

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00316 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00316

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00316 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00316 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

geborene X.____, Inhaber und Geschäftsführer des familieneigenen Fachgeschäfts für Elektroapparate, Unterhaltungselektronik, Uhren und Geschenkartikel, meldete sich am 30. November 2004 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, an und beantragte nach zwei Bandscheibenoperationen und seit November 2003 bestehender Arbeitsunfähigkeit eine Rente (Urk. 6/2). Die IV-Stelle klärte den Sachverhalt ab und verneinte mit Verfügung vom 30. März 2006 einen Anspruch des Versicherten auf Rente (Urk. 6/23). Nach erhobener Einsprache (Urk. 6/29) klärte die IV-Stelle den Sachverhalt erneut insbesondere medizinisch ab. Unter anderem holte sie das Gutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. November 2008 (Urk. 6/54) und ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik A.____, vom 22. Oktober 2009 ein (Urk. 6/70). Mit Vorbescheid vom 1

E. 5

Juni 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf die Abklärungen die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Juni 2008 in Aussicht (Urk. 6/85).

Nachdem der Versicherte dagegen Einwände erhoben hatte (Urk. 6/91), erliess die IV-Stelle am 6. Januar 2011 erneut einen Vorbescheid, mit welchem sie einen Rentenanspruch verneinte (Urk. 6/95). Der Versicherte liess einen ausführlichen Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. März 2011 einreichen (Urk. 6/105), woraufhin die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung bei m C.____ veranlasste. Das Gutachten wurde am 21. August 2012 erstattet. Diesem sind die Diagnosen eines chronischen

zervikospondylogenen und zervikozephalischen Schmerzsyndroms, eines chronischen

lumbospondylogenen Schmerzsyndroms und (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung, einer arteriellen Hypertonie und leicht gradiger kognitiver Defizite zu entnehmen. Die Gutachter attestierten für die angestammte und alle anderen leichten Tätigkeiten

eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten muteten sie dem Versicherten nicht mehr zu (Urk. 6/123). Mit Verfügung vom 21. Februar 2013 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten, weil kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 6/127). 2.

Dagegen liess X.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier, mit Eingabe vom 8. April 2013 Beschwerde erheben und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die rückwirkende Zusprache einer angemessenen Invalidenrente beantragen. Zudem sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihm die Auslagen für den Bericht von Dr. B.____

von

Fr. 1'000.-- zu ersetzen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5).

Mit Eingabe vom 6. Januar 2014 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 12. Dezember 2013 einreichen und im Wesentlichen geltend machen, es bestünden objektivierbare organische Probleme, welche die Schmerzen erklären würden (Urk.

E. 5.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsmass sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es seien ihm die Auslagen für den Bericht von Dr. B.____ vom 10. März 2011 (Urk. 6/105) zu ersetzen (Urk. 1 S. 2 und S. 16 f.).

Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, wenn er die Massnahmen nicht angeordnet hat, wenn sie für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren (Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG). Dies verhält sich so, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch – etwa wegen Verletzung des Gebots des raschen Handelns – nicht erfolgt ist (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, N 14 zu Art. 45).

Der Bericht von Dr. B.____ veranlasste die Beschwerdegegnerin, eine polydisziplinäre und damit auch eine erneute psychiatrische Begutachtung in die Wege zu leiten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Bericht für die Abklärung des Sachverhalts unerlässlich war. Damit hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Kosten für das eingereichte Privatgutachten in der Höhe von Fr. 1'000.-- zu ersetzen (§ 34 Abs. 1 des Gesetz über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer)). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer

die Kosten für den Bericht von Dr. B.____ vom 10. März 2011 von Fr. 1'000.-- zu ersetzen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 8

- 6/11 /13).

Der Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attesteierte dem Versicherten in seinem Bericht vom 1. September 2006 bei einem diagnostizierten chronischen Schmerzsyndrom ab 1. Januar 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 6/31 / 1).

Fachärztlicherseits wurde im August 2005 vorgeschlagen, eine Spondylodese mit Plattenwechsel vorzunehmen (Urk. 6/31 /

E. 12

f.). Die Operation erfolgte am 18. Mai 2006. Anlässlich der anschliessenden Rehabilitation wurde dem Beschwerdeführer vom 23. Mai bis 16. Juni 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/33).

Am 17. April 2007 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers, es habe am 21. Dezember 2006 ein HWS-Trauma stattgefunden, und es bestünden Schwindel, Kopfschmerzen, Gedächtnisstörungen, Ohrensausen, Augenschmerzen und Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand. Ein MRI der HWS sei unauffällig. Es bestehe ein lumbovertebrales

Schmerzsyndrom bei bekannten diskreten degenerativen Veränderungen. Der Zustand sei besserungsfähig. Betreffend Arbeitsfähigkeit merkte er an, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben bis zum Ereignis vom 21. Dezember 2006 knapp 50 % in seinem Geschäft arbeiten könne. Seit dem Unfallereignis vom 21. Dezember 2006 sei er deutlich in seiner Arbeitsleistung reduziert. Er könne maximal noch 2 Stunden täglich arbeiten, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 20 bis maximal 25 % (Urk. 6/39).

Am 3. Januar 2008 berichtete Dr. G.____ bei gleicher Diagnostik. Den Zustand beurteilte er als besserungsfähig, die Arbeitsfähigkeit könne verbessert werden durch medizinische Massnahmen wie Medikamente, psychiatrische Behandlung, Physiotherapie und chiropraktische Behandlung. Die Ressourcen könne er nicht beurteilen. Hierzu müsste eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt werden. Der

Beschwerdeführer sei als selbständiger Kaufmann (Führung eines kleinen Geschenke-Ladens) behinderungsangepasst tätig, da seine Brüder ihm die schwere Arbeit abnehmen könnten. Der Beschwerdeführer sei seiner Meinung nach zu 50 % arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer selber sei auf die Meinung fixiert, dass er nur zu 20 % arbeitsfähig und eine Steigerung nicht möglich sei. Es bestehe anhand eines Berichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____

der Verdacht auf ein Suchtgeschehen mit sporadischen

Substanzabusus mit Alkohol, Stimulanzien und Cannabis (Urk. 6/44).

Mit Bericht vom 6. Mai 2008 hielt Dr. B.____

an den Beschwerdeführer gerichtet fest, dass dieser leide an rezidivierenden depressiven Verstimmungen, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1). Der Beschwerdeführer habe neben Wirbelsäulenproblemen seit dem Unfall im Dezember 2006, wo er nach einer Vollbremsung des Busses, in dem er sass, den Kopf angestossen habe, vermehrt unter Rücken- und Kopfschmerzen gelitten und emotionale Probleme gehabt. Der Tod des Vaters und die Kündigung des Geschäftslokales im Jahr 2005 hätten eine entscheidende Veränderung gebracht, indem der Beschwerdeführer sich als Geschäftsführer für das Familiengeschäft vermehrt verantwortlich gefühlt habe. In den letzten Jahren habe kein Substanzkonsum mehr stattgefunden. Seit dem Unfall bestehe die depressive Störung im Sinne einer mittelgradigen Episode. Der Beschwerdeführer habe die Einnahme von Antidepressiva wieder aufgenommen. Das chronische Schmerzsyndrom entspreche klinisch und gemäss dem Verlauf einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Der depressive Grundaffekt sei bestehen geblieben und die Belastbarkeit im Alltag habe sich nicht merklich bessern lassen. Als Geschäftsführer sei der Beschwerdeführer in seinem zeitlichen Rendement eingeschränkt. Bei schwachem Antrieb, fehlender Vitalität und chronischem Schmerzsyndrom bedürfe der Beschwerdeführer regelmässiger Pausen. Er fehle tageweise im eigenen Geschäft. 50 % könne er knapp noch leisten. Erfahrungsgemäss sei bei dieser sich chronisch entwickelnden Krankheitsgeschichte (Depression, Schmerzkrankung, PS) eine weitere Invalidisierung sehr wahrscheinlich (Urk. 6/48 / 3 f.).

Am 22. August 2008 berichtete Dr. B.____, er habe einen Bericht der Klinik H.____ erhalten, wonach der Beschwerdeführer in den Jahren 1988 und 1989 an einer Psychose gelitten habe, weshalb heute zumindest von einer F6 - Diagnose auszugehen sei. Der Beschwerdeführer sei längerfristig zu 50 % arbeitsunfähig. Er behandle ihn seit dem 6. Juni 2007. Seit dem Tod des Vaters im Jahr 2005 sei der Beschwerdeführer als Geschäftsinhaber zunehmend überfordert. Es bestehe eine depressive Störung und Regression. Die Behandlung dauere bei grundsätzlicher psychischer Labilität (Verletzlichkeit, Groll, Depressionsneigung) an. Der Beschwerdeführer berichte über anhaltende Schmerzen in Kopf und Bewegungsapparat, er sei unfähig, sich zu entspannen, habe Schlafstörungen, depressive Gefühle und ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Bei der vorliegenden persönlichkeitsgebundenen Störung gehe es um die Erhaltung der Ressourcen, um Stabilisierung und Erarbeitung einer klareren Perspektive. Die Arbeitsfähigkeit sei langfristig eingeschränkt, im günstigen Fall seien 50 % Arbeitsfähigkeit möglich. Den Zustand bezeichnete er als stationär und nicht verbesserbar (Urk. 6/48 / 5-10).

Dem orthopädischen Gutachten von Dr. Y.____

vom 27. November 2008 lassen sich die Diagnosen zervikale Restbeschwerden, fraglich rechtsbetont, rezidivierende depressive Verstimmungen, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und akzentuierte Persönlichkeitszüge entnehmen (ICD-10 Z73.1). Er hielt fest, die vom Beschwerdeführer geklagten zervikalen Beschwerden liessen aufgrund der Bildgebung vom März 2007 ein adäquates anatomisches Korrelat vermissen. Auch die vom Beschwerdeführer angegebenen radikulären Störungen an der rechten Hand liessen sich nicht objektiveren. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer für jede leichte Tätigkeit, auch für die angestammte, zu 100 % arbeitsfähig. Die dabei zu leistende Arbeit entspreche einer reinen Bürotätigkeit und diese entspreche der Ausbildung des Exploranden. Zugleich entspreche diese Tätigkeit der aus orthopädischer Sicht der Behinderung am besten angepassten. Ungeeignet seien Arbeiten überkopf bzw. Arbeiten, die mit Blick an die Decke, wie zum Beispiel Isolieren oder Gipsen oder Malen verbunden seien. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer jeweils 3 Monate postoperativ wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Die Gesamtarbeitsfähigkeit dürfte, wie das aus psychiatrischer Sicht bestätigt werde, jedoch knappe 50 % betragen. Dies rein aus psychiatrischen Gründen (Urk. 6/54).

Mit Schreiben vom 5. Mai 2009 hielt Dr. B.____ fest, er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem frühen Erwachsenenalter psychisch auffällig gewesen sei (ICD-10 F6). Darüber, inwieweit er bis 2004 tatsächlich leistungsfähig gewesen sei, sei wenig bekannt. Er sei als Arbeitskraft im familieneigenen, „geschützten“ und kleinen Betrieb gerade so zurechtgekommen. Ab 2004 sei es zunehmend zu dauerhafter körperlicher und psychischer Symptomatik, Leistungseinbusse, Rückzug und Aufnahme von ärztlichen Behandlungen gekommen. Was diese Entwicklung ausgelöst habe, sei unklar. Die anschliessenden Ereignisse (Tod des Vaters 2005 und Unfall 2006) hätten die bereits seit 2004 bestehende Krankheitsentwicklung ungünstig und negativ gefördert. Er gehe davon aus, dass bereits seit jeher eine gewisse Einschränkung der Belastbarkeit aus psychischen Gründen bestanden habe und dass seit dem Jahr 2004 eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit als Verkäufer und Betreiber eines Kleinwarenhandelsgeschäftes und für adaptierte Tätigkeiten bestehe (Urk. 6/64).

Dr. Z.____ erstellte am 22. Oktober 2009 ein psychiatrisches Gutachten mit der Diagnose Dysthymia. Er hielt fest, diese chronische Erkrankung schränke den Beschwerdeführer seit Beginn der psychiatrischen Behandlung im Juni 2007 dauernd zu 40 % ein. Unter der Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung sei mit der Erhaltung der 60%igen Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten zu rechnen. Eine Verbesserung sei trotz der therapeutischen Massnahmen nicht mehr zu erwarten. Die Arbeitsunfähigkeit wirke sich im Sinne von Konzentrationsabfällen, rascher Ermüdbarkeit und reduzierter Flexibilität aus. Eine depressive Störung, insbesondere seit 2004, könne er nicht bestätigen. Auch eine Persönlichkeitsstörung oder -änderung sei nicht vorhanden, weil sein Verhalten nicht vom soziokulturellen Umfeld abweiche. Auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne er nicht bestätigen, weil es keine Hinweise auf unbewusste emotionale Konflikte mit Projektion auf die körperliche Ebene gebe (Urk. 6/70).

Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie, hielt mit Schreiben vom 28. Januar 2010 in ihrer Beurteilung der gemachten Tests eine vordergründige Störung der geteilten Aufmerksamkeit, eine verminderte Belastbarkeit und eine eingeschränkte Flexibilität fest. Diese Befunde seien hinreichend durch die depressive Stimmungslage und die chronischen

Schmerzen erklärt. Es bestünden Hinweise auf eine früh erworbene leichte zerebrale Dysfunktion unklarer Genese. Aufgrund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit um ca. 20 % reduziert (Urk. 6/76).

Der RAD fasste die Aktenlage am 26. Mai 2010 derart zusammen, dass insge samt seit Juni 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für die angestammte und für leichte Tätigkeiten vorliege (Urk. 6/79 / 13).

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess der Versicherte ein Kurzgutachten von Dr. B.____ vom 10. März 2011 einholen . Darin hielt dies er fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 6. Juni 2007 in seiner Behandlung . Er kritisierte das Gutachten von Dr. Z.____ , indem er aufzeigte , dass die Diagnose einer Ende der 80er Jahre durchgemachten schizophrenen Störung (ICD-10 F20.0) fehle. Eine durchgemachte schizophrene Störung deute stets auf eine brüchige und zur Fragmentierung neigende Persönlichkeitsstruktur hin. Im Schutz des Familiengeschäfts habe er sich einigermassen kompensiert bewegen können. Von einem reifen Erwachsenenleben könne aber nicht die Rede sein. Eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit habe nicht stattgefunden. Der Konsum von Cannabis und Stimulanzien habe länger als in den Unterlagen und im Gutachten dargelegt gedauert, sicher noch bis 2008. Dieser habe der Aufhebung der Affektisolierung gedient. Er diagnostiziere eine schizotype

Persönlich keits störung (ICD-10 F21) und beschrieb Symptome wie Gemütsstarre, welt fremde Ideen und Ansprüche, Rückzug, Isolation, paranoid-wahnhaftes Erleben, Argwohn und seltsame Beziehungsideen. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe er den Beschwerdeführer wiederholt als mittelgradig depressiv bezeichnet. Die Verstimmungen seien eindeutig gewesen und hätten länger als zwei Wochen gedauert. Die Diagnose Dysthymia sei deshalb nicht nachvollziehbar. Er diagnostizierte rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11). Als möglich bezeichnete er einen Opiatabusus (ICD-10 F12). Er halte eine ab Juni 2007 bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % als Geschäftsführer und für allfällig angepasste Tätigkeiten für richtig. Die von Dr. Z.____ diagnostizierte Dysthymia passe nicht mit der entschieden als ungünstig bezeichneten Prognose und der attestierten Arbeitsunfähigkeit zusammen (Urk. 6/105).

Am 21. August 2012 erstattete das

C.____ ein polydisziplinäres Gutachten. Der Beschwerdeführer wurde allgemein-internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch begutachtet. In ihrer Gesamtbeurteilung diagnostizierten die Gutachter ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalas sowie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine arterielle Hypertonie und leichtgradige kognitive Defizite ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Das zervikospondylogene und – zephalas Schmerzsyndrom habe nach Spondylodese 2003 und Metallentfernung 2006 bestätigt werden können. Die Beweglichkeit und Belastbarkeit sei im HWS-Schultergürtelbereich vermindert. An der LWS hätten sich keine wesentlichen pathologischen Veränderungen gefunden. Das Lumbovertebralsyndrom sei nicht durch strukturelle Veränderungen verursacht. Aus rheumatologischer Sicht sei der Explorand für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Bei der neurolo

gischen Untersuchung sei die Gefühlsstörung an der rechten Hand als residuel les sensibles radikuläres Ausfallsyndrom C7 rechts diagnostiziert worden. Im Übrigen hätten sich keine pathologischen Veränderungen am peripheren Nervensystem gefunden. Die vom Beschwerdeführer geklagten kognitiven Defizite könnten nicht auf eine organische Ursache zurückgeführt werden. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich angepasste, leichte Tätigkeit. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Eine zusätzliche Komorbidität mit einer Depression oder einem anderen psychischen Leiden bestehe nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei daher aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Die internistisch festgestellten erhöhten Blutdruckwerte seien unspezifisch und hätten keinen Krankheitswert. Auch in diesem Bereich bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne andauernde Überkopfarbeiten, zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Die gemachte Einschätzung gelte ab April 2007. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Er sei aber im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt. Die Geschäftsaufgabe sei nicht aus Krankheitsgründen erfolgt. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erkläre zwar subjektiv vermehrt empfundene Beschwerden, verursache objektiv aber keine Arbeitsunfähigkeit. Es sei anhand des Blutspiegels anzunehmen, dass der Beschwerdeführer die Schmerzmedikamente nicht im behaupteten Ausmass einnehme. Auch bei den übrigen Untersuchungen seien diverse Diskrepanzen zwischen spontanen Bewegungen, möglichen Aktivitäten und den vom Explo ranten angegebenen Einschränkungen durch die Beschwerden festgestellt worden.

Die Gutachter zeigten auf, dass sie die Meinung von Dr. Y.____, wonach für leistungsgerechte Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht teilen. Durch die objektiv vorhandene Pathologie an der HWS seien auch Beschwerden bei angepassten Tätigkeiten nachvollziehbar, welche etwas vermehrte Arbeitspausen notwendig machen. Im Übrigen bestünden keine Differenzen zum Gutachten von Dr. Y.____. In Übereinstimmung mit der damaligen neuropsychologischen Untersuchung bestünden keine Hinweise auf organisch verursachte Störungen. Die bis anhin erhobenen psychiatrischen Diagnosen seien keine eigentlichen psychiatrischen Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachten. Eine eigenständige Depression oder eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sei nicht festgestellt worden. Es könne daher auch aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden (Urk. 6/123). 3. 3. 1

Das Gutachten des C.____ ist für die streitigen Belange umfassend. Der Beschwerdeführer wurde multidisziplinär und fokussiert auf die Fragestellung eingehend untersucht. Die Gutachter waren in Kenntnis der Vorakten, mit denen sie sich einlässlich auseinandergesetzt haben. Sie berücksichtigten die Klagen des Beschwerdeführers ebenso wie die Anamnese und ihre eigenen Erhebungen. Es sind keine Inkonsistenzen ersichtlich und die Darlegung der Zusammenhänge ist einleuchtend. Insbesondere stimmen die im neurologischen / neuropsychologischen Bereich gemachten Feststellungen mit den bisherigen überein. Die Gutachter zeigten nachvollziehbar auf, dass aus rheumatologischer Sicht wegen der zwei Diskushernienoperationen und der nachfolgenden Behandlungen eine gewisse Einschränkung verblieb. Ebenfalls einleuchtend ist, dass trotz der Ende der 80er

Jahre erfolgte n psychiatrische n Behandlung keine dauerhaften Folgen vorliegen , konnten doch die von Dr. B.____ festgestellten Symptome einer Persönlichkeitsstörung , wie sozialer Rückzug, exzentrisches Verhalten, Denkstö rungen, Anhedonie , bizarre Ideen und zwanghaftes Grübeln , im Rahmen der Befragung nicht mehr fest ge stell t werden .

Vielmehr zeigten die Gutachter überzeugend auf, dass eine Persönlichkeitsstörung anhand der regen sozialen und familiären Kontakte des Beschwerdeführers, seines Ge nusses von kulturellen Angeboten und des Fehlens jeglicher Hinweise auf eine depressive Verstimmung nicht diagnostiziert werden könne. Dass ihn die Geschäfts - und Wohnung s aufgabe sowie Schulden bedrück e n , ist einleuchtend . Dass diese Um stände aber nicht zu einer krankheitswertigen Depression geführt haben, leuch tet ebenfalls ein, handelt es sich dabei doch um weit verbreitete Alltags sorgen . Auch überzeugt, dass ein während über 20 Jahren funktionierender Kaufmann nicht an einer schizoiden Persönlich keitsstörung leiden k ann . Dass mangels Denk- und Affektstörungen auch keine schizophrene Störung vorhan den sein könne, erscheint ebenfalls überzeugend . Überzeugend ist

damit auch, dass bezüglich der somatoformen Schmerzstörung keine Komorbidität i m Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vo rliegt. 3.2

Dem vertretenen Beschwerdeführer ist bekannt, dass bei einer diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung vermutungsweise keine Invalidität vorliegt. Es sei denn, die Vermutung, dass die Schmerzstörung mit einer zumutbaren Wil l ensanstrengung überwindbar sei, könne beseitigt werden durch bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstig in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die ver sicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ent scheidet sich anhand verschiedener Kriterien. Massgebend sein können neben der i m Vordergrund steh enden p sychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progre dienter Sympto matik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener 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“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabili - tations massnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. 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 (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, 139 V 547 E. 3 ff.).

Die neben der Komorbidität weiter zu p rüfenden Kriterien sind bis auf den chronischen Verlauf der Schmerzsyndrome nicht erfüllt, und auch dieser ist moderat und wurde bei der rheumatologis chen Beurteilung mit einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit für leichte Tätigkeiten berücksichtigt .

Das Gutachten des C.____

ist damit beweiskräftig (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 bzw. 125 V 351 E. 3) und es steht fest, dass in psychiatrischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden, aus somatischer Sicht aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte und für andere

leidensangepasste Tätigkeiten von 20 % vorliegt. 3.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es sei nicht davon auszugehen, dass er aus orthopädischer Sicht jeweils nur für drei Monate nach den Operationen arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 1 S. 5), verfährt sein Einwand nicht. Es ist auf das beweiskräftige Gutachten des C.____

abzustellen, wo Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, in seinem Teilgutachten nicht in Abrede stellt, dass aufgrund der Beschwerden an der Halswirbelsäule eine gewisse dauerhafte Einschränkung besteht. Er zeigte auch auf, dass nach den Operationen jeweils während 3 bis 4 Monaten eine volle Arbeitsunfähigkeit

bestand, dass aber nach dem Unfall im Dezember 2006 ab ca. April 2007 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 6/123 /

E. 16

f., insbesondere S. 20). Dies leuchtet angesichts der Schadenminderungspflicht des Beschwerdeführers, der gehalten ist, auch leichte Tätigkeiten anzunehmen, ohne Weiteres ein. Aus den Berichten betreffend den Zeitraum vor April 2007 von Dr. E.____ geht nichts Gegenteiliges hervor, und Dr. F.____ ist kein Facharzt. Die Angaben von Dr. G.____, der von einer 50%igen Einschränkung ausging, beruhen einzig auf den Angaben des Beschwerdeführers.

Die Meinung des Beschwerdeführers, dass eine organisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, was die Beschwerdegegnerin nicht erkannt habe (Urk. 1 S. 9), ist richtig. Die 20%ige Einschränkung ist somatisch bedingt und auf die rheumatologischen Diagnosen zurückzuführen. Indes kann der Beschwerdeführer daraus nichts weiter zu seinen Gunsten ableiten. Zudem haben die Gutachter gerade deshalb eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, weil sich das Ausmass der geklagten Beschwerden mit geltend gemachter vollständiger Arbeitsunfähigkeit somatisch nur soweit erklären liess, als eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorliegt. Die Behauptung des Beschwerdeführers, seine angestammte Tätigkeit sei nicht nur leicht gewesen (Urk. 1 S. 11), und der Hinweis, für mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S.

9), verfangen nicht. Es ist aktenkundig, dass der Familienbetrieb ein kleiner

Elektro- und Geschenkartikel laden war und dass zuerst der Vater, alsdann der Bruder immer mithalfen. Hinweise auf schwere oder mittelschwere Tätigkeiten finden sich dagegen keine. Vielmehr ist anhand der Akten und insbesondere gestützt auf die Aussagen des behandelnden Dr. B.____ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus anderen Gründen mit der Geschäftsführung überfordert war und die Aufgabe nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgte. Sodann ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass er mit Blick auf die Schadenminderungspflicht gehalten gewesen wäre, eine körperlich leichte Tätigkeit aufzunehmen, von denen es auf dem hier massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt viele gibt.

Die Kritik am neurologischen Gutachten (Urk. 1 S. 10) verfängt nicht, wie bereits dargelegt wurde. Dr. K.____ setzte sich einlässlich mit der Ansicht der Kollegen, insbesondere von Dr. I.____, auseinander. Auch die von Dr. med. L.____ geforderte und später durchgeführte neurologische bzw. neuropsychologische Untersuchung wurde in die Gesamteinschätzung mit einbezogen. Soweit der Beschwerdeführer rügt, Dr. K.____ hätte sich auch mit den Meinungen von Dr. Y.____ und Dr. M.____ auseinandersetzen müssen, so ist darauf hinzuweisen dass, ersterer als Orthopäde nichts Sachdienliches zur Einschränkung aus neurologischer Sicht sagen kann, und dass die vom Beschwerdeführer erwähnten Berichte von Dr. M.____

nicht bei den Akten liegen. Für die Beweiskraft des Gutachtens braucht es im Übrigen nicht die Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Bericht, sondern nur mit jenen, die sich zur massgeblichen Frage der lang andauernden Einschränkung aus fachmedizinischer Sicht äussern. Es bleibt deshalb bei der gutachterlichen Feststellung, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen bestehen, aus rheumatologischer dagegen schon.

Der Beschwerdeführer liess auf die Arztberichte von Dr. B.____ hinweisen, die eine höhere als die gutachterlich attestierte Einschränkung aus psychiatrischer Sicht auswiesen (Urk. 1 S. 11 f.). Das C.____ Gutachten widerlegt diese Ansicht in überzeugender Weise. Dr. N.____ zeigte auf, dass weder die Voraussetzungen für eine Dysthymia, noch für eine schizotype Störung oder eine Persönlichkeitsstörung erfüllt seien. Zudem ist der Erfahrung Rechnung zu tragen, wonach die Angaben behandelnder Ärzte mit Vorsicht zu würdigen sind, weil sie im Zweifelsfall eher Aussagen zugunsten ihrer Patienten machen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Auch mit seiner Rüge, die psychiatrische Untersuchung habe zu wenig lange gedauert (Urk. 1 S. 14), dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Das Bundesgericht hat wiederholt entschieden, dass eine Begutachtungsdauer von ca. einer Stunde nicht gegen die Beweiskraft eines Gutachtens spreche, soweit die sich stellenden Fragen schlüssig beantwortet wurden (vgl. Urteil des Bundesgerichts

C_101/2011 vom 21. Juli 2011 E. 6.2 oder auch die von der Beschwerdegegnerin zitierten Urteile in der Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 14. Februar 2013 [Urk. 6/128-5]). Das ist vorliegend der Fall.

Der Beschwerdeführer bringt zu Unrecht vor, bisher sei die Frage, ob die psychisch und die somatische bedingte Arbeitsunfähigkeit zu addieren sei, nicht beantwortet worden (Urk. 1 S. 15). Die Frage, ob Teileinschränkungen zu addieren sind oder nicht, stellt sich im vorliegenden Fall nicht, weil keine psychische Einschränkung besteht.

Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. Dezember 2013 vermag am Beweisergebnis nichts zu ändern. Inhaltlich berichtet er über Schmerztherapien und zudem ist im vorliegenden Verfahren der Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung zu beurteilen (BGE 129 V 169 E. 1), welcher bis zum 21. Februar 2013 dauert (Urk. 9). Der Bericht ist, soweit er eine Nachkontrolle vom 17. August 2013 beschreibt, vorliegend nicht beachtlich, umso weniger, als er ein positives diagnostisches Feedback und damit keine Hinweise auf eine Verschlechterung, enthält. 3. 4

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % für leichte Tätigkeiten besteht. 4. 4.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 4.2

Bei der Invaliditätsbemessung nach dem Einkommensvergleich sind so wohl bezüglich des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens die Gegebenheiten im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns relevant (BGE 129 V 222). Dem Gutachten des C. ___ lässt sich entnehmen, dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest gestellt werden könne (Urk. 6/123/27). Dies tut indes nichts zur Sache, da die Einkommen ohnehin zeitidentisch zu erheben sind. Auf die effektiv erzielten Einkommen des Beschwerdeführers gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 6/62) kann nicht abgestellt werden, da diese sehr heterogen sind und der Beschwerdeführer im Familienbetrieb tätig war, so dass nicht auszuschliessen ist, dass er zeitweise einen Soziallohn bezog. Praxisgemäss ist der Invaliditätsgrad deshalb aufgrund von Tabellenlöhnen zu ermitteln. Gemäss TA1 der LSE 2010 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2010 als Gesunder Fr. 83'628.-- (Fr. 6'969.-- x 12) verdient. Das Invalideneinkommen dagegen beträgt

E. 20

% weniger, und der Invaliditätsgrad ist damit auf 20 % fest zulegen. Ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen erscheint nicht gerechtfertigt. Doch selbst wenn ein Abzug von 10 % vorgenommen würde, was angesichts der nur geringfügigen Einschränkungen das oberste Limit darstellt, würde mit einem Invaliditätsgrad von 30 % kein Rentenanspruch resultieren. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens, und die Beschwerde ist abzuweisen. 5 .

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