jahr 2013 eingeleiteten Revision holte die IV-Stelle einen Bericht von

MSc , d ipl. phil. F.____ und Dr. med.

Y.____ vom

G.____ , Psychotherapeutisches Ambulatorium, H.____ , ein. Diese behandeln den Beschwerdeführer seit 20. August 2013 und stellten im undatierten Bericht (Eingang 1. Juli 2014 , Urk. 8/85) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge im ängstlich-vermeidenden Bereich (Z73.1) - Probleme in der Beziehung zur Partnerin (Z63.0)

Sie hielten fest, der Beschwerdeführer sei im Bewusstsein klar und allseits orientiert. Es bestünden Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen. Das formale Denken sei gehemmt und grübelnd. Er habe Befürchtungen und Zwänge: leichtes Misstrauen und eine leicht klaustrophobische Tendenz. Es bestehe kein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen und keine Sinnestäuschungen. Intermittierende Depersonalisationserscheinungen seien vorhanden. Die Affektivität sei gekennzeichnet durch ein Gefühl der Gefühllosigkeit und der inneren Leere, er sei affektarm, die Vitalgefühle seien gestört, er sei deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, dysphorisch , gereizt, innerlich unruhig, habe Insuffizienzgefühle, Existenzängste, sei ambivalent, affektlabil und affektinkontinent . Der Beschwerdeführer sei antriebsarm und motorisch unruhig. Sie verwiesen auf zircadiane Besonderheiten (morgens schlechter mit Früherwachen, abends schlechter) . Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe kein Anhalt von akuter Suizidalität. Es bestünden Schlaf- und Vigilanzstörungen . Die Schlafdauer sei verkürzt und es bestünden Müdigkeit und Erschöpfung. Der Appetit sei unauffällig ,

die Sexualität etwas vermindert. Zudem seien Mundtrockenheit, Magenbeschwerden, Obstipation, Atembeschwerden (Asthma), Schwindel, Herzklopfen, vermehrtes Schwitzen, Kopfdruck und Rückenbeschwerden festzustellen.

Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, sei von ihnen nicht beurteilbar und müsste speziell abgeklärt werden.

Die gegenwärtige Behandlung sei eine ambulante, integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, eine Sitzung pro Woche. Der Beschwerdeführer nehme das Medikament Solevita forte ein, sie überlegten aktuell , die Medikation zu verändern. 3.6

Der Beschwerdeführer reichte mit der Beschwerde einen neuen Arztbericht des Dr. Y.____ ein. Dieser

stellte im Bericht vom 24. Dezember 2014 (Urk. 3) die Diagnose der seit Jahren bestehenden rezidivierenden depressiven Störung sowie einer neu dazugekommenen Panikstörung. Der Beschwerdeführer beschreibe ein anfallsartiges Geschehen, das plötzlich auftrete, überraschend, ohne erkennbare Auslöser an verschiedenen Orten (zum Beispiel in der Küche oder auch beim Joggen draussen im Wald): Er spüre dann Enge in der Brust, Atemnot, eine Hitze aufsteigend in den Kopf, ein inneres Weggehen von der Umwelt (wie in einem unrealen Film sein), etwas komme wie von hinten über ihn rein (wie eine Decke). Gleichzeitig empfinde er heftige Angst, bekomme wacklige Knie, spüre raschen Puls. Im September/Oktober 2014 habe er diese Attacken ungefähr ein mal wöchentlich erlebt, im November oder Dezember seltener. Die letzte Attacke stamme vom 11. Dezember 2014 anlässlich des Joggens. Nach ungefähr zwanzig Minuten würden die Symptome langsam verschwinden, beeinflussen könne er sie kaum. Sich hinlegen könne nützlich sein, aber auch verschlechternd. Diese Attacken würden Panikattacken entsprechen. Der Beschwerdeführer er fülle 12 der 14 Symptome des IDCL Fragebogens für Panikstörung, Teil B.

Therapeutisch hätten sie dem Beschwerdeführer Temesta

Expidet verschrieben. Er solle Temesta bei Auftreten einer Panikattacke nehmen, was er allerdings bis jetzt nicht gemacht habe, da seither nur einmal eine Attacke aufgetreten sei.

Zusätzlich sei beim Patienten auch ein Beschwerdekomples im Sinne einer Klaustrophobie eruiert: er vermeide das Liftfahren und das Zufahren soweit möglich. Ebenso fahre er nicht durch Tunnels, wenn er alleine in einem Auto sei. In eine MRI Röhre geschoben zu werden für eine Untersuchung sei für ihn eine unaushaltbare Vorstellung. Diese klaustrophobischen Beschwerden hätten in letzter Zeit eher zugenommen. Sie würden denken, dass beide Beschwerdebilder, sowohl Panikstörung als auch klaustrophobische Symptome, wesentlich seien für die Arbeitsfähigkeit/-unfähigkeit und für eine künftige Arbeitstätigkeit des Patienten und die Anforderungen an eine solche Tätigkeit entsprechend anzupassen seien. Die aktuelle Medikation bestehe aus Solevita forte und Valdo xan und

Temesta

Expidet in Reserve. 4.

4.1

Die IV-Stelle ging bei der Rentenzusprechung im Jahr 2006 (Urk. 8/22 -23) da von aus, dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig ist. Diese Beurteilung beruhte auf der Einschätzung der Hausärztin

Dr. Z.____ und der damaligen behandelnden Psychotherapeutin A.____. Auch im Rahmen der Revisionen im Jahr 2007 und 2008 stützte sich die IV-Stelle auf Berichte der Hausärztin und der behandelnden Psychotherapeutin und bestätigte die halbe Invalidenrente (Urk. 8/32 und Urk. 8/41). Im Rahmen der Revision im Jahr 2011 stützte sich die IV-Stelle auf die Beurteilung durch die Psychotherapeutin C.____ und Dr. D.____ und bestätigte erneut die halbe Rente (Urk. 8/68).

Weder bei der erstmaligen Rentenzusprechung im Jahr 2006 noch bei den Revisionen in den Jahren 2007, 2008 und 2011 äusserte sich ein Psychiater zu den (psychiatrischen)

Diagnosen, Befunden sowie der Arbeitsfähigkeit .

Dr. D.____ , w elcher den Beschwerdeführer im Jahr 2011 beurteilte, erwarb erst im Jahr 2013 den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie (www.doctor.fmh.ch

). Vor diesem Hintergrund erscheint der medizinische Sach verhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzuspr echung

sowie anlässlich der Revisionen als ungenügend abgeklärt, weshalb die Invaliditätsbemessung nicht rechtskonform und im wiedererwägungsrechtlichen Sinne zw eifellos un richtig war (vgl. E. 1.2 , vgl. auch Urteil des Bundesgerichts Urteil des Bundes gerichts 8C_864/2015 vom 30. März 2016 E. 5.1). 4. 2

Im Rahmen der aktuellen, im Jahr 2013 eingeleiteten Revision wurde erstmals der Bericht eines Facha rztes/Psychiaters eingereicht. MSc , dipl. phil. F.____ und Dr. Y.____

stellten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), akzentuierte Persönlichkeitszüge im ängstlich-vermeidenden Bereich (Z73.1) sowie Probleme in der Beziehung zur Partnerin (Z63.0). 4. 2 .1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, ein zig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermas sen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung De pressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehrbar sind - gesetzlich ver langten Konstellation ist den no rmativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stati onären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nach haltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bun desgerichtes 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" an gegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bund esgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

"Burn-out" stellt als Z-Diagnose (ICD-10 Z73.0) kein en rechtserhebliche n Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1 mit Hinweis auf 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu

bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen) . 4. 2 . 2

Die gestellten Diagnosen einer akzentuierten Persönlichkeit (Z73.1) sowie der Probleme in der Beziehung zur Partnerin (Z63.0)

fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens . Bei der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) ist zu prüfen, ob diese Störung erwiesenermassen therapie resistent ist.

Nach der Rechtsprechung, welche sich auf Fachliteratur stützt, beinhaltet eine intensive Psychotherapie mindestens eine Sitzung pro Woche (BGE 137 V 70

E. 5.2).

Gemäss der Psychotherapeutin A.____ war en im August 2005 als regel mässige Psychotherapie zwei Sitzungen pro Monat

(Urk. 8/15, E. 3.2) und im Mai 2007 ebenfalls zwei Sitzungen p ro Monat vorgesehen (Urk. 8/29) . Im No vember 2011 umfasste die Behandlung bei der Psychotherapeutin C.____ bzw. bei

Dr. D.____ eine Sitzung alle drei Wochen

(Urk. 8/57).

Die Therapie bei lic . phil. C.____ wurde Ende 2012 beendet (Urk. 8/78).

Zwar wechselte der Beschwerdeführer ab August 2013 in das G.____ -Ambulato rium, wo eine wöchentliche Sitzung stattfand (Urk. 8/85). Von einer langjähi gen intensiven Psychotherapie im Sinne der Rechtsprechung kann jedoch bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 18. November 2014 noch nicht ausgegangen werden. Auch in medikamentöser Hinsicht hat der Beschwerde führer die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft. Seit dem Jahr 2005 nahm er lediglich das pflanzliche Medikament Solevita , welches die Hausärztin verschrieben hatte (Urk. 8/85) , ein und erst nach Erlass der Verfügung vom

18. November 2014 (Urk. 2) zusätzlich das Antidepressivum Valdoxan (Urk. 3).

Vorliegend kann von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medika mentösen Behandlungsmöglichkeiten nicht gesprochen werden.

Der Beschwer deführer hat wohl eine Depressionstherapie befolgt, jedoch nicht in genügend konsequenter Weise, welche das Scheitern des Leidens als resistent ausweisen würde. Demgemäss kann dem Leiden des Beschwerdeführers keine invalidisie rende Wirkung zuerkannt werden. 4.2.3

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Einschätzung der Arbeitsunfähig keit durch Dr. Y.____ und MSc , dipl. phil. F.____ , welche

festhielten , die bisherige Tätigkeit sei zu 50 % zumutbar (Urk. 8/85).

Diese Einschätzung der Ar beitsfähigkeit

ist nicht nachvollziehbar , da sie sich nicht mit dem unauffälligen Tagesablauf des Beschwerdeführers und seinen aktenkundigen Ressourcen aus einandersetzt. Diesbezüglich wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in einer Wohngemeinschaft

wohne , insgesamt ca. 20 % in meist freier beruflicher Tätigkeit in verschiedenen Aufgabenkreisen

arbeite , beispielsweise als Clown im geriatrischen Bereich oder in der Erwachsenenbildung. Seit drei Jahren sei er mit einer neuen Partnerin zusammen. Seine Ressourcen umfassten Kreativität, Neugier, Humor, Sport. Als Hobbys betreibe er Improvisationstheater, er gehe Joggen, fahre gerne Fahrrad und sei in einer Männergruppe (Urk. 8/85 S. 1).

Dr. Y.____ und MSc , dipl. phil. F.____ hielten ausserdem fest , die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit könnten sie nicht beurteilen (Urk. 8/85

Ziff.

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