

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01064 vom 5. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01064

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01064 du 5 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01064 del 5 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1955, war seit 1998 als Wirt und Koch in seinem eigenen Restaurant tätig (vgl. Urk. 7/6/2). Am 7. September 2011 meldete er sich wegen psychischen und somatischen Beschwerden bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche (Urk. 7/6; Urk. 7/31) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/7; Urk. 7/10; Urk. 7/28; Urk. 7/32/1-10; Urk. 7/33/5-11), zog die Akten der Taggeldversicherung bei (Urk. 7/8; Urk. 7/35/1-30) und gewährte dem Versicherten Arbeitsvermittlung (Urk. 7/15). Sodann veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten an der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) O.____ (O.____), deren Gutachten am 1. Juni 2013 erstattet wurde (Urk. 7/47). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/54; Urk. 7/61) ergingen weitere Arztberichte (Urk. 7/59-60). Mit Verfügung vom 16. Oktober 2013 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 7/64 = Urk. 2).

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.

E. 1.2

mit Hinweisen).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.4

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S.

43 E.

5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S.

345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E.

2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E.

4.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

) mangels Anamnese und Befund nicht entspricht - dafür, die Diagnose müsse eher in diejenige einer „depressiven Reaktion in Belastungssituationen“ geändert werden (vgl. vorstehend E.

3.9) . Soweit er damit wiederum die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) meinte, so beinhaltet diese Diagnose - nebst der aus rechtlicher Sicht nicht invalidisierenden Anpassungsstörung -

gemäss ICD einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger andauernde Belastungssituation, welcher aber nicht länger als zwei Jahre dauert. Eine leichte depressive Episode ist

jedoch ebenfalls nicht invalidisierend, da sie

grundsätzlich als therapeutisch angebar gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1). Dr. Z.____ berücksichtigte zudem bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers somatische Faktoren, was nicht in sein Fachgebiet der Psychiatrie fällt und der Einschätzung der anderen behandelnden Ärzte wider spricht, denn sowohl Dr. A.____ (vgl. vorstehend E.

3.2) als auch Dr. B.____ (vgl. vorstehend E.

3.4) gingen davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf psychische Gründe zurückzuführen sei . Die Herzkrankheit verursachte sodann gemäss dem behandelnden Kardiologen zwar vorübergehend in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, stabilisierte sich aber in der Folge, so dass Dr. C.____ von einem erfreulichen Verlauf ausging und keine Hinweise mehr für eine koronare Herzkrankheit fand, sondern auf den übermässigen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers hinwies (vgl. vorstehend E. 3.7). 4.3

Ein Gesamtbild ergibt sich aus dem O.____ -Gutachten, worin als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen bei akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 F43.23) genannt wurde (vgl. vorstehend E. 3.6) . Der psychiatrische Gutachter erachtete den Beschwerdeführer deshalb als noch zu 50 % arbeitsfähig, legte sich jedoch nicht fest, für welche Tätigkeiten diese Einschätzung Geltung haben soll: So gelte dies im angestammten Beruf, für Arbeiten mit vergleichbarem Belastungsprofil und für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (S.

31 des Gutachtens). Gleichzeitig wurde festgehalten, dass dies für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gerant gelte (S. 32). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben, da ,

wie vorstehend ausgeführt, eine Anpassungsstörung aus ver sicherungsrechtlicher Sicht grundsätzlich keine In validität verursacht. Insbesondere aber erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht in einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten oder mittel schwe ren Tätigkeit ausdrücklich als zu 100 % arbeitsfähig (S. 32 Ziff.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2013 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 20. November 2013 Beschwerde und beantragte die Zusprache einer ganzen, eventuell einer halben In validenrente ab 1. Februar 2012

oder die Rückweisung zur weiteren Abklärung (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2014 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Be schwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. Februar 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Mit Ge richtsverfügung vom 3. April 2014 (Urk. 9) wurde die Gastro Social Pensions kasse zum Prozess beigeladen, welche in der Folge auf Stellung nahme ver zich tete (vgl.

Urk. 14). Am 14. April

2014 erfolgte eine weitere Ein gabe des Beschwer deführers (Urk. 11). Die Rechtsschriften wurden den Parteien am 3. Juni 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf ihre Abklärungen da von aus, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers

rechtsprechungsge mäss nicht invalidisierend sei. Auch aus kardiologischer Sicht bestehe keine Be einträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Es sei eine Alkohol-Abstinenz angezeigt, um die volle Arbeitsfähigkeit zu erhalten und eine Verbesserung des Gesund heitszustandes zu erreichen (Urk. 2). Eine Anpassungsstörung könne in Kombi na tion mit einer Sucht keine Leistungen der Invalidenversicherung auslösen. Es sei auch angesichts des Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers nicht plausibel, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen anzu nehmen . Aus somatischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits fähig keit. Der Einschätzung der Gutachter, wonach der Beschwerdeführer aus psychi schen Gründen zu 50 % arbeitsunfähig sei, könne nicht gefolgt werden (Urk. 6).

E. 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, behinderungsangepasst nur noch zu 50 % arbeitsfähig zu sein. Diesbezüglich decke sich die Beurteilung des psychi atrischen Gutachters mit derjenigen des behandelnden Psychiaters. Es werde auch aus kardiologischer Sicht eine Einschränkung von 25 bis 30 % festgestellt. Die Beeinträchtigung habe invalidisierenden Charakter, denn es lägen neben der psychischen Problematik auch körperliche Erkrankungen vor. Zudem sei seine Restarbeitsfähigkeit aufgrund seines Alters nicht mehr verwertbar , weshalb von voller Invalidität auszugehen

sei . Eventuell ergebe der Einkommensvergleich Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 4 ff.). Aus dem MEDAS-Gutachten gehe hervor, dass der Alkoholmissbrauch nicht massgebende Ursache für die Arbeitsunfähigkeit sei (Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.7

) . Da von ist auszugehen, zumal selbst im angestammten Beruf als Koch eine behinderungs angepasste Arbeit - zumutbarerweise auch in unselbständiger Tätigkeit - mit weniger Stress und Druck und geregelteren Arbeitszeiten, beispielsweise in einem Kinderheim, Spital oder in einem eigenen , aber nur tagsüber geöffneten Betrieb vorstellbar ist.

Mit anderen Worten ist die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar und eine Verwertung der Arbeitsfähigkeit ist dem Beschwerdeführer sozial- praktisch zumutbar, weshalb aus objektiver Sicht keine psychisch bedingte Invalidität vorliegt (vgl.

vorstehend

E.

1.3). Unter versicherungsrechtlicher Ausklammerung der psychischen Beschwerden ist nach Einschätzung der O.____-Gutachter aus internistischer, rheumatologischer und neuropsychologischer Sicht auch die angestammte Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar.

Zur hier nicht überzeugenden Beurteilung durch den

psychiatrischen Gutachter ist im Übrigen festzuhalten, dass es

in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gut achtlich) befassten Arztpersonen ist , selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stellen verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führt (zur Publikation bestimmes

Urteil des Bundesgerichts 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014).

4.4

Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht keine Invalidität. Weitere Abklärungen sind nicht notwendig. Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es 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. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Lienhard

E. 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).

E. 11

S. 2). 3. 3.1

In seinem am 2. Mai 2011 (Urk. 7/8/3) zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht führte Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer leide an einem schweren Burn-out mit ausgeprägter depressiver Symptomatik wie ständiger Müdigkeit, Lust- und Freudlosigkeit, Unkonzentriertheit, Schlafstörungen, Unruhe, Suizidgedanken

sowie körperlichen Symptomen wie Magenschmerzen, Schwitzen, Bluthochdruck und Inappetenz. Er sei momentan nicht arbeitsfähig. Die Tätigkeit als Gastwirt und Koch sei weiterhin zumutbar. Es könne erfahrungsgemäss nach etwa drei Monaten mit einer Besserung und sukzessiver Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Der Beschwerdeführer stehe unter intensiver medizinischer Behandlung und es seien erste Erfolge sichtbar (S. 1-2). Zuhanden der Beschwerdegegnerin berichtete Dr. Z.____ am 17. Oktober 2011 (Urk. 7/7/1- 5) und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - schwere Burn-out Symptomatik mit depressiver Symptomatik (ICD-10 Z73.0), bestehend seit ein bis zwei Jahren, akut seit Februar 2011 - Übergewicht, Rückenbeschwerden (Diskushernie), Gicht, Bluthochdruck, diverse Arthrosen in Knie und

Handgelenk, Schleimbeutelentzündung Ellbogen - Krampfadern mit offenem Bein, Magenbeschwerden, Schwindel, Sehstörungen, Schlafstörungen, Alkoholüberkonsum, bestehend seit Jahren Im angestammten Beruf sei der Beschwerdeführer wohl arbeitsunfähig, bei günstiger Neuorientierung eventuell zu 50-100 % arbeitsfähig (Ziff. 1.4). Die Arbeitsunfähigkeit als Koch und Gastronom bestehe seit 17. Februar 2011 (Ziff. 1.6). Nach einem Erholungsaufenthalt habe die Arbeitsfähigkeit kurzfristig zwischen dem 17. Mai und dem 27. Juli 2011 auf 50 % gesteigert werden können. Da nach habe sich die alte Symptomatik wieder in vollem Umfang eingestellt und es sei wieder volle Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Eine Rückkehr in die alten Verhältnisse sei nicht angezeigt (Urk. 7/7/5). 3.2

Dr. med. A.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 27. Oktober und 2. November 2011 (Urk. 7/10/1-4) eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen einer Adipositas, einer Hypertonie und einer Varikosis Grad III (Ziff. 1.1). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies Dr. A.____ auf Dr. Z.____ (Ziff. 1.7). 3.3

Dr. Z.____ berichtete am 5. April 2012 (Urk. 7/28) erneut und hielt fest, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 10-20 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 25-50 % arbeitsfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnose unverändert. Die psychische Situation sei etwas stabiler, aber immer noch labil mit verminderter Stresstoleranz und schneller Ermüdbarkeit. Der Alkoholkonsum sei eingeschränkt. Körperlich bestünden schwere multiple Einschränkungen (S. 1). Mit Bericht vom 13. April 2012 (Urk. 7/32/8-10) führte Dr. Z.____ aus, die Problematik entspreche nun einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21; S.

1). Es sei gut möglich, dass die Diagnose nochmals in

diejenige einer depressiven Störung (ICD-10 F33) geändert werden müsse. Daraufweise der zähe Verlauf und die massive Häufung von Depressionen in der Familie des Beschwerdeführers hin. Dass Dr. A.____ aus körperlicher Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit feststelle, sei erstaunlich. Die somatischen Beschwerden würden eine Tätigkeit in der Küche und auch viele andere Tätigkeiten massiv beeinträchtigen. Der Alkoholkonsum habe unter Behandlung und nach Entfernung aus dem Restaurantmilieu auf ein Minimum reduziert werden können. Der Beschwerdeführer habe bisher Alkohol quasi als Selbstmedikation konsumiert (S. 2). 3.4

Dr. med. B.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte mit Bericht vom 5. Mai 2012 (Urk. 7/32/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - dilatative Kardiomyopathie mit Vorhofflimmern (Erstdiagnose 17. April 2012) Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die folgenden Diagnosen: - metabolisches Syndrom mit Hypertonie, Adipositas, Dyslipidämie - rezidivierende Gichtschübe - posttraumatische Femuropatellararthrose rechts - chronisches lumbovertebrales Syndrom - chronische venöse Insuffizienz bei Varizen - Aethylkonsum Eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Koch sei nicht mehr zu mutbar. Nach der Genesung sei eine leichte oder sitzende Tätigkeit aus somatischer Sicht wahrscheinlich wieder zu 100 % möglich (Urk. 7/32/3). 3.5

Dr. med. C.____, Kardiologie und Innere Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 31. Mai 2012 (Urk. 7/33/5-6) eine dilatative Kardiomyopathie. Zusätzlich leide der

Beschwerdeführer an symptomatischer Gicht, Prostatahyperplasie, Aethylabusus und Depression. Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Bei Stabilisierung der Herzproblematik sei mit einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 1). 3.6

Die Gutachter des O.____ erstatteten ihr Gutachten am 1. Juni 2013 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer interdisziplinären, rheumatologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung (Urk. 7/47 S.

1

ff.). Als Diagnose (S. 28) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von

anderen Gefühlen bei akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 F43.23) genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen: - 3-Segment-Chondrosen L3 bis S1 mit korrespondierenden Spondylarthrosen, ohne Diskushernie mit beginnender Spinalkanalstenosierung L3/4 ohne Hinweise für eine radikuläre oder medulläre Ausfallssymptomatik - rezidivierende Gichtschübe im Bereich des rechten Ellbogen- und des rechten Handgelenks ohne Rezidiv mit - postarthritischer gichtbedingter Usurierung am Caput ulnae rechts - Alkoholmissbrauch - Differentialdiagnose: Alkoholabhängigkeit - dilatative Kardiomyopathie mit normokardem Vorhofflimmern - metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Adipositas und Hyperlipidämie Der Beschwerdeführer leide seit 2011 an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Erkrankung, welche bisher mit Psychotherapie und medikamentös behandelt worden sei. Eine am 17. April 2012 erstmals aufgetretene Dyspnoe bei ursächlich dilatativer Kardiomyopathie mit Vorhofflimmern sei symptomatisch therapiert worden und abgeklungen (S. 29). Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Gastronomiebereich begründen; der Beschwerdeführer habe bereits aus Hilfsweise seine Tätigkeit als Koch und auch die bisherigen administrativen Tätigkeiten wie Einkauf und Lohnbuchhaltung wieder aufgenommen. Aus rheumatologischer Sicht sei die lumbovertebrale Schmerzproblematik kompensiert und über die Jahre mehr oder weniger stabil und subjektiv gut erträglich geblieben, ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik. Ein Gichtschub sei seit längerem nicht mehr zu verzeichnen. Bei Einhaltung gewisser näher beschriebener Schonkriterien sei der Beschwerdeführer aus rheumatologisch-somatischer Sicht in einer leichten bis mittelschwer belastenden wie auch der angestammten Tätigkeit im eigenen Restaurant voll arbeitsfähig (S. 30). Aus neuropsychologischer Sicht könne der Beschwerdeführer alle Anforderungen

seiner angestammten Tätigkeit bewältigen. Die von ihm selbst beschriebene Vergesslichkeit und schlechter gewordene Konzentrationsfähigkeit habe nicht objektiviert werden können. Bei der psychiatrischen Beurteilung werde eine hochgradig leistungsorientierte Persönlichkeitsstruktur festgestellt. Es sei beim Beschwerdeführer nach einer jahrzehntelangen, fast ununterbrochenen Arbeit in einem erheblich stressbelasteten Beruf zu einer Anpassungsstörung mit vorwiegend Beeinträchtigung von anderen Gefühlen bei akzentuierter Persönlichkeit mit Beeinträchtigung durch Angst, Sorge und Anspannung gekommen. Persönlichkeitsbedingt und durch Habituation sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich, unbewusste Ängste und möglicherweise Versorgungswünsche zu integrieren, sondern diese würden durch extremes berufliches

Engagement abge wehrt und durch Alkoholmissbrauch aufgelöst. Das tatsächliche Ausmass der Störung werde vom Beschwerdeführer dissimuliert. Sollte er mit diesem Verhalten fortfahren, so sei aus psychiatrischer Sicht mit einer erheblichen Schädigung der Gesundheit zu rechnen. Er sei im angestammten Beruf, für Arbeiten mit vergleichbarem Belastungsprofil und für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt maximal 50 % arbeitsfähig (S. 31). Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aufgrund der genannten Anpassungsstörung maximal 50 % arbeitsfähig für die Arbeit im angestammten Beruf oder für Arbeiten mit vergleichbarem Belastungsprofil (S.31 Ziff. 7.4). Mit der Beurteilung durch Dr. Z. ___ bestehe weitgehende Übereinstimmung und die von ihm ge äusserten differentialdiagnostischen Überlegungen seien nachvollziehbar. Das aktuell ermittelte Belastungsprofil gelte seit dem psychiatrischen Gutachten vom

17. Februar 2011 . In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gerant sei der Beschwerdeführer seit dem 17. Februar 2013

aus psychiatrischer Sicht maximal zu 50 % arbeitsfähig. In einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten oder mittelschweren Tätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 32 Ziff. 7.7). 3.7

Dr. C. ___ hielt mit Bericht vom 17. Juni 2013 (Urk.7/59) fest, der Verlauf sei erfreulich. Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit lägen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Leider konsumiere der Beschwerdeführer nach wie vor über mässig Alkohol. Seine Arbeitsfähigkeit sei mit 25 bis 30 % deutlich eingeschränkt. 3.8

Dr. med. D. ___ , Allgemeine Innere Medizin FMH, RAD, führte am 15. Juli 2013 (Urk. 7/52/5-6) aus, es werde im MEDAS-Gutachten interdisziplinär von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. Diese müsse die somatische und psychische Problematik berücksichtigen und wechselbelastend sein. Aus Sicht des RAD müsse es sich um eine Tätigkeit ohne Stress- und Verantwortungsübernahme, ohne Schichttätigkeit und mit normalen Arbeitszeiten handeln. An anderer Stelle des Gutachtens werde vom begutachtenden Psychiater dargelegt, dass auch bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt nur noch eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Dies könne aus medizinischer Sicht bei der Anpassungsstörung und dem früher beschriebenen Burn-out sowie der akzentuierten Persönlichkeitsstörung nicht nachvollzogen werden; solche Leiden würden in der Regel mindestens in angepassten Tätigkeiten keine dauerhaft hohe Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Alkoholproblematik sei im Rahmen der psychischen Fehlentwicklung zu sehen. Es sei aber von einer drohenden Verschlechterung und Invalidität auszugehen, wenn der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit verbleibe. 3.9

Dr. Z. ___ führte am 5. August 2013 (Urk. 7/60) aus, der Beschwerdeführer sei im angestammten Beruf kaum mehr arbeitsfähig. Heute arbeite er mit reduzierter Leistung und ohne Verantwortung wieder etwa zwei bis drei Stunden am Tag im alten Geschäft, was ihn psychisch infolge der Ermüdbarkeit und des Konzentrationsabfalls und körperlich bereits an seine Grenzen bringe. Danach sei er „nudelfertig“. Manchmal helfe er zusätzlich noch etwas bei Kollegen aus. Gegenüber früher erbringe er noch eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von etwa 30 % . Der ablehnende Entscheid der Beschwerdegegnerin basiere auf dem Ausdruck „Anpassungsstörung“. Diese müsse allerdings aufgrund der nach wie vor bestehenden Problematik im Alltag mit fehlender Belastbarkeit, fehlender

Stressstoleranz, schneller Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörung, Zittern, Schlaflosigkeit und Depression als Reaktion auf Drucksituationen hinterfragt werden. Klinisch und in der Realität könne der Beschwerdeführer nach wie vor allerhöchstens 50 %

seiner ursprünglichen Arbeitsfähigkeit erbringen. Arbeitsversuche über dieses Ausmass seien immer wieder gescheitert und führten zu einem erneuten Wiederauftreten der altbekannten depressiven Symptomatik. Die Diagnose müsse heute wohl eher in diejenige einer depressiven Reaktion in Belastungssituationen umgewandelt werden. Mit zu berücksichtigen seien die verschiedenen körperlichen Einschränkungen mit Schmerzzunahme bei vermehrten Anforderungen. 3.10

Dr. D.____ führte am 11. Oktober 2013 (Urk. 7/63/2-3) dazu aus, es sei nach der MEDAS-Begutachtung von Dr. C.____ bestätigt worden, dass aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Angezeigt sei eine Alkoholabstinenz, denn Dr. C.____ erachte den fortgesetzten Alkoholkonsum nebst der Hypertonie als Ursache der Herzprobleme. Die bisher geschilderte Symptomatik könne im Rahmen des Alkoholkonsums mitverursacht werden. 3.11

Zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hielt Dr. Z.____ am 4. November 2013 (Urk. 3/5) fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht vorerst über lange Zeit aufgrund eines schweren Burn-outs praktisch vollständig eingeschränkt gewesen sei. Diagnostisch sei in der Folge von einer Anpassungsstörung ausgegangen worden. Im weiteren Verlauf habe sich dann aber trotz intensiver Behandlung und weitgehendem Alkoholverzicht gezeigt, dass der Beschwerdeführer nicht annähernd mehr an seine frühere Leistungsfähigkeit anknüpfen könne und nach drei Stunden Arbeitsleistung in seinem ehemaligen Betrieb erschöpft gewesen sei. Die Diagnose sei daher anzupassen gewesen auf diejenige einer depressiven Reaktion in Belastungssituationen. Dies sei bei ehemaligen Burn-out-Patienten häufig zu sehen. Aus körperlicher Sicht seien bei der Tätigkeit als Wirt vor allem die Einschränkungen aufgrund der Arthrose zu sehen. Der von der Beschwerdegegnerin erwähnte Alkoholkonsum spiele für die Krankheitsentwicklung kaum eine Rolle. Jetzt, wo der Beschwerdeführer nur noch stundenweise in der Küche und Administration seines ehemaligen Restaurants tätig sei, trinke er nur noch mässig Alkohol. Im angestammten Beruf sei er noch etwa zu 25 % arbeitsfähig. Ohne Druck, Stress und körperliche Belastung könne theoretisch an einem idealen Arbeitsort vielleicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden. Diesen werde es aber nicht geben, weshalb das heutige Arrangement im angestammten Betrieb ideal sei. 4. 4.1

Der behandelnde Psychiater Dr. Z.____ diagnostizierte im Jahr 2011 ein schweres Burn-out und erachtete den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als wohl arbeitsunfähig. Eine Rückkehr in die alten Verhältnisse sei nicht angezeigt (vgl. vorstehend E. 3.1). Ein Burn-out

wird unter ICD-10 Z.73.0 und damit in der Kategorie "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" aufgeführt und gehört damit zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99), denen je doch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010, E. 5.2.4). Die Kategorisierung ist für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die

nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien ICD-10 A00-Y89 klassifizierbar sind. Dies, wenn irgend welche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind (ICD-10 Band 1 Version 1.3, Gesamtausgabe Österreich-Schweiz-Deutschland, Kapitel XXI, S. 1239). 4.2

Dr. Z.____ wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Arbeit im eigenen Restaurant einen Zusammenhang mit der Beeinträchtigung des Beschwerdeführers habe, da er eine Rückkehr in die alten Verhältnisse als nicht angezeigt erachtete und festhielt, dass der Alkoholkonsum des Beschwerdeführers im Sinne

einer Selbstmedikation nach Entfernung aus dem Restaurantmilieu auf ein Minimum reduziert werden können (vgl.

vorstehend E.

3.3). Dies legt den Schluss nahe, dass die psychische Erkrankung und damit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von psychosozialen Umständen beeinflusst wird, was invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich ist:

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass

das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare an dauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, da mit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E.

2).

Dr. Z.____

diagnostizierte im weiteren Verlauf eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21, vgl. vorstehend E. 3.3). Bei der Anpassungsstörung handelt es sich gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung

um ein grundsätzlich vorübergehendes und deshalb an sich nicht invalidisierendes

Leiden (Urteile des Bundesgerichts 9C_4/2013 vom 19. Dezember 2013, 8C_1055/2010 vom 17. Febr. 2011, 9C_408/2010 vom 22. November 2010 sowie 8C_322/2010

vom 9. August 2010).

Daran vermag die Beurteilung durch Dr. Z.____ nichts zu ändern: Zwar hielt Dr. Z.____ fest, dass diese Diagnose möglicherweise in diejenige einer depressiven Störung geändert werden müsse (vgl. vorstehend E.

3.3) , und hielt mit Schreiben vom 5. August 2013 - welches erst nach Erlass des Vorbescheides erging und den Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend E.

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