

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00422 vom 28. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00422

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00422 du 28 juin 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00422 del 28 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität 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).

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1.1.1 Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers zu Recht ablehnte.

2.2.1.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass beim Beschwerdeführer kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei und er sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Musikinstrumentenhandwerker als auch in jeder anderen vergleichbaren, angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 1 unten).

2.3.1.1 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten sei - mit näher dargelegten (S. 3 ff.) - Mängeln behaftet, wobei der gravierendste Mangel in der Annahme bestehe, die Folgen des Chronic Fatigue-Syndroms (CFS) seien überwindbar (S. 7 Ziff. 10).

E. 3

3.1.1.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1.1 In seinem Bericht vom 9. November 2008 (Urk. 8/21/2-5) nannte Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin FMH, bei welchem der Beschwerdeführer seit 1994 in Behandlung steht (Ziff. 1.2), folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- klinisch CFS, dokumentiert mindestens seit 1997, subjektiv mindestens seit 15 Jahren

- Status nach Operation einer zervikalen (C5/6 links) und lumbalen (L5/S1 links) Diskushernie im Februar und Juni 2001

- Schlaf-Apnoe-Syndrom unter Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)-Therapie, bestehend seit Juli 2004

3.3.1.1 Er führte aus, beim Beschwerdeführer beständen physisch eine Kraft- und Leistungsverminderung sowie diffuse Schmerzen. In psychischer Hinsicht leide er unter Konzentrationsschwäche, Müdigkeit, einer Redestörung sowie einem gestörten Tagesablauf. Eine depressive Symptomatik bestehe nicht. Aufgrund dieser Einschränkungen könne er in seiner bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer des eigenen Musikbetriebs im Vergleich zu früher maximal noch 30 % bis 50 % Leistung erbringen. Eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit bestehe seit dem 1. Mai 2007, wobei vom 6. Juli bis 18. August 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Ziff. 1.6-7). Der Beschwerdeführer habe sich primär verschiedenen somatischen und psychischen Abklärungen unterzogen. Sekundär sei eine medikamentöse Beeinflussung, aktuell mit Ritalin, versucht worden (Ziff. 1.5). Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei die Prognose unsicher bis ungewiss (Ziff. 1.4). Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9).

3.3.2.1 Dr. med. B. ____, FMH Neurologie, Klinik C. ____, berichtete am 20. Oktober 2008 (Urk. 8/22/2-3). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4a):

- Verdacht auf ein CFS unklarer Ätiologie seit mindestens 10 bis 15 Jahren

- Verdacht auf chronisches Spannungstypkopfweg, Differentialdiagnose: atypische chronische Migräne (teilweise Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er fÄhrte aus, die neurologische Untersuchung sei stets normal ausgefallen. Abgesehen von der auffallenden MÄdigkeit, welche in der Untersuchung teils mit GÄhnen assoziiert gewesen sei, sei der neuropsychiatrische Zustand unauffÄllig gewesen. Eine neuropsychologische AbklÄrung habe zwar Werte im oberen bis mittleren Normbereich ergeben, was aber bei Personen, die gemÄss intellektuellem Niveau neuropsychologisch per se Äberdurchschnittlich abschneiden sollten, immer mit Interpretationsschwierigkeiten assoziiert sei (Ziff. 3). Die vom Hausarzt Dr. A. ___ attestierte ArbeitsunfÄhigkeit erachtete Dr. B. ___ als gerechtfertigt (Ziff. 6, Ziff. 8). Des Weiteren hielt er fest, eine Steigerung der ArbeitsfÄhigkeit sei im Moment nicht mÄglich und die Prognose ungewiss. Voraussetzung wÄre ein volles Ansprechen des CFS auf Medikamente oder ÄSpontanheilungÄ. Der BeschwerdefÄhrer sei eingegliedert und kÄnne mit grossem Aufwand ein 50%iges Arbeitspensum auf hohem Niveau wahrnehmen, sei dafÄr aber auf zusÄtzliche Zeit und Pausen sowie Mitarbeiter angewiesen (Ziff. 7b-d).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 18. November 2008 erstattete Dr. med. D. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einen Bericht (Urk. 8/23/2-5), in welchem er die Diagnose eines CFS bestÄtigte (Ziff. 1.1). Er fÄhrte aus, der BeschwerdefÄhrer stehe seit MÄrz 2007 in seiner Behandlung, wobei ambulante, teils diagnostische und teils stÄtzende Sitzungen durchgefÄhrt wÄrden (Ziff. 1.2, Ziff. 1.5). Negativ auf dessen ArbeitsfÄhigkeit wirkten sich eine erhÄhte ErmÄdbarkeit sowie KonzentrationsstÄrungen aus. Als GeschÄftsfÄhrer sei der BeschwerdefÄhrer seit MÄrz 2007 auf unbestimmte Zeit (mindestens) 50 % arbeitsunfÄhig (Ziff. 1.6-7).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 18. August 2009 erstatteten Dr. med. E. ___, Innere Medizin und Klinische Pharmakologie FMH, Dr. med. F. ___, Facharzt fÄr Innere Medizin und Facharzt fÄr psychosomatische Medizin, Dr. med. G. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie sowie Dr. med. H. ___, Facharzt Rheumatologie, Medizinische AbklÄrungsstelle I. ___ (MEDAS), das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (MEDAS-Gutachten, Urk. 8/35/1-34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses stÄtzte sich auf die von der IV-Stelle zur VerfÄgung gestellten sowie nachgereichte Akten (S. 2 ff.), die Angaben des BeschwerdefÄhrers (S. 10 ff.), ein von Dr. H. ___ erstattetes rheumatologisches (Urk. 8/35/35-43) sowie ein von Dr. G. ___ erstattetes psychiatrisches (Urk. 8/35/44-59) Konsilium.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter nannten folgende, seit 2001 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit (S. 27 unten):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei
- Mehretagendegeneration und Diskopathien L4/5 und L5/S1
- Fehlhaltung und muskulÄrer Dysbalance / Insuffizienz

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers erachteten sie unter anderem folgende Diagnosen (S. 27 unten):

- Neurasthenie im Sinne der ICD-10 F45.0 / undifferenzierte somatoforme StÄrung, bestehend seit 2004
- rezidivierende depressive StÄrung, derzeit vollstÄndig remittiert (ICD-10 F32.4), bestehend seit 1997

Dr. H. ___ führte aus, im Halswirbelsäulenbereich des Beschwerdeführers bestehe nach der Operation im Februar 2001 ein unauffälliger Status. An der Lendenwirbelsäule (LWS) liege ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom vor, an dem vor allem Fehlhaltung und erhebliche muskuläre Insuffizienz, respektive Dysbalance beteiligt seien. Eine intermittierende Reizung L5 oder auch S1 links sei anhand der Bildgebung möglich. Auch die sensiblen Missempfindungen, die vom Beschwerdeführer angegeben würden, könnten darauf zurückzuführen sein, sie passten in ihrer Ausbreitung nicht vollständig zu den beteiligten Dermatomen. Es resultierten daraus keine Funktionseinschränkungen, solche seien vor allem auf die Verspannung der Rückenstrecker und Verkürzung der ischiokruralen Muskulatur zurückzuführen (S. 17 unten). Aufgrund der erhobenen Befunde erschienen körperlich schwer belastende Arbeitstätigkeiten ungünstig und nicht zumutbar. Die angestammte kaufmännische Tätigkeit sei jedoch als wechselbelastend und körperlich leicht bis maximal mittelschwer einzuschätzen, so dass sich bei Berücksichtigung einer entsprechenden Arbeitsergonomie aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit ergäben, weder für die angestammte noch für vergleichbare alternative Tätigkeiten (S. 18 Mitte).

Dr. G. ___ führte aus, beim Beschwerdeführer hätten Hinweise auf ein Krankheitsbild aus dem Bereich der neurotischen Störungen, Belastungsstörungen und somatoformen Störungen (Kapitel F4 der ICD-10) gefunden werden können (S. 20 oben). Die Synthese aus den vorliegenden Befunden sowie den Ergebnissen der eigenen Befragung und Untersuchung führten zur Diagnose der Neurasthenie im Sinne der ICD-10, andernorts CFS genannt, im DSM4 der unspezifischen Somatisierungsstörung entsprechend. Versicherungsmedizinisch handle es sich bei den angegebenen Beschwerden weniger um eine Krankheit als um nicht gut erklärbare Befindlichkeitsstörungen (S. 21 unten). Im konkreten Fall blieben als objektivierbare Befunde letztlich das häufige Gähnen sowie die chronische Müdigkeit. Eine psychiatrische Komorbidität sei aktuell nicht nachweisbar. Das Krankheitsbild sei letztlich nach den Kriterien der funktionellen beziehungsweise der somatoformen Störung zu beurteilen. Im konkreten Fall könne eine schwere psychiatrische Erkrankung im Sinne einer Depression oder einer Psychose ausgeschlossen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine anhaltende Beeinträchtigung nachgewiesen werden, die nicht durch natürliche Willensanstrengung überwindbar wäre (S. 22 oben). Insofern sei aus psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine vergleichbare andere Tätigkeit zumutbar (S. 22 unten).

In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, theoretisch könne der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Musikinstrumentenhandwerker zeitlich uneingeschränkt ausüben. Soweit objektivierbar (neuropsychologische Untersuchungen, Ergometrie) bestehe keine Leistungseinschränkung. Aus Gutachtersicht habe zu keinem Zeitpunkt eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und für vergleichbare andere Tätigkeiten bestanden (S. 30 Ziff. 3.4-6). Der Beschwerdeführer könne aus Gutachtersicht theoretisch alle Tätigkeiten mit körperlich leichter und mittelschwerer Belastung, ohne explizite Rückenbelastung und ohne hohe Stressbelastung mit einer strukturierten Arbeitszeit, die ausreichend Pausen ermögliche, ausüben (S. 31 Ziff. 5.1). Die subjektiven Beeinträchtigungen wie Gereiztheit, Lärmempfindlichkeit,

Konzentrationsstörungen und geistige/psychische Erschöpfbarkeit seien mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar (S. 29 Ziff. 2.1 und Ziff. 3.1).

3.6. Dr. med. J. ____, Facharzt Innere Medizin und Kardiologie FMH, Klinik C. ____, berichtete am 14. April 2010 (Urk. 3/3). Zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen nannte er eine komplexe, schwere koronare 2-Gefässerkrankung. Er führte aus, aufgrund rezidivierender, typischer Präkordialge-Episoden sei eine Koronarangiographie indiziert gewesen (S. 1 Mitte). Das Ausmass der in der Beurteilung des Koronar-Computertomogramms (CT) aus dem Jahr 2008 (vgl. Urk. 8/21/7) vermuteten koronaren Herzkrankheit sei überraschend komplex ausgefallen. Die durchgeführte perkutane Intervention sei mit zufriedenstellendem Resultat gelungen. Die Situation, insbesondere die potentiell progrediente Natur der Koronarsklerose und die Notwendigkeit einer rigorosen Sekundärprophylaxe, sei mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden (S. 2).

3.7. Am 6. Mai 2010 berichtete Dr. med. K. ____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt, Zentrum L. __ (Urk. 3/5), bei welchem der Beschwerdeführer seit 19. März 2010 in Behandlung steht (S. 1 Mitte). In diagnostischer Hinsicht bestätigte Dr. K. __ im Wesentlichen ein CFS. Des Weiteren diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gemäss ICD-10 und Beck-Depressions-Inventar mittelschwere Episode (S. 1 unten). Er führte aus, eine besondere psychische Belastung für den Beschwerdeführer seien die anfangs April 2010 plötzlich auftretenden Herzbeschwerden gewesen. Der Beschwerdeführer nehme sehr engagiert an den wöchentlichen Sitzungen teil und reflektiere differenziert seine Situation (S. 2 Mitte). Er trage mit seinem starken Willen maximal bei, um seine Beschwerden zu überwinden. Konkret: was er mit seinem Willen erreichen und beitragen könne, mache er, und es sei ihm daher zurzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, noch weitere Energien zu mobilisieren, um die Müdigkeit und den Antriebsmangel weiter zu überwinden. Aus psychiatrischer Sicht müsse die Arbeitsfähigkeit aktuell und bis auf weiteres auf maximal 50 % festgelegt werden (S. 2 unten).

E. 4

4.1. Das MEDAS-Gutachten vom 18. August 2009 (E. 3.5) ist für die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch aus interdisziplinärer Sicht differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, insbesondere einer je fachbezogen erhobenen Anamnese und einer gründlichen klinischen Abklärung respektive psychiatrischen Exploration. Es berücksichtigt die medizinischen Vorakten und setzt sich eingehend mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander. Das Gutachten leuchtet schliesslich in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb es die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangten Anforderungen (E. 1.3) erfüllt und ihm voller Beweiswert zukommt.

4.2. Der am MEDAS-Gutachten beteiligte Rheumatologe, Dr. H. ____, legte in nachvollziehbarer und schlüssig begründeter Weise dar, dass der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit, welche als wechselbelastend und körperlich leicht bis maximal mittelschwer einzuschätzen sei,

keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erfahre (Urk. 8/35 S. 18 Mitte). Festzuhalten ist, dass das Belastungsprofil der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Rahmen der MEDAS-Begutachtung sorgfältig erfragt und dokumentiert und damit in den wesentlichen Zügen erfasst wurde (Urk. 8/35 S. 9 unten, S. 16 Mitte). Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach die Gutachter seine eigentliche berufliche Tätigkeit nicht richtig erfasst hätten (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4) geht deshalb ins Leere. Gleiches gilt für das Argument des Beschwerdeführers, wonach die Gutachter die Interdependenz zwischen seinem Rückenleiden und seiner zufolge des CFS eingeschränkten Arbeitsleistung zu Unrecht nicht berücksichtigt hätten (Urk. 1 S. 6 Ziff. 9). Die rheumatologische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. H. ___ ist medizinisch-theoretisch, bezieht sich auf ein 100 %-Pensum und basiert auf den erhobenen Befunden. Mit Blick darauf, dass er zwar Pathologien im Bereich der Wirbelsäule des Beschwerdeführers objektivieren konnte, gleichzeitig aber auch ausführte, die Beschwerden würden hauptsächlich durch eine Fehllhaltung und durch eine erhebliche Insuffizienz beziehungsweise Dysbalance der Rückenmuskulatur verursacht und könnten mittels medizinischer Massnahmen behoben oder zumindest auf ein subjektiv akzeptables Niveau reduziert werden (Urk. 8/35/42), ist seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer seiner angestammten Tätigkeit vollumfänglich nachgehen könne, nachvollziehbar und einleuchtend.

4.3 Nicht stichhaltig ist sodann der Einwand des Beschwerdeführers, wonach seiner Herzproblematik nicht ausreichend Rechnung getragen worden sei. Den Gutachtern waren die Ergebnisse des Koronar-Computertomogramms (Koronar-CT) vom Juli 2008 (vgl. Urk. 8/21/7) bekannt und sie fanden Eingang in ihre Beurteilung (Urk. 8/35 S. 6 Mitte). Dass sie den Zustand des Herzens implizit als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten, ist vor dem Hintergrund, dass beim Beschwerdeführer nach Vorliegen der CT-Ergebnisse eine energische Sekundärprophylaxe eingeführt und damit die Problematik offenbar entschärft wurde, plausibel. Die im April 2010 dennoch auftretenden Herzprobleme machten eine perkutane Intervention, anlässlich welcher Stents gelegt wurden, notwendig. Der Kardiologe Dr. J. ___ zeigte sich mit dem Resultat dieses Eingriffs zufrieden. Sein Bericht enthält keine Hinweise darauf, dass sich der Zustand des Herzens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken würde (Urk. 3/3 sowie vorstehend E. 3.6).

4.4 Aufgrund der einleuchtenden Darlegungen des am MEDAS-Gutachten beteiligten Psychiaters, Dr. G. ___ (Urk. 8/35/52 ff.), lassen sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden mit im Vordergrund stehender chronischer Müdigkeit aus psychiatrischer Sicht dem Krankheitsbild einer Neurasthenie im Sinne von ICD-10 F45.0 beziehungsweise eines CFS zuordnen. Diese diagnostische Einschätzung wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und steht auch im Einklang mit der diagnostischen Einschätzung der übrigen Ärzte (E. 3.2-4, E. 3.7) sowie der medizinischen Vorakten. Pathologische Befunde, die den chronischen Erschöpfungszustand des Beschwerdeführers erklären würden, konnten von den Ärzten zu keinem Zeitpunkt objektiviert werden. Insbesondere führten die durchgeführten endokrinologischen, neurologischen, neuropsychologischen und kardiologischen Untersuchungen keine relevanten Defizite zu Tage (Urk. 8/21/12 unten, Urk. 8/21/7, Urk. 8/23/29 Mitte, Urk. 8/42/2 unten, E. 3.3 vorstehend).

4.5. Neurasthenie und das CFS sind gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts eindeutig den somatoformen Störungen zuzurechnen und gehören in den gleichen Syndromenkomplex wie Konversionsstörungen, Somatisierungsstörungen, Schmerzstörungen, Hypochondrie. Wie bei der Fibromyalgie ist die Ätiologie des chronischen Müdigkeitssyndroms unbekannt. Zusammen mit dem Reizdarmsyndrom stellen Müdigkeitssyndrom und Fibromyalgiesyndrom (FMS) eine Symptomeneinheit dar, bei der je nach Verlauf entweder die für FMS oder CFS oder Reizdarmsyndrom typischen klinischen Zeichen im Vordergrund stehen können. Bei allen drei Zustandsbildern lassen sich ähnliche vegetative, funktionelle und psychische Störungen erkennen, und auch bezüglich der Anwendung therapeutischer Strategien bestehen keine grossen Unterschiede (Peter A. Berg, Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom, 2. Aufl., Berlin usw. 2002, S. 227). Sozialversicherungsrechtlich ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen. Wie bereits im Fall I 1000/06 vom 24. April 2007 erwogen, steht daher laut Bundesgericht nichts entgegen, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 130 V 352 und seitherige) auf das CFS oder die Neurasthenie analog zur Anwendung zu bringen (Urteil in Sachen M. vom 14. April 2008, I 70/07, E. 5).

4.6. Die Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, und damit auch der Neurasthenie, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine diagnostizierte Neurasthenie als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise die Neurasthenie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Beschwerdenbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Beschwerden notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.7 Die Diagnose einer Neurasthenie im Sinne von ICD-10 F45 wurde beim Beschwerdeführer psychiatrischerseits bestätigt. Nach Dr. G. ___s Überzeugenden Ausführungen liegen jedoch keine anderweitigen psychischen Gesundheitsstörungen vor (Urk. 8/35/52 f., Urk. 8/35/57 oben und Mitte). Insofern Dr. K. ___ in seinem Bericht vom 6. Mai 2010 als Diagnose eine mittelschwere depressive Episode nannte, ist festzuhalten, dass er diese nicht näher begründete, insbesondere keine entsprechenden psychopathologischen Befunde anführte. Abgesehen davon erstattete er seinen Bericht nach Ergehen der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2010. Eine allfällige in der Zeit danach aufgetretene depressive Symptomatik ist im vorliegenden Verfahren nicht von Relevanz. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist deshalb zu verneinen.

Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren praxisgemässen Kriterien zu prüfen, um die ausnahmsweise Nichtüberwindbarkeit der Beschwerden zu beurteilen.

Gemäss MEDAS-Gutachten besteht beim Beschwerdeführer ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (E. 3.5). Dr. H. ___ konnte zwar pathologische Befunde im Sinne degenerativer Veränderungen im Bereich der LWS erheben, führte aber aus, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers hauptsächlich durch eine Fehlhaltung und durch eine erhebliche Insuffizienz beziehungsweise Dysbalance der Rückenmuskulatur mit einer konsekutiven Fehlbelastung der ligamentomuskulären Strukturen verursacht würden und durch medizinische Massnahmen behoben oder zumindest auf ein subjektiv akzeptables Niveau reduziert werden könnten. Er empfahl dringend aktive und passive Massnahmen mit dem Ziel einer Detonisierung und Mobilisation beziehungsweise Haltungskorrektur der Rückenmuskulatur sowie schwerpunktmässig die Steigerung der allgemeinen Kraft und der Ausdauer (Urk. 8/35/42). Demnach besteht beim Beschwerdeführer zwar ein chronisches Rückenleiden; da dieses aber zum grössten Teil nicht auf ausgeprägte pathologische Befunde zurückzuführen ist, ist das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung nur leichtgradig erfüllt.

Die Erschöpfungszustände des Beschwerdeführers haben gemäss seinen Angaben eine reduzierte soziale Aktivität, insbesondere was Freizeitunternehmen anbelange, zur Folge (Urk. 8/35/10 Mitte). Der beschriebene soziale Rückzug des Beschwerdeführers ist insbesondere mit Blick darauf, dass er nach wie zu 50 % seiner Arbeit nachgeht, eine Partnerschaft pflegt, regelmässig das Haus verlässt um Einkäufe zu tätigen und den Hund auszuführen sowie in sein Haus in den Tessin reist, ebenfalls lediglich als leichtgradig zu werten.

Was die durchgeführten Behandlungen anbelangt, so hielt Dr. G. ___ fest, dass der Beschwerdeführer sehr viel unternommen habe, um organische Ätiologien zu verfolgen oder auszuschliessen und sich zahlreiche pharmakologische Behandlungen zugemutet habe. Nicht nachgewiesen sei jedoch, dass, ausgehend von einer psychischen Befindlichkeitsstörung, entsprechende psychotherapeutische Massnahmen in ausreichendem Mass getroffen worden seien. Psychotherapeutische Massnahmen in diesem Sinne hätten in jedem Fall als zumutbar zu gelten. Dies schliesse nicht nur die Art der Therapie ein, sondern auch das Setting, also teilstationär und vollstationär (Urk. 8/35/57 unten). Hinsichtlich medizinischer Massnahmen empfahl er eine modifizierte Herangehensweise an das beklagte chronische Müdigkeitssyndrom. Es sei ein Wechsel

weg von rein somato-medizinischen Behandlungsansätzen wie zum Beispiel Hochdosistherapie mit Antidepressiva oder einer Hormontherapie nötig, wobei auf einen Aktivitätsaufbau, auf die Modifikation der subjektiven Krankheitsannahmen und gegebenenfalls auch eine Modifikation des Schlafverhaltens (tagsüber abliegen) zu fokussieren wäre (Urk. 8/35/22 f.). Zu bemerken ist, dass diese Empfehlung nicht im Widerspruch steht zu der von Dr. G. ___ offenbar mündlich gemachten Empfehlung, der Beschwerdeführer solle noch zwei weitere medikamentöse Therapien versuchen (vgl. Beschwerdeschrift, Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6), erachtete doch Dr. G. ___ lediglich einen rein somato-medizinischen Behandlungsansatz als nicht optimal. Auch wenn an der kooperativen und behandlungswilligen Haltung des Beschwerdeführers nicht zu zweifeln ist, kann vor dem Hintergrund der nachvollziehbaren Einschätzung durch Dr. G. ___ nicht gesagt werden, im massgebenden Zeitpunkt der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin habe er alle in Erwägung zu ziehenden Therapieansätze, insbesondere auch teil- oder vollstationäre Klinikaufenthalte, ausgeschöpft, und diese Behandlungsmassnahmen seien trotz konsequenter Durchführung gescheitert.

Während für einen primären Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufs einer missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung keine Anhaltspunkte bestehen, ist ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik unbestrittenmassen ausgewiesen, da die Neurasthenieproblematik beim Beschwerdeführer mindestens seit 1997 besteht (vgl. E. 3.2).

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden Kriterien führt zum Schluss, dass einzig das Kriterium eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs in ausgeprägter Weise erfüllt ist. Zwei weitere Kriterien (chronische körperliche Begleiterkrankung und sozialer Rückzug) sind sodann lediglich in leicht ausgeprägter Weise und die übrigen zwei Kriterien gar nicht erfüllt. In ihrer Gesamtheit erlauben die Kriterien deshalb nicht den Schluss, die willentliche Überwindung der Beschwerden sei ausnahmsweise unzumutbar.

Aus versicherungsrechtlicher Sicht ist deshalb davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, die nötige Willensanstrengung aufzubringen und die seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden zu überwinden. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der psychiatrischen Einschätzung durch Dr. G. ___ (E. 3.5). Daran nichts zu ändern vermag die Aussage von Dr. K. ___, wonach der Beschwerdeführer mit seinem starken Willen maximal dazu beitrage, seine Beschwerden zu überwinden und es ihm daher zurzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei, noch weitere Energien zu mobilisieren, um die Müdigkeit und den Antriebsmangel weiter zu überwinden (vgl. E. 3.7). Dr. K. ___ nannte keine konkreten psychopathologischen Befunde oder Diagnosen, welche die Unmöglichkeit einer willentlichen Überwindung der Beschwerden aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar erscheinen lassen würden. Was die von ihm diagnostizierte mittelschwere depressive Episode anbelangt, die allenfalls eine Komorbidität zu begründen vermöchte, so kann auf die vorstehenden Ausführungen in Erwägung 4.7 verwiesen werden.

Somit ist festzuhalten, dass es an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden, der eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchte, fehlt.

4.9. Die weiteren bei den Akten befindlichen Arztberichte vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Die Ärzte, die sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten und diese im Unterschied zu den MEDAS-Gutachtern als erheblich eingeschränkt beurteilten, begründeten ihre Einschätzungen mit den dem CFS zuzuordnenden Beschwerden wie Müdigkeit und Erschöpfbarkeit und den - durch Dr. G. ___ allerdings nicht objektivierbaren (Urk. 7/35/51 oben) - Konzentrationsstörungen (vgl. E. 3.2-4, E. 3.7). Da dem CFS aber im vorliegenden Fall gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung abzusprechen ist, kann nicht auf diese Berichte abgestellt werden.

4.10. Zusammenfassend ergibt sich, dass der organische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Musikbetriebs nicht beeinträchtigt und ein anderer invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden nicht vorliegt. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin als rechtens. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

5. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann

- 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

Vertreter zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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