

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01097 vom 22. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01097](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01097)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01097 du 22 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01097 del 22 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 ] ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [ 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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

#### **E. 1.4**

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. 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. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind

vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.7**

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

## **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 23. Oktober 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei weiter hin eine Viertelsrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Versicherten mit Verfügung vom 7. Dezember 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass die Verfügung vom 17. Dezember 2012 wiedererwägungsweise aufzuheben sei, da in Anbetracht der damals diagnostizierten depressiven mittelgradigen Episode kein dauerhafter, invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorgelegen habe. Als wesentliche Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit seien überdies von der behandelnden Psychiaterin Stress und Arbeitsüberlastung genannt worden, welche invaliditätsfremd seien und im Rahmen der damaligen Invaliditätsbemessung nicht hätten berücksichtigt werden dürfen (S. 2).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ sei es ausserdem aufgrund der Wirksamkeit der Medikation seit 2014 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Der Versicherte sei infolge der akzentuierten Persönlichkeitszüge zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Hierbei handle es sich allerdings um eine Diagnose aus der sogenannten Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10-Systems, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht unter den Begriff des rechtserheblichen invalidisierenden Gesundheitsschadens falle. Folglich sei von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr auszugehen und sowohl die angestammte als auch die aktuell ausgeübte Tätigkeit wieder vollumfänglich zumutbar. Daher bestehe kein Anspruch mehr

auf eine Rente der Invaliden versicherung. (S. 2 f.). Anzumerken bleibe jedoch, dass das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ wichtige aus der Eingliederung bereits gewonnene Aspekte vollkommen ausblende und die neu gestellte Diagnose der Neurasthenie schwer nachzuvollziehen sei. Die Erschöpfungssymptomatik könne auch gut als Zeichen der noch nicht vollständig remittierten depressiven Symptomatik angesehen werden (S. 3).

## E. 2.2

Der Versicherte wandte hiergegen in seiner Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen ein, dass die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente nicht rech tens sei, da keine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzu sprechung vorliege. Die rezidivierende depressive Störung habe zu einer langjährigen und andauernden Arbeitsunfähigkeit von 40 % geführt und es habe folglich schon immer ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden bestanden (S. 6 f.). Überdies bestehe kein Anlass für eine revisionsweise Aufhebung der Viertelsrente, da sich seit Dezember 2012 weder der Gesundheitszustand noch die erwerbliche Situation des Beschwer deführers verändert hätten (S. 7). Schliesslich habe die behandelnde Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psycho therapie, im Gegensatz zu Dr. B.\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet, weshalb von einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) auszugehen sei und wiederholt bestätigt, dass dem Ver sicherten maximal eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei. Auf dieser Grundlage sei demzufolge weiterhin eine Viertelsrente auszurichten (S. 8 ff.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich zusammengefasst wie folgt darstellen:

Vom 25. Februar bis 11. März 2011 war der Versicherte aufgrund eines psychi schen und physischen Erschöpfungszustandes im D.\_\_\_\_, in stationärer Behandlung (Urk. 7/11/5). Ein weiterer Auf enthalt erfolgte vom 25. April bis 6. Mai 2011, wobei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 23. Juni 2011 ausgegangen wurde (Urk. 7/11/6). 3.2

Gemäss dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allge meine Medizin, vom 12. Oktober 2011 wurde beim Beschwerdeführer eine Erschöpfungsdepression (Burnout) diagnostiziert, weswegen er seit 2007 in ambulanter Behandlung sei. Ab Februar 2011 sei es zu einer massiven belastungsbedingten Symptomatik mit Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Magen-Darm-, sowie Atembeschwerden gekommen. Vom 16. Februar bis 12. Juli 2011 habe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden. Seither habe diese beim bisherigen Arbeitgeber auf 50 % gesteigert werden können. Ab 2012 sei eine langsame weitere Erhöhung der Arbeitsfähigkeit beabsichtigt (Urk. 7/9/5). 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psycho- thera pie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 10. November 2011 eine rezidivierende depressive Störung mit Antriebsmangel, agitiert und mit ängstlichen Persönlichkeitszügen, sowie mit einer Selbstwertproblematik (ICD-10 F33.11; Urk. 7/12/5). Gegenwärtig erfolge eine psychiatrisch- psy chotherapeutische Behandlung mit Psychopharmakotherapie. Neben der Depression seien Stress und Arbeitsüberlastung wesentliche Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit gewesen. Die Depression sei teilweise remittiert. Der Ver sicherte habe jedoch weiterhin die Tendenz, sich zu viel aufbürden zu lassen ohne die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit beachten zu können. Dadurch laufe er bei Arbeitsdruck und Arbeitsüberlastung Gefahr, wieder einen Zusammenbruch zu erleiden. Ein Versuch des Arbeitgebers, das jetzige Pen sum von 50 % tendenziell zu erhöhen, habe beim

Beschwerdeführer Ängste sowie zunehmende Nervosität und Magenprobleme ausgelöst (Urk. 7/12/7). Der Heilungsverlauf brauche Zeit und stagniere derzeit (Urk. 7/12/8).

In einem weiteren Bericht vom 23. Januar 2012 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass sich die Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Januar 2012 auf 30 % belaufe. Mit einem Arbeitspensum von 70 % sei der Versicherte am Limit seiner Leistungsfähigkeit angelangt. Auf längere Sicht könne zwar mit einer weiteren Besserung gerechnet werden, wobei der konkrete Langzeitverlauf jedoch noch nicht konkret abgeschätzt werden könne (Urk. 7/15/5 f.). 3.4

Am 25. April 2012 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, vom RAD psychiatrisch untersucht. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine mittelgradige depressive Episode in Remission (ICD-10 F32.1) genannt. Im Rahmen der Exploration hätten sich beim Versicherten bis auf eine leicht gedrückte Stimmungslage, Konzentrationsstörungen, eine eingeschränkte Ein- und Umstellfähigkeit sowie eine reduzierte Modulationsfähigkeit keine weiteren pathologischen Auffälligkeiten gezeigt. Die vom Beschwerdeführer geschilderten und geklagten Beschwerden würden als konsistent erscheinen. Zudem sei ein sozialer Rückzug ausgewiesen. Motivationale oder psychosoziale invaliditätsfremde Belastungsfaktoren, die für die attestierte Arbeitsunfähigkeit ursächlich wären, lägen nicht vor. In seiner bisherigen Funktion als Leiter einer Poststelle sei der Versicherte seit dem 16. Februar 2011 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/18/6). Das Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten beinhalte zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck bei wenig intensivem Publikumsverkehr sowie ohne besondere Anforderungen an das Anpassungs- und Umstellungsvermögen in einer konfliktarmen Umgebung. Es sei weiter hin nur von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/18/7). 3.5

In ihrem Bericht vom 27. Juni 2012 wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass sich die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten seit dem 8. Mai 2012 auf 40 % belaufe. Dieser sei wieder zappelig, fahrig, hektisch und nervös geworden, habe Fehler gemacht und unter Magenbeschwerden gelitten. Die Pharmakotherapie sei teilweise umgestellt worden (Urk. 7/20/1). Eine Arbeitsfähigkeit von 60 % scheine bis auf weiteres dem Leistungsvermögen des Beschwerdeführers zu entsprechen (Urk. 7/20/2).

Am 22. Januar 2014 ging Dr. C.\_\_\_\_ weiterhin von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Der Versicherte sei durchaus willig, wieder (mehr) zu arbeiten, reagiere jedoch bei der Aussicht auf ein höheres Arbeitspensum mit Krankheitssymptomen. Bei einer höheren Arbeitsbelastung als 60 % trete eine starke Müdigkeit auf, und es sei fraglich, ob in diesem Kontext noch eine Remission möglich sei. Der Verlauf sei momentan stagnierend (Urk. 7/57/7 f.). 3.6

Aus dem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Januar 2015 ergibt sich, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er im Moment 60 % arbeite, wobei er die Leistung meist erbringen könne. Er leide darunter, dass er immer das Gefühl habe, Höchstleistungen erbringen zu müssen. Dies führe er auf mangelndes Selbstbewusstsein zurück. Er arbeite jeweils an drei Tagen zu einem Arbeitspensum von 100 %. Danach sei er kaputt und während den restlichen zwei Werktagen und am Wochenende müde und schlaff. Oft habe er auch ein komisches Druckgefühl im Bauch, ein wenig vergleichbar mit Bauchschmerzen. Die Herabstufung vom Postshop-Chef zum Schalterbeamten habe ihm anfangs Mühe gemacht. Es sei auch ein Arbeitspensum von

70 % ausprobiert worden, wobei er prompt nervös und schusselig geworden sei. Am Abend sei er zudem noch stärker müde und energielos gewesen (Urk. 7/64/6).

Im Rahmen der Befunderhebung habe sich ergeben, dass das Selbstwertgefühl des Versicherten eingeschränkt sei. Auch seien Müdigkeit und Kraftlosigkeit auszumachen gewesen. Anamnestisch bestünden Durchschlafstörungen, sozialer Rückzug sowie diffuse Magenbeschwerden. Die Orientierung bestehe in sämtlichen Dimensionen und es lägen auch keine Bewusstseinsstörungen vor. Insbesondere seien auch keine Einschränkungen der Auffassung oder des Denkens, Zwangsimpulse oder Wahn- und Affektstörungen aufgefallen. Anlässlich der Untersuchung hätten ferner keine Lustlosigkeit, Instabilität, Affektinkontinenz, Gefühlslosigkeit, Interessensverlust, Freudlosigkeit oder negativ pessimistische Zukunftsgedanken ausgemacht werden können (Urk. 7/64/10 f.).

Gestützt auf diese Erkenntnisse diagnostizierte Dr. B. \_\_\_ nebst einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlicher, anankastischer und narzisstischer Färbung sowie eine remittierende rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4). Die Neurasthenie äussere sich in der vermehrten Müdigkeit, vor allem im Zusammenhang mit der Arbeit und im Sinne einer körperlichen Schwäche und Erschöpfung. Zudem sei die Fähigkeit, sich nach der Arbeit zu entspannen, eingeschränkt. Da jedoch weder eine psychische Komorbidität erheblicher Schwere, eine chronische Begleiterkrankung, ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf, ein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen, ein unbeeinflussbarer innersee-lischer Verlauf, noch ein Scheitern ambulanter oder stationärer Behandlungsmöglichkeiten bestünden, seien die Foerster-Kriterien nicht erfüllt (Urk. 7/64/15). Die im Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 10. November 2011 (E. 3.3) genannte Selbstwertproblematik könne bestätigt werden, sei jedoch unter die akzentuierten Persönlichkeitszüge zu subsummieren. Aus der depressiven Störung habe sich offensichtlich eine Neurasthenie entwickelt, welche vor allem durch Antriebslosigkeit und Müdigkeit imponieren würde. Freudlosigkeit und Perspektivlosigkeit seien dagegen nicht feststellbar gewesen (Urk. 7/64/16).

Insgesamt habe sich der Zustand des Versicherten seit 2014 verbessert, was sich auch auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, welche für die derzeit ausgeführte Tätigkeit am Schalter einer Poststelle mit 80 % zu veranschlagen sei. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % sei auf die akzentuierten Persönlichkeitszüge zurückzuführen. Circa 2014 sei die antidepressive Therapie auf Aurorix umgestellt worden und der Versicherte fühle sich seither subjektiv ruhiger und selbstbewusster. Auch Dr. C. \_\_\_ habe 2014 die gute Wirksamkeit von Aurorix beschrieben. Es sei daher nicht einzusehen, weshalb sich dieser Umstand nicht auch auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben sollte. Es sei auch nicht einzusehen, warum der Versicherte an drei Tagen in der Woche sein Arbeitspensum von 60 % absolviert und warum es ihm nicht möglich sein soll, seine Arbeit auf fünf Tage zu verteilen, sodass er ein Arbeitspensum von 80 % verrichten könne (Urk. 7/64/18 f.). 3.7

Mit Bericht vom 15. Juni 2015 wies Dr. C. \_\_\_ unter Bezugnahme auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B. \_\_\_ darauf hin, dass es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle, die nie vollständig remittiert sei. Es bestehe dauerhaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %. Eine volle berufliche Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Ausserdem zeige der Versicherte eine gute Compliance, sei willig, die verordneten Medikamente regelmässig einzunehmen und erscheine pünktlich zu den vereinbarten psychotherapeutischen Sitzungen (Urk. 7/73).

In ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2015 betonte Dr. C. \_\_\_ im Wesentlichen, dass es sich nicht um eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), sondern um eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig mittelgradige Episode - mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) handle (Urk. 3 S. 2). Zur Objektivierung sei am 15. Oktober 2015 eine psychologische Testuntersuchung gemacht worden, wobei der Versicherte mit 28 von 63 Punkten den Wert für eine mittel schwere Depression erreicht habe. Trotz einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen und konsequenter Pharmakotherapie bei guter Compliance habe seit dem 8. Mai 2012 auf Dauer keine bessere Remission erreicht werden können. Alle eingesetzten Antidepressiva seien bis zur tolerierten Höchstdosis verordnet worden. Die depressive Störung müsse nun als therapieresistent bezeichnet werden. Es sei nur eine Teilremission möglich und dies führe zu einer dauernden Teilarbeitsunfähigkeit (Urk. 3 S. 4). Es sei unverständlich und nicht nachvollziehbar, wie Dr. B. \_\_\_ zur Einschätzung gelange, dass die Arbeitsfähigkeit heute mit 80 % zu veranschlagen sei. Dies widerspreche sämtlichen Erfahrungen des Versicherten in der Praxis, während der langjährigen Behandlung und am Arbeitsplatz (Urk. 3 S. 6). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdeführerin die renten-zusprenchende Verfügung vom 17. Dezember 2012 zu Recht wiedererwägungsweise aufgehoben und die Ausrichtung einer Viertelsrente eingestellt hat (vgl. E. 2.1 f.). 4.2

Der Versicherte wurde im Januar 2015 durch Dr. B. \_\_\_ psychiatrisch begutachtet (E. 3.6). Diese Expertise basiert auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen. Einerseits wurde der Beschwerdeführer namentlich zu seinen aktuellen Leiden, andererseits aber auch zum gewöhnlichen Tagesablauf und seinen privaten sowie beruflichen Zukunftsvorstellungen befragt (Urk. 7/64/6 u. 9 f.). Ergänzend wurden die Ergebnisse der Berufs-, Krankheits- und Sozialanamnese aufgeführt (Urk. 7/64/7-9). Das Gutachten wurde im Weiteren in detaillierter Kenntnis der medizinischen Vorakten - insbesondere der diversen Berichte der behandelnden Psychiaterin - erarbeitet (Urk. 7/64/3-5), wobei im Rahmen der Diagnosestellung auch eine Auseinandersetzung mit früheren ärztlichen Einschätzungen erfolgte. Im selben Kontext fanden ausserdem die geklagten Beschwerden Berücksichtigung und wurden die Auswirkungen der einzelnen Diagnosen in schlüssiger Weise aufgezeigt und erläutert (Urk. 7/64/16 ff.). Zusammengefasst erfüllt das psychiatrische Gutachten folglich sämtliche praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert von medizinischen Expertisen (vgl. E. 1.7). 4.3

Der Beschwerdeführer kritisiert das Gutachten von Dr. B. \_\_\_ jedoch in verschiedener Hinsicht. So sei die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bisher von keinem Arzt gestellt worden. Auch der RAD teile diese Ansicht nicht, da die Erschöpfungssymptomatik auch gut als Zeichen der noch nicht vollständig remittierten depressiven Symptomatik angesehen werden könne. Zudem blende der Gutachter wichtige aus der Eingliederung gewonnene Aspekte vollkommen aus. Dr. med. C. \_\_\_ vermöge objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorzubringen, die geeignet seien, von der Einschätzung des Gutachters und der IV-Stelle abzuweichen. Die Expertise von Dr. B. \_\_\_ sei weder umfassend noch schlüssig (Urk. 1 S. 9 f.).

Alleine der Umstand, dass eine Diagnose zuvor von keinem anderen Arzt gestellt wurde, vermag die Beweiskraft einer Expertise nicht grundlegend zu erschüttern. Es trifft zwar zu, dass sich der RAD in seiner Stellungnahme vom 14. August 2015 im vom Versicherten beschriebenen Sinne kritisch zum Gutachten geäußert hat (Urk. 7/75/2; vgl. Urk. 2 S. 3).

Allerdings ist zum einen nicht ersichtlich, inwiefern Dr. B. \_\_\_ wichtige, aus der Eingliederung gewonnene Aspekte ausgeblendet haben soll. Er hat insbesondere die aktuelle wie auch die frühere berufliche Situation des Beschwerdeführers abgeklärt und im Rahmen der Festlegung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit darauf Bezug genommen (E. 4.2; Urk. 7/64/18 f.). Zum anderen ist anzumerken, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis), wobei die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, die es zu respektieren gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.4.3).

Hiervon abgesehen erhebt der RAD jedenfalls keine Einwände gegen die Feststellung des Gutachters, wonach sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit 2014 verbessert habe und sich die Arbeitsfähigkeit für die aktuelle Tätigkeit als Schalterbeamter auf 80 % belaufe (vgl. E. 4.2 und Urk. 7/75/2). Anhaltspunkte für eine verbesserte gesundheitliche Situation liefert denn auch der von Dr. B. \_\_\_ eruierte gewöhnliche Tagesablauf des Versicherten, welcher keine Hinweise auf krankheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, namentlich durch übermässige Erschöpfbarkeit, enthält (Urk. 7/64/9). Offenbar hat der Beschwerdeführer im Vergleich zur Untersuchung des RAD im April 2012 auch wieder vermehrt die Möglichkeit, soziale Kontakte zu Freunden und Bekannten zu pflegen (Urk. 7/18/2; Urk. 7/64/9 u. 15). Im Weiteren lässt sich die gesundheitliche Verbesserung auch anhand der beruflichen Entlastung

durch die Anstellung als Schalterbeamter, welche dem Versicherten nur zu Beginn Mühe bereitete, schlüssig nachvollziehen (Urk. 7/64/6+10+13). Er gab zudem selbst an, dass er sich seit der Umstellung der Medikation im Jahr 2014 ruhiger und selbstsicherer fühle (Urk. 7/64/8+18).

Es besteht aus den genannten Gründen somit kein Anlass, nicht auf die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B. \_\_\_ abzustellen. Die Beschwerdegegnerin hat indes berechtigterweise ausgeführt, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auf grund der diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge aus invaliden-versicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich ist (Urk. 2 S. 2 f.). Diese vermögen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Diagnose aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10-Systems 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).

An dieser Einschätzung vermag auch die divergierende Sichtweise von Dr. C. \_\_\_ nichts zu ändern. Im Hinblick auf die von ihr gestellte Diagnose (E. 3.7) ist zunächst darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht

fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen 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 auszu-schliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem

Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden ( BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Entgegen der Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ ist vorliegend mit über wiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer Therapieresistenz auszugehen. Selbst wenn der Versicherte konsequent die ihm von ärztlicher Seite verordnete(n) Medikamente einnimmt, war er bis anhin nur im Jahr 2011 - aufgrund einer Erschöpfungsdepression - für einige Wochen in stationärer Behandlung (E. 3.1), wobei gemäss seinen eigenen Aussagen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes herbeigeführt werden konnte (Urk. 7/64/8). Zudem gab der Beschwerdeführer bereits anlässlich der RAD-Untersuchung vom 25. April 2012 an, dass er sich ein bis drei Mal pro Monat - nicht wöchentlich (vgl. E. 3.7) - in psychiatrische Therapie begeben (Urk. 7/18/4). Sodann gibt es Anhaltspunkte, dass sich diese Behandlungsintervalle im Laufe der Zeit weiter reduziert haben (vgl. Urk. 7/57/5 f.). Hinzu kommt, dass Dr. C.\_\_\_\_ noch im Januar 2014 von einer grundsätzlich günstigen Prognose ausging und eine weitere zumindest teilweise Remission der Depression als möglich erachtete (Urk. 7/57/6; vgl. auch E. 3.3). Aus all diesen Gründen kann somit nicht auf eine Therapieresistenz geschlossen werden und auch ausgehend von der Diagnose einer rezidivierenden mittel gradigen Störung ist in Anwendung der zitierten bundesgerichtlichen Praxis nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. 4.4

Nach dem Gesagten ist somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung im Dezember 2012 ausgewiesen. Entgegen der Sichtweise des Beschwerdeführers handelt es sich nicht um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (Urk. 1 S. 7). Vielmehr sind die Voraussetzungen für eine revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente erfüllt (Art. 17 Abs. 1 ATSG; E. 1.4).

Ergänzend ist in diesem Zusammenhang anzufügen, dass sich der Gutachter zwar nur zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten in angepasster Tätigkeit als Schalterbeamter geäußert hat (E. 3.6 und 4.3). Der Arbeitgeber hat indes dessen Einkommen trotz Wegfall der Vorgesetztenfunktion auf dem Niveau eines Postshop-Leiters belassen (Urk. 7/53/9), sodass kein Lohnausfall resultiert. Der Beschwerdeführer erkennt jedoch selbst, dass im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens auch im Falle der Anwendung des massgeblichen Tabellenlohns gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Abzuges von 10 % des Tabellenlohns nur ein Invaliditätsgrad von 32 % resultiert (Urk. 7/74/3), welcher keinen Rentenanspruch begründet (vgl. E. 1.2).

Im Ergebnis erweist sich die angefochtene Verfügung (Urk. 2) somit als korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Eine Prüfung der Frage, ob die ursprüngliche Rentenzusprechung in zweifellos unrichtiger Weise erfolgt ist, erweist sich vor diesem Hintergrund als obsolet. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.--

anzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - syndicom - Gewerkschaft Medien und Kommunikation - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

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