

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00272 vom 2. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00272

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00272 du 2 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00272 del 2 maggio 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).

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. 1.2

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. Rechtsprechungsgemäss 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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine

Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisschwerlastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. 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.

E. 1.4

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden.

Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwen digerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die An nahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit (nur), wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfü gung – den kbar. Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG, Urteil des Bundesgerichts 8C_752/2010 vom 27. Januar 2011 E. 2). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der mas sgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechts konform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwä gungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 2.2).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwal tung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztli che 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 Tä tigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurtei lung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemu tet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allsei tigen 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).

E. 2

ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwal tung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraus setzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Un richtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwal tung 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. Mass gebend 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 Hin weisen) .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Renteneinstellung damit, dass die psychiatrischen Diagnosen bei der Rentenzusprache nicht aus invalidenrechtlicher Sicht geprüft worden seien. Die geltende Rechtsprechung sei nicht angewendet worden, was zweifellos unrichtig sei. Es liege daher ein Wiedererwägungsgrund vor. Die aktuell vorliegenden Diagnosen vermöchten keine Leistungen der Invalidenversicherung auszulösen. Der Gesundheitsschaden scheine durch diverse psychosoziale Belastungsfaktoren entstanden zu sein und der Beschwerdeführer verfüge über viele Ressourcen. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen, weshalb die bisherige Invalidenrente wiedererwägungsweise aufgehoben werde (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe sich lediglich oberflächlich und nicht zu den wesentlichen Punkten der Einwandergängung geäußert, wodurch sie seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe. Ein Wiedererwägungsgrund liege – aus näher genannten Gründen – nicht vor. Die Rentenzusprache sei zu Recht erfolgt (S. 3 ff.). Auch wenn die Diagnosen des aktuellen Gutachtens massgebend wären, treffe die Würdigung der Beschwerdegegnerin nicht zu. So seien die Wechselwirkungen und Komorbiditäten aller gestellten Diagnosen invaliditäts relevant (S. 6 f.). Ein chronifizierter Gesundheitsschaden mit eigenständigem Krankheitsbild könne ausserdem nie in psychosozialen Umständen eine hinreichende Erklärung finden (S. 9). Schliesslich habe er einen Antrag auf Eingliederungsmassnahmen gestellt, wozu sich die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort geäußert habe. Die Selbsteingliederung sei unmöglich (S. 11 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig und die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente rechtens war.

E. 3.1

Vorab gilt es die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung zu beurteilen, wonach sich die Beschwerdegegnerin nicht genügend mit seinen Einwänden und mit seinem Antrag auf Eingliederungsmassnahmen auseinandergesetzt habe (vgl. Urk. 1 S. 3, S. 11).

E. 3.2

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der expliziten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird, ist das Recht der versicherten Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1).

Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Behörde darf ihre Begründung allerdings auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken und muss sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem

rechtlichen Einwand auseinandersetzen (BGE 133 I 270 E. 3.1, 124 V 180 E. 1a); es ist nicht erforderlich, dass sich die Begründung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (BGE 136 I 184 E. 2.2.1). Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und weshalb die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der ver sicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 56 zu Art. 49 ATSG, mit Hinweis auf BGE 124 V 182).

E. 3.3

Dem Beschwerdeführer ist zwar insoweit beizupflichten, als die Beschwerdegegnerin nicht konkret auf die einzelnen Vorbringen eingegangen ist. Dies ist im Lichte der vorgenannten Rechtsprechung indessen auch nicht zwingend erforderlich. Von einer gewichtigen Verletzung des rechtlichen Gehörs kann jedenfalls nicht ausgegangen werden. Zudem hat der Beschwerdeführer nicht explizit eine Rückweisung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs beantragt und eine solche würde auch lediglich zu einem formalistischen Leerlauf führen. Ausser dem hat er die Gelegenheit erhalten, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, womit die Gehörsverletzung als geheilt betrachtet werden kann (BGE 132 V 387 E. 5.1, 124 V 180 E. 4a).

E. 4.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 18. Oktober 2013 (Urk. 9/64; Urk. 9/70) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde:

E. 4.2

Vom 4. Januar bis 9. Februar 2010 war der Beschwerdeführer in der Z.____ zur psychosomatischen Rehabilitation hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 18. Februar 2010 (Urk. 9/44) nannten die Ärzte die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) mit somatischen Symptomen und psychosozialer Belastungssituation - psychophysisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73) bei Status nach Eisenmangel - schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom, aktuell continuous positive airway pressure (CPAP)-Therapie - arterielle Hypertonie - winzige Hiatushernie ohne Refluxösophagitis - Gallenblasenpolyp

Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand, bei verbesserter psychophysischer Belastbarkeit und mit neuen Strategien zur Bewältigung des Alltags entlassen werden können. Ihm sei für die Zeit vom 4. Januar bis 17. Februar 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Es werde ein stufenweiser beruflicher Wiedereinstieg am angestammten Arbeitsplatz mit einem Pensum von zunächst maximal 45 % empfohlen, welches anschliessend gegebenenfalls gesteigert werden könne (S. 3).

E. 4.3

Dem Schreiben von Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 28. September 2011 (Urk. 9/11) ist zu entnehmen, dass diese den Beschwerdeführer seit

März 2010 hausärztlich betreue. Aus somatischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Allerdings stosse er psychisch immer wieder an seine Grenzen und sei seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung. Die Reduktion des Pensums auf 80 % habe nur kurzfristig eine Verbesserung des psychischen Zustandes gebracht. Die aus psychiatrischer Sicht verbliebene Arbeitsfähigkeit könne sie nicht beurteilen.

E. 4.4

Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. C.____, delegierte Psychotherapeutin, nannten mit Bericht vom 14. November 2011 (Urk. 9/13/5-11) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig mit Verdacht auf chronifizierende Leistungseinbusse (ICD-10 F32.1) - Rezidiv eines psychophysischen Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73) - Status nach Anpassungsstörung mit somatischen Symptomen in psychosozialer Belastungssituation Januar/Februar 2010 (ICD-10 F43.21)

In Anbetracht des Verlaufes sei eine Prognose gegenwärtig schwierig. Es sei unklar, ob der Beschwerdeführer durch die jahrelange Selbstüberforderung langfristig in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sein werde und ob die Ermüdung chronisch sei, oder ob die zweite depressive Episode eher reaktiv im Zusammenhang mit dem Wunsch nach beruflicher Veränderung zu sehen sei (S. 2 Ziff. 1.4). Seit Oktober 2011 sei er in der bisherigen Tätigkeit als Steuersekretär zu 50 % arbeitsunfähig. Es sei zu hoffen, dass die Arbeitsfähigkeit per 1. Dezember 2011 gesteigert werden könne (S. 3 Ziff. 1.6-1.7).

E. 4.5

Die Ärzte der D.____ informierten mit Bericht vom 13. April 2012 (Urk. 9/19) über die stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 23. Januar bis 20. März 2012 (S. 2 Ziff. 1.3) und diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie zwanghafte akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit während der Dauer der Hospitalisation vollständig arbeitsunfähig gewesen (S. 4 Ziff. 1.6). Eine Prognose sei derzeit vorsichtig zu stellen, da die psychische Stabilität von der Art der zukünftigen Tätigkeit und dem Ausmass der subjektiv empfundenen Belastung abhängig sei (S. 3 Ziff. 1.4). Bei einer weiteren psychischen Stabilisierung sei eine Tätigkeit in reduziertem Umfang vorstellbar. Es hänge vom weiteren Therapieverlauf ab, ob eine volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden könne (S. 5 Ziff. 1.8).

E. 4.6

Am 22. August 2012 erfolgte eine arbeitsmedizinische Untersuchung durch Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD). Mit Bericht vom 5. September 2012 (Urk. 9/37) hielt dieser fest, dass die psychotherapeutische Auseinandersetzung noch nicht zu besseren Strategien im Umgang mit Arbeitsanforderungen geführt habe, sondern lediglich zum Erkennen von Stressoren und zur Vermeidung derselben. Das führe auch dazu, dass es weder in den beschriebenen Therapiesitzungen noch anlässlich der RAD-Untersuchung zu objektivierbaren kognitiven Einbrüchen gekommen sei. Objektivierbare Aussagen über die Schwere der psychischen Störung seien aufgrund des psychotherapeutischen Berichts nur indirekt möglich, beispielsweise lediglich anhand der Behandlungsdauer oder des langsamen Behandlungsfortschritts. Unter Anerkennung der langen Dauer des gestörten Bezugs zum bisherigen Beruf und der durchgehenden Behandlungsbemühungen sei in einer besser

angepassten Tätigkeit eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 7 Ziff. 8-9).

E. 4.7

Am 8. April 2013 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/48). Dabei stellte er folgende Diagnosen (S. 13): - Status nach rezidivierender depressiver Störung ab 2009; aktuell reaktiviert (ICD-10 F33.4) in beruflicher Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) und in neurasthenischer Entwicklung (ICD-10 F48.0) - schwergradiges obstruktives und partiell zentrales Schlafapnoesyndrom; bekannt seit 2007 - Differentialdiagnose (DD): komplexes Schlafapnoesyndrom beziehungsweise residuelle exzessive Schläfrigkeit unter CPAP-Behandlung - chronische Belastung durch die psychisch kranke Ehefrau seit 1984 (ICD-10 Z63.7) - fraglich zwanghaft akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Diagnostisch stelle der Beschwerdeführer eine komplexe Herausforderung dar. Es bestünden Symptome, die psychiatrisch fassbar und beschreibbar seien. Da neben dem Schlafapnoesyndrom allerdings eine somatische Krankheit. Es lasse sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht beurteilen, inwiefern dieses ursächlich für die psychiatrischen Symptome sei. Hierfür werde eine Untersuchung im Schlaflabor benötigt, um die Frage zu klären, ob die Schlafapnoen verantwortlich seien für die chronische Müdigkeit. Sollte sich ergeben, dass trotz CPAP-Behandlung eine residuelle exzessive Schläfrigkeit und Fatigue bleibe, so würden die nachfolgenden Ausführungen relativiert. Neurotische Verhaltensweisen seien klar fassbar (S. 13).

Der Beschwerdeführer beklagte hauptsächlich eine gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung sowie körperliche Schwäche und Erschöpfung nach nur geringen körperlichen Anstrengungen, weshalb eine neurasthenische Entwicklung zu diagnostizieren sei. Ein depressiver Zustand liege aktuell nicht vor. Die zwanghaften Persönlichkeitszüge seien nicht pathologisch. Histrionische und hypochondrische Züge seien ebenfalls erkennbar. Es sei eine Neurosemitik mit viel Angstprägung vorhanden. Eine Persönlichkeitsstörung sei nicht erkennbar (S. 14 f.).

In der angestammten Tätigkeit als Steuerkommissär habe der Leistungsknick bereits etwa im Jahr 2005 begonnen, als der Beschwerdeführer sein Pensum auf 90 % reduziert habe. Ein massiver Einbruch sei ab dem 4. November 2009 erfolgt, als er sein Pensum auf 45 % reduziert habe und dann im Januar/Februar 2010 sogar auf 0 %. Eine langsame Steigerung auf ein Pensum von 80 % sei bis August 2010 erfolgt. Von Juni bis September 2011 habe er ein Pensum von 40 % und kurzzeitig von 50 % geleistet. Seit Mitte Dezember 2011 bestehe für diese Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei der Ansicht, dass die Aufgabe als Hauswart eine für ihn leidensangepasste Tätigkeit darstelle. Er suche daher eine entsprechende Anstellung auf dem freien Arbeitsmarkt in einem Pensum von 50 %. Es sei allerdings zweifelhaft, ob seine Konstitution für diese Tätigkeit ausreichend und er nicht eher für eine mehr bürokratische Beschäftigung geeignet sei (S. 15). Der aktuelle Arbeitgeber beschreibe, dass der Beschwerdeführer sowohl in Bürotätigkeiten als auch als Hauswart körperlich eingeschränkt belastbar sei und auch zeitlich kein Durchhaltevermögen aufweise. Dr. B.____ habe die Einschränkungen des Beschwerdeführers im November 2011 beurteilt. Die Art und das Ausmass der Einschränkungen seien aktuell unverändert. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf eigenständige Leiden von Krankheitswert zurückzuführen. Trotz guter Compliance sei bezüglich Psychotherapie eine Stagnation eingetreten. Eine körperliche Roborierung sei dringend indiziert. Nur in einem fitten Zustand könne er eine

volle Hauswarttätigkeit ausüben (S. 16 f.).

E. 4.8

Mit Stellungnahme vom 21. Mai 2013 erklärte RAD-Arzt Dr. E.____, dass aus psychiatrischer Sicht bei kompletter Behandlungskooperation eine Stagnation eingetreten sei und in Bezug auf das Schlafapnoesyndrom weiterer Abklärungsbedarf bestehe, weshalb eine Festlegung der Arbeitsfähigkeit bis zum Begutachtungszeitpunkt möglich sei. Als Gesundheitsschaden lägen ein Schlafapnoesyndrom sowie eine vorgängig depressive Störung vor. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 15. Dezember 2011 vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seither eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Es handle sich nicht um einen vollständig stabilisierten Gesundheitszustand. Dieser bedürfe für die Zukunft weiterer Abklärung und Behandlung. Die frühere Pensumsreduktion auf 80 % sei wahrscheinlich aus denselben gesundheitlichen Gründen erfolgt (Urk. 9/53 S. 5).

E. 5.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 1. Februar 2017 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte.

E. 5.2

Aufgrund thorakaler Schmerzen und Palpitationen war der Beschwerdeführer vom 1. bis 3. April 2014 im G.____ hospitalisiert. Bei normaler Elektro (EKG)- und Echokardiographie habe der Verdacht auf einen non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) bestanden. Das D-Dimer sei negativ gewesen, so dass nicht von einer Lungenembolie auszugehen sei. Anlässlich der Koronarangiographie hätten keine Koronarstenosen nachgewiesen werden können. Nach unauffälliger postinterventioneller Überwachung sei der Beschwerdeführer entlassen worden. Differentialdiagnostisch sei an eine Myokarditis oder ein Vorhofflimmern als Ursache einer Koronarembolie zu denken. Die durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) des Herzens habe allerdings keine Hinweise für eine Myokarditis ergeben (Austrittsbericht vom 7. April 2014, Urk. 9/96 S. 1).

E. 5.3

Mit Bericht vom 17. Juli 2014 (Urk. 9/76) diagnostizierten die Ärzte der H.____ ein mittelschweres Schlafapnoesyndrom, ein im Jahr 2010 erlittenes Burnout sowie eine Tagesmüdigkeit und vermehrte Einschlafneigung. Die aktuelle CPAP-Kontrolle zeige eine vorbildliche Therapieadhärenz. Das Schlafapnoesyndrom lasse sich formal gemäss Gerätestatistik vollständig therapieren. Dennoch berichte der Beschwerdeführer über eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit und Einschlafneigung in monotonen Situationen. Die Polysomnographie zeige ebenfalls ein therapiertes Schlafapnoesyndrom. Wahrscheinlich stehe die Tagesmüdigkeit in Zusammenhang mit dem Burnout und der psychiatrischen Medikation (S. 1 f.).

E. 5.4

Dem Schreiben von Dr. A.____ vom 24. August 2015 (Urk. 9/79/5) ist zu entnehmen, dass bereits seit März 2010 ein Erschöpfungssyndrom sowie eine Anpassungsstörung vorlägen. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit habe nicht mehr erreicht werden können. Ausschlaggebend für die Arbeitsunfähigkeit sei einzig eine psychische Ursache. Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig.

E. 5.5

Mit Verlaufsbericht vom 11. respektive 13. November 2015 (Urk. 9/83) nannten Dr. B.____ und lic. phil. C.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - anhaltend neurasthenische Entwicklung (ICD-10 F48.0) mit den Leit symptomen gesteigerte Ermüdbarkeit, körperliche Schwäche, allgemein verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit - mittelschweres Schlafapnoesyndrom - akutes Koronarsyndrom, April 2014 - Status nach rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33) - Status nach Anpassungsstörung mit somatischen Symptomen in psycho sozialer Belastungssituation Januar/Februar 2010 (ICD-10 F43.21) - Status nach Erschöpfungssyndrom, DD: im Rahmen der neurastheni schen Entwicklung

Die Tätigkeit als Hauswart sei aufgrund der mangelnden körperlichen Fitness bereits anlässlich der im Jahr 2013 erfolgten Begutachtung in Frage gestellt worden. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer ein akutes Koronarsyn drom erlitten, was seinen körperlichen Zustand und seine diesbezügliche Belas tbarkeit nochmals reduziert habe. Die Tätigkeit als Hauswart sei nicht möglich. Der Beschwerdeführer habe versucht, seine bisherige Tätigkeit als Steuerberater nun auf selbständiger Basis aufzunehmen. Realistisch bestehe derzeit eine Ar beitsfähigkeit von maximal 10 Stunden pro Woche. Dies jedoch nur, wenn er die Arbeitsbedingungen völlig frei gestalten könne. Somit entspreche dies fak tisch einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 2.1). Die Behandlung erfolge alle 4-6 Wochen (S. 3 Ziff. 3.1). Aufgrund des Verlaufs und des aktuellen psy chosozialen Zustandsbildes sei von einer weiteren Chronifizierung auszugehen. Auf dem ersten Arbeitsmarkt werde der Beschwerdeführer nicht mehr rehabili tierbar sein (S. 4 Ziff. 3.3).

E. 5.6

Am 19. September 2016 erstatteten die Gutachter des I.____ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie zuhanden der Be schwerdegegnerin (Urk. 9/100). Dabei stellten sie folgende Diagnosen mit Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 3.1.1): - chronische Anpassungsstörung an die langjährige psychische Erkran kung der Ehefrau (ICD-10 Z63.7) und die langjährige berufliche Belas tung (ICD-10 F43.8) mit/bei: - neurasthenischer Entwicklung (ICD-10 F48.0) - ängstlich vermeidenden Bewältigungsstrategien bei zwanghaften, ängstlichen und alexothym akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), die auf dem Funktionsniveau einer neurotischen Störung (ICD-10 F48.9) entsprechen - seit 2014 zweimaligem Auftreten von Panikattacken - Status nach rezidivierender depressiver Störung ab 2009; aktuell remit tiert (ICD-10 F33.4)

Ausserdem nannten sie eine hypertensive Kardiopathie als Diagnose mit quali tativer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 3.1.2). Als ohne Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie eine arterielle Hypertonie, eine Dyslipidämie, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, einen Status nach Eisen mangelanämie im Jahr 2008, eine Divertikulose, einen Verdacht auf ein Reizdarmsyndrom sowie einen Gallenblasenpolyp (S. 6 f. Ziff. 3.2).

In kardiologischer Hinsicht finde sich im Ruhe-EKG ein normokarder Sinus rhythmus mit einem Steillagetyt und einem inkompletten Rechtsschenkelblock. Die transthorakale Echokardiographie zeige – passend zur bekannten arteriellen Hypertonie – ein konzentrisches Remodeling bei normaler Gesamtmuskelmasse und normaler systolischer

Funktion. Die Spiroergometrie zeige eine adäquate Ausbelastung ohne pulmonale Limitation. Insgesamt finde sich eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei vorwiegend kardialer Limitation und diastolischer Hypertonie. Aus kardialer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme schwerer körperlicher Tätigkeit. Eine Optimierung der antihypertensiven Therapie werde empfohlen (S. 76 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin eine Anpassungsstörung. Klinisch im Vordergrund stehe die neurasthenische Entwicklung. So klage der Beschwerdeführer über Müdigkeit und schnelle Erschöpfung. Bisher nicht erfasst worden seien die ängstlich vermeidenden Bewältigungsstrategien. Seine Art der Beziehungsgestaltung sei prägnant bedingt eingeschränkt, so dass von einer neurotischen Störung ausgegangen werden könne, welche in der Regel noch nicht zu Arbeitsausfällen, aber zu einem Leidensdruck führe. Die rezidivierende depressive Störung sei weiterhin remittiert. Eine eigentliche Angststörung könne nicht gestellt werden. Es sei wahrscheinlich, dass die im Jahr 2014 erlittene Schwäche des Herzens klinisch eine Panikattacke dargestellt habe. Vor Kurzem habe er eine zweite solche Episode erlitten. Für eine Panikstörung gemäss ICD-10 würden wiederkehrende Angstattacken gefordert (S. 7 f. Ziff. 4.1, S. 72 f. Ziff. 6.1). Durch die neurasthenische Symptomatik und die ängstlich vermeidende Bewältigungsstrategie sei die Durchhaltefähigkeit weiterhin mittelgradig bis schwer herabgesetzt. Zudem persistiere eine leichte Einschränkung in der Flexibilität. Die akzentuierten zwanghaften ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge würden die Rehabilitationsmöglichkeiten limitieren (S. 8 f. Ziff. 4.2, Ziff. 4.4; S. 73 Ziff. 6.2, Ziff. 6.4).

Bei klinisch unverändertem Befund ergebe sich aus psychiatrischer Sicht sowohl für die bisherige wie auch für eine angepasste Tätigkeit keine neue Beurteilung der Leistungsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.7, S. 74 Ziff. 6.7).

Es liege ein chronifiziertes Zustandsbild vor (S. 9 Ziff. 4.8, S. 74 Ziff. 6.8).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die psychiatrische Einschätzung sei. Aufgrund der kardiologischen Beurteilung einer hypertensiven Kardiopathie ergäben sich nur qualitative Einschränkungen, indem schwere Arbeiten ausgeschlossen seien. Leichte bis mittelschwere Arbeiten seien uneingeschränkt möglich. Die internistischen Diagnosen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 f. Ziff. 4.1). Der Zustand beziehungsweise die Leistungsfähigkeit seien seit der letztmaligen Begutachtung unverändert (S. 10 Ziff. 5.1).

E. 5.7

Mit Stellungnahme vom 28. September 2016 empfahl RAD-Ärztin med. pract. J. ____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, auf das Gutachten abzustellen. Es sei zu keiner Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen. Aus kardiologischer Sicht seien körperlich schwere Tätigkeiten ausgeschlossen. Leichte bis mittelschwere Arbeiten könnten verrichtet werden. Aus psychiatrischer Sicht bestünden weiterhin die gleichen Einschränkungen wie im Jahr 2013. Eine Verbesserung sei aufgrund des Charakters des Gesundheitsschadens nicht wahrscheinlich (Urk. 9/101 S. 4 f.).

E. 5.8

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurde ein Schreiben vom 9. Februar 2017 (Urk. 3) von Dr. B. ___ und lic. phil. C. ___ eingereicht, worin die se zur Rentenaufhebung Stellung nahmen. Dabei hielten sie fest, dass seit Januar 2010 unterschiedlich stark ausgeprägte, jedoch nie vollständig remittierte Einschränkungen vorlägen, welche seit dem Jahr 2011 eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt verunmöglichen würden. Die Einschränkungen beträfen eine stark gesteigerte Ermüdbarkeit und eine allgemein verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Das Bild sei chronifiziert und es sei nicht anzunehmen, dass sich dieses in den nächsten Jahren verbessere. Der Beschwerdeführer habe in den letzten Jahren mehrere Verluste erlitten. Es sei der Rente zu verdanken, dass er sich dennoch emotional stabilisieren könne, wenn auch mit gravierenden funktionellen Einschränkungen. Nach dem verfügten Rentenstopp zeichne sich eine tragische Entwicklung ab, da die emotionale Stabilität akut gefährdet sei und mit einer reaktiven depressiven Symptomatik gerechnet werden müsse. Es bestünden kaum Chancen, dass er sich im ersten Arbeitsmarkt wieder integrieren könne. Die Konsequenz des Rentenstopps sei eine Abhängigkeit vom Sozialamt und von Ergänzungsleistungen für den Rest des Lebens (S. 1 f.).

E. 6.1

Zunächst ist im Lichte der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Rentenzusprechung zu prüfen, ob die damalige Zusprache einer Dreiviertelsrente ab dem 1. März 2012 als zweifellos unrichtig einzustufen ist (vorstehend E. 1.3-1.4).

E. 6.2

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte gestützt auf das durch Dr. F. ___ erstellte psychiatrische Gutachten (Urk. 9/48; vgl. auch Urk. 9/53 S. 5 f.).

Dabei fällt hinsichtlich der Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf, dass Gutachter Dr. F. ___ den Beschwerdeführer zwar in der bisherigen Tätigkeit als Steuerkommissär als seit Mitte Dezember 2011 vollständig arbeitsunfähig erachtete, allerdings gar keine eigene Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil vornahm. Vielmehr erachtete er es lediglich als zweifelhaft, ob die aktuell ausgeübte und vom Beschwerdeführer gewünschte Tätigkeit als Hauswart überhaupt geeignet sei und er nicht eher eine mehr bürolastige Beschäftigung ausüben sollte (vgl. Urk. 9/48 S. 15). Sodann verwies er auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. B. ___ sowie auf die Angaben des der zeitigen Arbeitgebers (vgl. Urk. 9/48 S. 16 Ziff. 4). Bei den Angaben des K. ___

(Urk. 9/49) handelt es sich indessen nicht um eine medizinische Beurteilung und Dr. B. ___ nahm wie auch Dr. F. ___ gar keine entsprechende Einschätzung für eine angepasste Tätigkeit vor, sondern gab einzig an, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2011 in der bisherigen Tätigkeit als Steuersekretär zu 50 % arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 9/13/5-11 S. 3 f. Ziff. 1.6-1.7). Auch den übrigen im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorhandenen Akten lässt sich keine entsprechende medizinische Einschätzung entnehmen. Soweit der RAD und gestützt darauf die Beschwerdegegnerin seit Mitte Dezember 2011 nebst einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Steuerkommissär eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen haben (vgl. Urk. 9/53 S. 5 f.), entsprach dies somit keiner medizinischen Einschätzung.

Ausserdem wurden die bereits damals geltenden Grundsätze für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen. Vorausgesetzt war auch damals eine derartige Schwere, dass die Verwertung der verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder für die Gesellschaft gar untragbar ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C_317/2015 vom 20. Oktober 2015 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 130 V 352 E. 2.2.3-2.2.4 so wie 127 V 294 E. 4c und 5a). Jegliche Angaben hierzu fehlen. Es erfolgte insbesondere auch keine Auseinandersetzung mit möglichen Ressourcen des Beschwerdeführers. Dr. F.____ erhob einen fast vollkommen unauffälligen Befund (vgl. Urk. 9/48 S. 12) und die gestellten psychiatrischen Diagnosen vermochten für sich allein keine relevante Erwerbsunfähigkeit zu begründen. Die affektive Störung war remittiert. Eine Anpassungsstörung galt rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht als invalidisierendes Leiden und bei der Neurasthenie wurde nur ausnahmsweise die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung angenommen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E. 2.2 und E. 4.3 sowie 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2). Schliesslich stellen Z-Diagnosen Belastungen dar, die keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Zuletzt war das aus somatischer Sicht diagnostizierte Schlafapnoesyndrom nicht abschliessend abgeklärt und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden auch nicht durch einen entsprechenden Facharzt beurteilt.

E. 6.3

Nach dem Gesagten erfolgte die von der Beschwerdegegnerin in der rentenzusprechenden Verfügung getroffene Annahme einer seit Mitte Dezember 2011 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Steuerkommissär sowie einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung und ohne Berücksichtigung der schon damals geltenden Rechtsprechung. Die Zusprache einer Dreiviertelrente gemäss Verfügung vom 18. Oktober 2013 (Urk. 9/64; Urk. 9/70) ist damit als zweifellos unrichtig einzustufen. Da es eine Dauerleistung betrifft, ist die Berichtigung von erheblicher Bedeutung (vorstehend E. 1.3-1.4).

E. 7.1

Sind im Wiedererwägungsverfahren gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG die Wiedererwägungsvoraussetzungen erfüllt, ist auf die entsprechende Entscheidung zurückzukommen, und es ist unter Berücksichtigung der massgebenden Umstände ein neuer Entscheid zu fällen. Mit anderen Worten ist der Rentenanspruch ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen (BGE 140 V 514 E. 5.2).

E. 7.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte insbesondere eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte der I.____ (vorstehend E. 5.6), welche die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich erfüllt.

Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer in jeglicher körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit und somit auch im bisherigen Beruf als Steuerkommissär vollständig arbeitsfähig. Einzig körperlich schwere Tätigkeiten wurden aufgrund der

hypertensiven Kardiopathie als nicht mehr zumutbar erachtet. Die in der H.____ erfolgte Polysomnographie zeigte ein voll ständig therapiertes Schlafapnoesyndrom und die CPAP-Kontrolle eine vorbild liche Therapieadhärenz, weshalb diesem nachvollziehbar keine relevante Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen und die fortbestehende Tagesmü digkeit in Zusammenhang mit dem psychischen Leiden gesehen wurde (vgl. Urk. 9/100 S. 6 f., S. 77; Urk. 9/76 S. 1 f.).

Im Vordergrund steht unbestrittenermassen das psychische Leiden, insbesondere die neurasthenische Entwicklung. Die depressive Störung ist weiterhin remittiert (Urk. 9/100 S. 7 f. Ziff. 4.1, S. 72 f. Ziff. 6.1). Da die I.____-Gutachter von einem im Vergleich zur im Jahr 2013 erfolgten Begutachtung klinisch unveränderten Befund ausgingen, nahmen sie keine neue Beurteilung der Leistungsfähigkeit vor (vgl. Urk. 9/100 S. 9 Ziff. 4.7, S. 74 Ziff. 6.7). Eine Einschätzung der ver bliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lag damals – wie zu vor ausgeführt (vorstehend E. 6.2) – allerdings gerade nicht vor. Ausserdem ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer versicherten Person nun für sämtliche psychische Leiden anhand eines strukturierten Beweisverfahrens zu ermitteln (vorstehend E. 1.2). Dabei fällt vorderhand auf, dass bereits aus rein diagnostischer Sicht kein erheblicher Schweregrad ausgewiesen ist. Die psychopathologische Befundaufnahme war mehrheitlich unauffällig (vgl. Urk. 9/100 S. 68 ff. Ziff. 4.1). Die hinsichtlich der somatischen Komorbiditäten erhobenen Befunde sind ebenfalls nicht besonders ausgeprägt. Obwohl von ei nem chronifizierten Zustandsbild gesprochen wird (vgl. Urk. 9/100 S. 74 Ziff. 6.8), wurden die Massnahmen zur Behandlung des psychischen Leidens re duziert. So nimmt der Beschwerdeführer einzig noch Deanxit ein, wogegen Se roquel ausgeschlichen wurde. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie erfolgt lediglich noch alle fünf Wochen, wogegen diese früher alle zwei Wochen stattfand (vgl. Urk. 9/100 S. 62 f. Ziff. 3.1, Ziff. 3.3). Eine Persönlichkeitsstörung konnte zwar nicht diagnostiziert werden. Dennoch wurde erkannt, dass die ak zentuierten zwanghaft ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge die Rehabi litationsmöglichkeiten limitieren würden (vgl. Urk. 9/100 S. 9 Ziff. 4.4). Aller dings verfügt der Beschwerdeführer durchaus über persönliche Ressourcen und auch über einen geregelten Tagesablauf. So lebe er zwar zurückgezogen, wohne aber zusammen mit seiner Ehefrau und besuche seine Mutter etwa einmal pro Woche. Zu den Kindern habe er eine herzliche Beziehung und höre alle zwei Wochen von ihnen. In der Kirche habe er ebenfalls ein soziales Netzwerk. Er unternehme täglich mehrere Spaziergänge mit dem Hund, arbeite zeitweise in seinem eigenen Treuhandbetrieb, lese Zeitschriften und spiele manchmal Gitar re. Am Sonntag gehe er in die Kirche. In die Ferien gehe er ebenfalls, wenn auch selten (vgl. Urk. 9/100 S. 62 Ziff. 3.1, S. 66 f.). In Gesamtwürdigung aller Indikatoren ist eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Ar beitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen und ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden da her zu verneinen.

E. 7.3

Nach dem Gesagten ist dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit und somit auch die bisherige Tätigkeit als Steuerkommissär vollzeitlich zumutbar. Das psychische Leiden ist nicht invali disierend. Infolge der in der angestammten Tätigkeit ausgewiesenen vollständi gen Arbeitsfähigkeit resultiert keine Lohneinbusse und somit kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad. Die verfügte Rentenaufhebung erweist sich daher als gerechtfertigt.

E. 8

Im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Februar 2017 (Urk. 2) war der am 24. Oktober 1962 geborene Beschwerdeführer 54 Jahre und 3 Monate alt. Die Rente bezog er seit dem 1. März 2012, mit hin seit 4 Jahren und 11 Monaten. Damit fällt er nicht unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis, weshalb vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen ist (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2). Ob wohl es sich aufgrund des Alters des Beschwerdeführers um einen Grenzfall handelt, geht aus den Akten nicht zweifellos hervor, dass ihm die Verwertung der Arbeitsfähigkeit ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung nicht möglich wäre (vgl. in BGE 139 V 442 nicht publizierte E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2014 vom 12. Januar 2015 E. 4.2.2).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 9

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 Der Vorsitzende i.V. Die Gerichtsschreiberin BachofnerMeierhans

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