

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01229 vom 10. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01229

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01229 du 10 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01229 del 10 aprile 2018

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). 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

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.

E. 1.3

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 1. 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. 1.4

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).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung , IVG) .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers im Sommer 2015 so weit verbessert habe, dass er aus somatischer Sicht wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Die nachgereichte Stellungnahme des behandelnden Psychiaters (vgl. Urk. 6/243) beschreibe lediglich Fakten, welche bereits bekannt und für den Vorbescheid berücksichtigt worden seien. Sie enthalte keine neuen Diagnosen und Befunde, die neue medizinische Tatsachen beibrächten (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend (Urk. 1), er befinde sich seit rund zehn Jahren in psychiatrischer Behandlung und habe mehrere Versuche unternommen, sich mit Unterstützung der Invalidenversicherung in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, bisher allerdings erfolglos (S. 4). Im Jahr 2012 sei der Invaliditätsgrad von 75 % aufgrund psychischer Beeinträchtigungen ermittelt worden. Somatische Einschränkungen habe er nie geltend gemacht (S. 8). Eine Therapieresistenz sei ausgewiesen und es sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen. Er sei zurzeit an einer geschützten Arbeitsstelle tätig und weit davon entfernt, in den ersten Arbeitsmarkt integriert zu sein. Er vermöge keine Verbesserung seiner Erwerbsfähigkeit zu verzeichnen (S. 9). Die Beschwerdegegnerin habe eine RAD-Stellungnahme von einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin/Prävention und Gesundheitswesen eingeholt, obwohl vorliegend klarerweise nur psychische Beeinträchtigungen in Frage stünden. Es lägen mindestens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Stellungnahme des RAD vor. Aufgrund der sich widersprechenden Aussagen des Arztes des RAD und des behandelnden Psychiaters hätte die Beschwerdegegnerin eine versicherungsexterne Begutachtung anordnen müssen (S. 10).

E. 2.3

Strittig ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat, ob mithin ein Revisionsgrund vorliegt, so dass die zuletzt gewährte ganze Rente auf Ende November 2016 einzustellen ist.

Zum Vergleichszeitpunkt (E. 1.3 vorstehend) ist zu bemerken , dass den

Verfügungen vom 30. Juli 2012, womit die

zuletzt ganze Rente zu gesprochen wurde (Urk. 6/129 und Urk. 6/137-139) , umfassende Abklärungen in medizinischer und erwerberblicher Hinsicht vorausgingen (vgl. dazu Feststellungsblatt vom 14. März 2012; Urk. 6/122) . Massgebliche Vergleichsbasis im vorliegenden Revisionsverfahren bilden daher der Sachverhalt , wie er im Zeitpunkt des Erlass jener Verfügungen vorlag .

E. 3.1

Die damalige medizinische Aktenlage zeigte folgendes Bild.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer war vom 13. April bis 10. Juni 2011 in der B.____ in stationärer Behandlung. Dr. med. C.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie , diagnostizierte im Austrittsbericht vom 10. Juni 2011 (Urk. 6/112/4-7) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD 10 F33.1), und akzentuierte schizoide Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; S. 1).

Dr. C.____ führte dazu aus, der Beschwerdeführer habe bei insgesamt stabilerem affektivem Zustand in den letzten drei Wochen des stationären Aufenthalts einen Arbeitsversuch unternommen. Teilweise sei er schon nach einigen Stunden an die Grenzen seiner Belastbarkeit gekommen , weshalb er nach dem Klinikaustritt seine Arbeit anfangs nur in reduziertem Ausmass wieder aufnehmen werde (S. 3).

Der Arzt bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für den Zeitraum vom 13. April bis 12. Juni 2011 sowie hernach eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 26. Juni 2011 (S. 4). Im Formularbericht vom 24. Juni 2011 ergänzte Dr. C.____ bei gestellter Diagnose, die weitere Arbeitsfähigkeit sei durch den Nachbehandler festzusetzen. Aktuell sei der Beschwerdeführer schon nach wenigen Stunden beruflicher Tätigkeit erschöpft. Er setze sich teilweise unter Druck, eigene oder fremde Erwartungen zu erfüllen, sei dann überfordert und gerate in einen „Blockierungszustand“ (Urk. 6/107/4).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. C.____ weiter fest, aufgrund der psychischen Erkrankung habe es immer wieder Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gegeben, wobei aber durch einen dem Beschwerdeführer gutgesinnten und flexiblen Arbeitgeber jeweils eine Fortführung und Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit ermöglicht worden sei. Auf längere Sicht sei unklar, ob und in welchem Umfang es zu weiteren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit komme. Diesbezüglich werde eine Rücksprache mit dem ambulanten Psychiater des Beschwerdeführers empfohlen (Urk. 6/107/2).

E. 3.3

Der behandelnde Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bescheinigte am 17. August 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bei Klinikaustritt und seit Juli 2011 eine solche von 30 % (Urk. 6/112/2). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung (Urk. 6/112/1).

Diese Diagnose bestätigte er im Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 6/121) und ergänzte, der Beschwerdeführer sei deswegen seit November 2006 bei ihm in Behandlung (S. 1). Letzterer leide an Phasen von Denkblockierung, teilweise Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit und Entschlussunfähigkeit. Er bringe sich an gewissen Tagen gar nicht bis ins Büro, an anderen Tagen sitze er zwar am Arbeitsplatz, könne seine Gedanken aber nicht auf die zu erledigende Arbeit konzentrieren oder diese anpacken. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Ingenieur bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit 12. Juni 2011. Der

Beschwerdeführer sei jetzt offiziell zu 80 % angestellt, könne von diesem Pensum aber nur 30 % leisten (S. 2).

E. 3.4

Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, empfahl am 13. März 2012, auf den Bericht von Dr. D.____

vom 16. Februar 2012 ab zustellen. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner rezidivierenden depressiven Störung mit

schizoiden Persönlichkeitszügen in

seinem psychofunktionellen Leistungsniveau eingeschränkt. Daraus resultiere eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 100

% vom 13. April bis 12. Juni 2011, seither eine solche von 75 %. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig, eine Schadenminderungspflicht sei nicht

aufzuerlegen, der Beschwerdeführer befinde sich in fachgerechter Behandlung (Urk. 6/122/6).

E. 3.5

Ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit von 25 % für die Zeit ab Juli 2011 ermittelte die Beschwerdeführerin in der Folge einen Invaliditätsgrad von 75 % (Urk. 6/122/7) und sprach mit Wirkung ab 1. Juli 2011 eine ganze Invalidenrente zur (Urk. 6/122/7-8, Urk. 6/129, Urk. 6/137-139).

E. 4.1

Im Zuge des im Mai 2013 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 6/143, Urk. 6/146) holte die Beschwerdeführerin folgende Arztberichte ein.

E. 4.2

Der seit 13. November 2012 behandelnde med. pract. G.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Fragebogen zur Revision der Invalidenrente vom Mai 2013 eine rezidivierende depressive Störung, teilremittiert (ICD-10 F33), und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) beziehungsweise „double de pression“. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit betrage 25 %, maximal vier Stunden pro Tag (Urk. 6/146/3).

Im Bericht vom 28. Februar 2014 (Urk. 6/178/1-6) nannte er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit mindestens 2003 (S. 1). Das Absetzen der Medikation habe zu einem Stimmungseinbruch geführt mit reduzierter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, reduziertem Selbstwert, gedrückter Stimmung und sozialem Rückzug (S. 2 oben).

Aufgrund des bisherigen Verlaufs mit einer gewissen Therapieresistenz müsse von einer Chronifizierung ausgegangen werden. Die Behandlung finde wöchentlich statt und auf eine medikamentöse Behandlung werde verzichtet (S. 2 Mitte).

Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Juni 2011 75 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbauingenieur. Bezüglich einer behinderungsangepassten Tätigkeit werde gegenwärtig im Rahmen eines durch die Beschwerdeführerin unterstützten Arbeitsversuchs die Belastbarkeit des Beschwerdeführers evaluiert. Ab Juli 2014 könne mit einer Arbeitsfähigkeit von 30-50 % gerechnet werden (S. 3).

E. 4.3

Dr. med. F.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt am 5. März 2016 fest, der Beschwerdeführer stehe wegen seiner invalidisierenden schweren Depression in psychotherapeutischer Behandlung. Er selbst habe bisher wegen Unkenntnis keine Arbeitsunfähigkeiten bestätigt. Aus somatischen Gründen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/231/6).

E. 4.4

Im Bericht vom 10. März 2016 nannte der behandelnde Psychiater G.____ (Urk. 6/232) nunmehr als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0; seit 2003) und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1; S. 1). Dazu legte er dar, dass das gegenwärtige berufliche Setting im geschützten Arbeitsmarkt den Beschwerdeführer deutlich entlaste (wenig Verantwortung, kein Kundenkontakt, kein Termin- oder Leistungsdruck), was seinen psychischen Zustand zu stabilisieren scheine. Er entwickle einen gewissen inneren Antrieb, könne Bedürfnisse besser erkennen und Freizeitbeschäftigungen (Schwimmen) regelmässig nachgehen (S. 2 und S. 3 oben).

Zweiwöchentlich fänden psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen statt. Aufgrund bisheriger negativer Erfahrungen werde aktuell auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet (S. 2).

Med. pract. G.____ bescheinigte wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbauingenieur seit Juni 2011; in Bezug auf die Einschränkungen

ergänzte er, es lägen eine reduzierte Leistungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen und eine rasche Ermüdbarkeit vor. Die wesentliche Problematik bei der Ausführung von beruflichen Tätigkeiten seien dem bereits 2014 übermittelten Abschlussbericht vom Modul A der A.____ (vgl. Urk. 6/178/7-14) zu entnehmen. Die Einschränkungen hätten sich nicht grundsätzlich verändert, auch wenn seit Kurzem ein leichter Aufwärtstrend zu beobachten sei (S. 2). Der Psychiater empfahl, in den nächsten Monaten vor sichtig eine weitere Steigerung des Arbeitspensums im geschützten Rahmen zu versuchen, um die Belastbarkeit des Beschwerdeführers zu erproben und gegebenenfalls auszubauen (S. 3).

E. 4.5

Die RAD-Ärztin dipl.-med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin/Prävention und Gesundheitswesen, bejahte in ihrer Aktenbeurteilung vom 29. März 2016 eine Veränderung (Urk. 6/233/5 oben). Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Die psychische Situation habe sich gemäss Aktenlage ebenfalls verbessert (keine medikamentöse Therapie mehr, das Intervall der Psychotherapie habe ausgedehnt werden können, laut med. pract. G.____ liege Aufwärtstrend vor). Angegeben würden Konzentrationsstörungen und eine rasche Ermüdbarkeit, welche auch auf einen mangelnden Trainingseffekt zurückgeführt werden könnten. Im privaten Kontext sei der Beschwerdeführer ohne Weiteres in der Lage, sich zu strukturieren (er habe erfolgreich ein Mehrfamilienhaus renovieren/modernisieren können in einem Arbeitspensum von drei bis fünf Stunden pro Tag). Die Integration des Beschwerdeführers in den Arbeitsprozess sei möglich.

Am 27. Mai 2016 präzisierte die RAD-Ärztin, die Verbesserung sei spätestens im Sommer 2015 eingetreten, seitdem der Beschwerdeführer erfolgreich ein Mehrfamilienhaus habe renovieren/modernisieren können (Urk. 6/233/5 unten).

E. 4.6

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich nochmals der behandelnde Psychiater G.____ (Urk. 6/243). Er hielt am 25. Juli 2016 fest, aus psychiatrischer Sicht zeige sich keine grundlegende und nachhaltige Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (S. 1).

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich bereits seit Februar 2016 infolge einzelner Belastungssituationen wieder kontinuierlich destabilisiert. Dies sei für ihn aufgrund der vorangegangenen Schwankungen leider erst rückblickend erkennbar gewesen. Inzwischen hätten sie erneut den Versuch einer medikamentösen antidepressiven Behandlung unternommen (S. 2 unten). Wie auch in der Vergangenheit spreche der Beschwerdeführer darauf leider nur unzureichend an und die aktuellen psychischen Einschränkungen führten aus seiner Sicht zu einer relevanten Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, welche die Eingliederung in eine reguläre Arbeitstätigkeit aktuell unmöglich mache (S. 3).

E. 5

4

Gemäss dem jüngsten Formularbericht von med. pract. G.____ leidet der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode seit 2003 (F33.0) beziehungsweise an einer Dysthymia (F34.1), wovon auch die RAD-Ärztin ausging. Damit ist der medizinische Sachverhalt erstellt, weshalb von zusätzlichen medizinischen Abklärungen, namentlich der vom Beschwerdeführer beantragten Anordnung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1

S. 2), keine

entscheidrelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Definitionsgemäss handelt es sich bei einer Dysthymie wie auch bei einer leichten depressiven Störung um bloss leichtgradige

Beeinträchtigungen, denen nach der Rechtsprechung für sich allein nicht die Bedeutung eines

invalidisierenden Gesundheitsschadens zukommt. Sie sind grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteile des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 und 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3). Hier wurden über viele Jahre hinweg zwar rezidivierende, aber ärztlicherseits und namentlich auch vom behandelnden Psychiater - abgesehen von den revisionsrechtlich nicht mehr interessierenden Zeiträumen während der Hospitalisation im Jahr 2011 (vorstehend E. 3.2) und im Jahr 2014 (vorstehend E. 4.2) - nur als leichtgradig

eingestufte depressive Störungen diagnostiziert, welche der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität entgegenstehen (vgl. zur Invaliditätsrechtlich erforderlichen Schwere des Leidens BGE 141 V 281

E. 4.3.1.2 , Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2015 vom 3. November 2015 E. 2.2).

Demnach stellt die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung keinen psychischen Gesundheitszustand dar, der eine Arbeitsunfähigkeit dauerhaft zu begründen vermag. Mangels Schwere des Leidens fällt auch die Indikatorenprüfung, wie sie das Bundesgericht jüngst in Bezug auf die psychischen Leiden grundsätzlich eingeführt hat (BGE 143 V 409), ausser Acht.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte

ihre rentenaufhebende Verfügung vom 6. Oktober 2016 (Urk. 2) zur Hauptsache auf den Bericht ihrer r RAD-Ärztin vom 29. März 2016 (vorstehend E. 4.5).

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten

Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte jedoch kaum je in Frage kommen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5).

E. 5.2

Im Bericht über die Hospitalisation in der B.____ im Jahr 2011 war - neben den Z-codierten schizoiden Persönlichkeitszügen, welche von vornherein nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15.

November 2010 E. 5.2.4) - von einem mittelgradigen depressiven Krankheitsbild die Rede (vorstehend E. 3.2).

Der behandelnde Psychiater gab später als Grund für die damalige Zuweisung in die B.____ ebenfalls eine mittelschwere Störung an (Urk. 6/112/1 Ziff. 1), sprach indes in diagnostischer Hinsicht in der Folge nur mehr von depressiven Störungen, ohne deren Schweregrad näher zu beschreiben (vorstehend E. 3.3). Dementsprechend präzisierte auch die RAD-Ärztin die Schwere der depressiven Störung nicht, erachtete aber dennoch die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit für zutreffend (E. 3.4). In Unkenntnis der Ausprägung des depressiven Geschehens wurde im Vergleichszeitpunkt (vorstehend E. 2.3) die Rente zugesprochen.

Im aktuellen Revisionsverfahren war in den Berichten von med. pract. G.____ zunächst von einer Dysthymie (Ende 2012) die Rede, später von einer mittelgradigen Episode (im Jahr 2014) beziehungsweise wieder von einer leichten Episode einer depressiven Störung beziehungsweise einer Dysthymie (im März 2016; vorstehend E. 4.2 und 4.4). Laut dem behandelnden Psychiater soll seit Februar 2016 wieder eine kontinuierliche Verschlechterung im Gang gewesen sein; allerdings sah er davon ab, eine andere Diagnose zu stellen (vorstehend E. 4.6), so dass eine seitherige wesentliche Verschlimmerung des Gesundheitszustandes nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

Aufgrund der dargelegten Aktenlage ergibt sich, dass im Verlauf jeweils nur für einzelne Zeiträume, zuletzt im Jahr 2014 (vorstehend E. 4.2), mittelschwere depressive Störungen vorlagen, die immer wieder zu einer leichten Störung remittierten. Entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin kann daher nicht ohne Weiteres geschlossen werden, die zuletzt (wieder) diagnostizierte Dysthymie lasse eine gesundheitliche Verbesserung als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass RAD-Ärztin H.____ die Auswirkungen des gleichen Gesundheitsschadens zurückhaltender beurteilt hat als die bei der Rentenzusprache befassten Ärzte, insbesondere RAD-Arzt Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4). Diese lediglich unterschiedliche Einschätzung der gleichen Verhältnisse stellen keinen Revisionsgrund dar (vorstehend E. 1.3).

Der Beschwerdegegnerin ist zwar insofern beizupflichten, dass es sich bei einer leichten depressiven Episode und einer Dysthymie um eine bloss leichtgradige Beeinträchtigung handelt, welcher nach der Rechtsprechung für sich allein nicht die Bedeutung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Für die

Aufhebung einer laufenden Rente ist jedoch ein Revisionsgrund im Sinne einer Tatsachenänderung erforderlich, welche in Bezug auf den Gesundheitszustand nicht ausgewiesen ist.

E. 5.3

Fraglich bleibt, ob in den erwerblichen Veränderungen ein Revisionsgrund zu erblicken ist.

Die Bemessung des Invaliditätsgrades im Vergleichszeitpunkt erfolgte bei laufendem Arbeitsverhältnis mit der Y.____, die den Beschwerdeführer trotz der gesundheitlichen Einschränkungen seit Juli 2008 beziehungsweise seit 2009 (Urk. 6/111/7-8) bis 30. Juni 2013, mithin bis zum Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens beschäftigte, zuletzt zu einem Pensum von 25 % (Urk. 6/145/2). Im Rahmen eines Prozentvergleichs resultierte gestützt auf das von der Arbeitgeberin damals im Gesundheitsfall angegebene Einkommen von Fr. 95'600.-- pro Jahr (Urk. 6/111/3 Ziff. 2.11) und einer Restarbeitsfähigkeit von 25 % (vorstehend E. 3.4-5) und einem entsprechend reduzierten tatsächlichen Einkommen von Fr. 23'900.-- der Invaliditätsgrad von 75 % (Urk. 6/129/2). Diese Invaliditätsbemessung lag der Rentenzusprache im Vergleichszeitpunkt zu Grunde.

Nach dem Verlust der Arbeitsstelle aus wirtschaftlichen Gründen sind hinsichtlich der massgebenden Vergleichseinkommen nicht mehr die effektiven Einkommen jenes konkreten Arbeitsverhältnisses, sondern abstrakte Werte gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf das Invalideneinkommen, da der Beschwerdeführer unstreitig keine Tätigkeit mehr auf dem ausgeglichenen, sondern eine solche im geschützten Arbeitsmarkt aufgenommen hat (Urk. 1 S. 9). Demzufolge sind die Einkommen nunmehr anhand statistischer Durchschnittswerte nach LSE zu ermitteln. Rechtsprechungsgemäss genügt es für die Annahme eines

Revisionsgrundes, dass das Invalideneinkommen mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit hypothetisch

aufgrund von Durchschnittswerten (BGE 135 V 297 E. 5.2) festzulegen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2014

vom 11. Juli 2014 E. 3.4.1).

Selbst wenn die gesundheitliche Situation unverändert geblieben ist, ist damit in erwerblicher Hinsicht ein Revisionsgrund gegeben, so dass der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2014 vom 11. Juli 2014 E. 4).

E. 5.5

Im Lichte dieser Rechtsprechung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Revisionszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist. Es bleibt unter diesen Umständen letztlich auch ohne Belang, ob die Beurteilung durch die RAD-Ärztin beweiskräftig ist, da in Anbetracht der von ihr in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater gestellten Diagnose der Rentenanspruch aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht von vornherein zu verneinen ist. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der

Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr.

E. 8

00.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

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