

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00285 vom 23. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00285

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00285 du 23 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00285 del 23 marzo 2015

Erwägungen

E. 1.1

): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - Mehretagendegeneration und Diskopathien L4/5 und L5/S1 - Fehlhaltung und muskuläre r

Dysbalance / Insuffizienz

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem (S. 27 f. Ziff. 1.2) eine Neurasthenie (ICD-10 F45.0) / undifferenzierte somatoforme Störung, bestehend seit 2004 , eine rezidivierende depressive Störung, derzeit vollständig remittiert (ICD-10 F32.4), bestehend seit 1997 , und einen Status nach Mikrodiskektomie und Spondylodese C5/6 (2001) .

In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, theoretisch könne der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Musikinstrumentenhändler zeitlich uneingeschränkt ausüben (S. 30 Ziff. 3.4) . Soweit objektivierbar (neuropsychologische Untersuchungen, Ergometrie) bestehe keine Leistungseinschränkung (S. 30 Ziff. 3.5) . Aus Gutachtersicht habe zu keinem Zeitpunkt eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und für vergleichbare andere Tätigkeiten bestanden (S. 30 Ziff. 3.6). 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 ausreichende 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.

E. 1.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung 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 Schmerzen 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, Intensität, Ausprägung und Dauer.

Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter

Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik 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 Rehabilitationsmassnahmen 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, BGE 139 V 547 E. 3).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 ihrer 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).

E. 1.4

Der Einkommensvergleich hat auch bei Selbständigerwerbenden 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. Insofern die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein

Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen.

E. 1.5

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffern mäs sig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annä herungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annä herungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Er werbs einkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invaliden ein kommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E.

10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die kon kre ten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterscheidet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 1 1. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen) . 1. 6

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrade s verweigert und tritt die Verwaltung auf eine erneute Anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (nachstehend E. 1.

E. 2

Der Versicherte erhob am 1 0. März 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Februar 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze, mindestens aber eine halbe Rente auszurichten; eventuell sei eine erneute, gerichtliche Begutachtung anzuordnen (Urk. 1, S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1 7. April 2014 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. August 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

und Ziff. 3.1). 3.2

Im Urteil vom

28. Juni 2011 (Urk. 6/49) prüfte das Gericht, ob die Neurasthenie versicherungsrechtlich relevant sei (Urk. 6/49 S. 11 f. E. 4.7), und verneinte dies (S. 13 f. E. 4.8). Damit war zusammenfassend festzustellen, dass der organische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seine Arbeitsfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Musikbetriebs nicht beeinträchtigt und ein anderer invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden nicht vorlag (S. 14 E. 4.10). 4. 4.1

Vom 25. August bis 6. Oktober 2011 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Klinik A.____, worüber am 28. Oktober 2011 berichtet wurde (Urk. 6/66/8-12). Dabei wurden die folgenden psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 genannt (S. 1 unten): - F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome - G93.3 chronic

fatigue Syndrom, schweren Ausprägungsgrades

In der Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, aus der Vorgeschichte seien mindestens zwei Episoden beschrieben, wobei nach der ersten Episode im 25. Lebensjahr eine Vollremission zu verzeichnen gewesen sei. Erschwerend trete ein seit 4 Jahren bestehendes chronic

fatigue Syndrom schweren Ausprägungsgrades hinzu. Zusammengenommen müsse daher von einem chronischen Verlauf der depressiven Episode gesprochen werden (S. 1 Mitte Ziff. 1).

Anamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, nach der ersten depressiven Episode im Alter von 25 sei der Beschwerdeführer bis zum Alter von 45 voll remittiert gewesen; seit einer Rückenoperation vor 10 Jahren sei erneut eine depressive Episode ausgelöst worden (S. 2 unten Ziff. 3). 4.2

Dr. med. B.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 6/66/1-7) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 19. März 2010 (S. 1 Mitte).

Er stellte die auch im Austrittsbericht der Klinik A.____ (vorstehend E. 4.1) genannten Diagnosen (S. 1). Bei Behandlungsbeginn im März 2010 sei eine mittelschwere depressive Symptomatik diagnostiziert worden (S. 2 Mitte), im Frühjahr 2011 sei es zu einer progredienten Verschlechterung (S. 3 Mitte) und schliesslich im August 2011 zum Klinikeintritt (S. 3 unten) gekommen. Nach Austritt, ab dem 7. Oktober 2011, sei ein Wiedereinstieg in die Arbeit mit 25 % erfolgt; im weiteren Verlauf habe das depressive Zustandsbild des Patienten in engem Rahmen einer mittelschweren Depression oszilliert (S. 4 oben). 4.3

4.3.1

Am 10. Oktober 2012 erstatteten die (gleichen) Ärzte der MEDAS ein Verlaufsgutachten (Urk. 6/74/1-41).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell unvollständig remittierte Episode, leicht - mittelgradig (F33.8) seit 1997 - Neurasthenie (F48) seit 2004 - chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit /bei - degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) - Status nach Hemilamektomie L5/S1 2001

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem (S. 23 f. Ziff. 1.2) eine koronare 2-Gefässerkrankung (Eingriff

April 2010, normale Ventrikelfunktion 12. Mai 2012), eine seit Februar 2012 bestehende posttraumatische Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) rechts (aktuell regredient)

und ein seit Februar 2001 bestehendes chronisches zervikobrachiales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom. 4.3.2

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, internistisch/ allgemein medizinisch bestünden - einzeln genannte - Gesundheitsstörungen, die unter Behandlung überwiegend kompensiert oder gebessert seien (S. 32 oben). Rheumatologisch ergäben sich insgesamt qualitative Einschränkungen für bestimmte - näher umschriebene - Tätigkeiten (S. 32 Mitte).

Die relevanten Befunde befänden sich unverändert auf psychiatrischem Gebiet. Es sei wie bisher das Erscheinungsbild einer Neurasthenie gegeben, wenn auch Müdigkeit und Erschöpfung weniger im Vordergrund stünden als eine depressive Symptomatik. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung habe sich eine erneute depressive Episode - im Untersuchungszeitpunkt noch leicht bis mittelgradig, unvollständig remittiert - manifestiert; vorübergehend habe eine schwergradige depressive Symptomatik bestanden, die zu einer Hospitalisation geführt habe (S. 32 unten). Daran anschliessend sei anhand der ambulant erhobenen Befunde eine Besserung dokumentiert (S. 33 oben). 4.3.3

Anders als bei der Vorbegutachtung bestünden aufgrund der Komorbidität von Erschöpfungssyndrom und depressiver Episode Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In der anspruchsvollen Tätigkeit als Geschäftsführer des eigenen Handelsunternehmens werde die Einschränkung auf 33 % geschätzt, in einer ideal angepassten Tätigkeit mit geringerer Stressbelastung und geringeren geistig-psychischen Anforderungen auf 25 % . Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose bezüglich einer weiteren Besserung der Depression günstig; der Beschwerdeführer befinde sich in adäquater Behandlung und habe im bisherigen Verlauf zwei vollständige Remissionen depressiver Episoden erreicht (S. 33).

Bei voller Arbeitszeit reduziere sich die Leistung auf (richtig: um) geschätzt 33 % , bei kürzerer Arbeitszeit entsprechend weniger; bei 5½ Stunden Arbeitszeit bestehe keine Leistungsminderung (S. 35 Ziff. 3.5).

Antriebsminderung und reduziertes Durchhaltevermögen limitierten das Arbeitspensum , das der Versicherte bewältigen könne; es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf. Die Überwindbarkeit subjektiver Beeinträchtigungen durch die Symptome der Neurasthenie sei aufgrund der komorbiden depressiven Störung eingeschränkt (S. 34 Ziff. 3.1).

Die bemessene Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf die psychischen Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Die wesentlich grössere subjektive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus Gutachtersicht mit psychischen, sozialen und persönlichkeitsbedingten Faktoren erklären (S. 34 Ziff. 3.2). 4.3.4

Den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit fassten die Gutachter wie folgt zusammen (S. 35 Ziff. 3.6): — ab März 2010: 50 % — April 2010: 100 % — ab Mai 2010: 50 % — August 2011:

100 % — ab Februar 2012 : 50 % — ab Juni 2012: 33 % 4.3.5

Auf entsprechende Fragen führten die Gutachter schliesslich aus, die eingeschränkte Überwindbarkeit der mit der Neurasthenie verbundenen Beeinträchtigungen sei mit der erneuten depressiven Episode bei bekannter rezidivierender depressiver Störung zu begründen (S. 39 Mitte). Die körperlichen Begleiterkrankungen des Versicherten wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Ein sozialer Rückzug werde vom Versicherten beschrieben und betreffe vor allem gesellschaftliche Aktivitäten und Verpflichtungen; eine familiäre oder soziale Desintegration bestehe nicht. Innerseelische Konflikte oder anhaltende psychische und soziale Belastungen, die sich als nicht bewältigbar erwiesen hätten, seien psychiatrisch nicht zu eruieren gewesen. Unbefriedigende Behandlungsergebnisse lägen bezüglich der Neurasthenie teilweise vor; es würden andererseits positive Auswirkungen medikamentöser Behandlungen und körperlicher Aktivitäten beschrieben (S. 39 f.). 4.4

Ein MRI

des linken Knie s vom 13. März 2013 zeigte eine laterale Gonarthrose (Urk. 6/92) . 4.5

Gemäss Bericht vom 10. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer am 7. Mai 2013 (nach einer bei einem Sturz am 6. Januar 2012 erlittenen Rotatorenmanschetten-Ruptur) in der Klinik

C.____

an der Schulter operiert (Urk. 6/93). 4.6

Dr. B.____

(vorstehend E. 4.2) führte in seinem Bericht vom 20. September 2013 (Urk. 6/89) unter anderem aus, er sehe den Beschwerdeführer seit März 2010 regelmässig in 1-2 wöchentlichen Abständen (S. 1 unten). In den letzten zwei Jahren habe sein psychischer Zustand nicht grundsätzlich und anhaltend verbessert werden können (S. 1 f.).

Aufgrund des Verlaufs müsse festgestellt werden, dass die Grundkrankheit, die rezidivierende depressive Störung, klarerweise chronifiziert sei, zumal die Depression permanent zwischen mittelschwerer und mehrheitlich schwerer depressiver Episodenstärke geschwankt habe (S. 2 oben).

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner jetzigen Stellung sei zu mindestens 75 % eingeschränkt; die damit postulierte Arbeitsfähigkeit von 25 % sei nur deshalb gegeben, weil der Beschwerdeführer trotz der widrigen Umstände hoch motiviert sei, seine Situation zu verbessern und sich bis an die Grenzen seiner Willensmöglichkeiten anstrengt (S. 2). 4.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, führte in seinem Bericht vom 24. Februar 2014 (Urk. 3/2) unter anderem aus, der Beschwerdeführer stehe wegen musculo-skelettalen Beschwerden seit 2000 in seiner Behandlung (S. 1 unten).

Es lägen eine rezidivierende aktivierte fortgeschrittene laterale Gonarthrose links, eine retraktile

Kapsulopathie der rechten Schulter sowie das bekannte chronische Cervicolumbovertebralsyndrom mit intermittierend lumbo-spondylogener Komponente beidseits vor (S. 2 Mitte). Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine klare Funktionsstörung

und eine eindeutige Reduktion der Belastbarkeit der rechten Schulter, des linken Kniegelenks sowie der Hals- und Lendenwirbelsäule. Dabei sei von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 2). 5.

5.1

In der Beschwerde (Urk. 1) wurde geltend gemacht, auf das MEDAS- Gutachten könne nicht abgestellt werden (S. 15 Ziff. 15).

Zur Begründung wurde ausgeführt, die Gutachter hätten selber „eine depressive Erkrankung seit 17 Jahren ohne vollständige Remission festgestellt“,

dies aber in ihrer Beurteilung nicht berücksichtigt (S. 4 f. Ziff. 6) . Die Behauptung ist unzutreffend: Im Austrittsbericht der Klinik A.____ wurde eine depressive Episode im Alter von 25 Jahren und eine zweite im Jahr 2001 aufgeführt (vor stehend E. 4.1): im Gutachten wurde sodann folgerichtig auf zwei frühere vollständige Remissionen depressiver Episoden Bezug genommen (vorstehend E.

4.3.3) , lediglich die aktuell diagnostizierte leichte bis mittelgradige Episode wurde als unvollständig remittiert bezeichnet (vorstehend E. 4.3.1) .

Sodann wurde in der Beschwerde eingewandt, die aktuelle Tätigkeit sei nicht adäquat berücksichtigt worden (S. 5 Ziff. 8) . Derselbe Einwand wurde bereits im vorangegangenen Verfahren gegenüber dem ersten MEDAS-Gutachten erhoben und es wurde im Urteil von 2011 dargelegt, dass und weshalb er schon damals nicht stichhaltig war (Urk. 6/49 S. 8 f. E. 4.2). Auch aktuell wurde im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/74/52-71), ausgehend von einer schriftlichen Schilderung durch den Beschwerdeführer, auf annähernd zwei Textseiten noch einmal auf Einzelheiten seiner beruflichen Tätigkeit eingegangen (S. 6 ff.).

Weiter wurde in der Beschwerde gerügt, die Chronifizierung der depressiven Erkrankung sei zu Unrecht verneint worden (S. 6 Ziff. 9) und diese sei zudem therapieresistent (S. 6 f. Ziff. 10) . Dem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/74/52-71) ist zu entnehmen, dass im Rahmen der Therapie bei Dr. B.____

der Medikamenteneinsatz nach dem Klinikaufenthalt reduziert werden konnte (S. 3 oben, S. 8 unten). Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers war die erneute depressive Phase, unter der er (mehr als unter der ersten) gelitten hatte, wieder besser geworden (S. 9 Ziff. 2.10). Besonders ins Gewicht fällt, dass der psychiatrische Gutachter die gestellte Diagnose sehr eingehend begründet hat und sich dabei differenziert mit den im Austrittsbericht der Klinik

A.____ und von Dr. B.____ erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen auseinandergesetzt hat (S. 12 f.).

Sodann wurde bemängelt, der psychiatrische Gutachter habe keine anerkannten Testverfahren (BDI, Hamilton, MADRS) eingesetzt (S. 11 f. Ziff. 11). Die Kritik ist sachlich falsch, ergibt sich doch aus dem psychiatrischen Teilgutachten , dass auf der Hamilton Depressionsskala ein Wert von 14 resultierte, während Dr. B.____

rund 5 Monate zuvor einen solchen von 18 berichtet hatte (Urk. 6/74/52-71 S. 16).

Schliesslich wurde in der Beschwerde geltend gemacht, die somatischen Beschwerden seien völlig unterschätzt und nicht in den Gesamtzusammenhang gestellt worden (S. 9 f. Ziff. 12). Zur Begründung wurde unter anderem auf den späteren Bericht des behandelnden Rheumatologen Bezug genommen, der auf grund einer Knie-, Schulter- und Rückenproblematik eine reduzierte Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit postulierte (vgl. vorstehend E. 4.7), dafür aber keinerlei Begründung anführte. Im Gegensatz dazu wurde im Gutachten einlässlich dargelegt, inwiefern insbesondere aus rheumatologischer Sicht aus den erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit abzuleiten sei, da der Versicherte ergonomische Prinzipien, Wechselhaltung und bedarfsweise Pausen, ausreichend berücksichtigen könne (Urk. 6/74/1-41 S 32 Mitte).

5.2

Die beschwerdeweise gegen das MEDAS-Gutachten erhobenen Einwände erweisen sich nach entsprechender Prüfung (vorstehend E. 5.1) allesamt als nicht stichhaltig.

Das Gutachten genügt mithin allen praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

Demzufolge ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer des eigenen Handelsunternehmens eine Einschränkung von 33 % und in einer ideal angepassten Tätigkeit mit geringerer Stressbelastung und geringeren geistig-psychischen Anforderungen eine solche von 25 % besteht (vorstehend E. 4.3.3), dies ausschliesslich auf grund der diagnostizierten psychischen Leiden (vorstehend E. 4.3.2) . 5.3

Die eben genannte Umschreibung der Arbeitsfähigkeit unterscheidet sich von derjenigen, welche der Verfügung von 2010 zugrunde lag.

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.7) ist mithin ausgewiesen. 5.4

In der Beschwerde (Urk. 1) wurde ausserdem geltend gemacht, die Annahme der Beschwerdegegnerin, die rezidivierende depressive Störung sei überwindbar, sei unrichtig und lebensfremd (S. 4 Ziff. 5) .

Der Einwand wird der in der sogenannten Schmerzrechtsprechung (vorstehend E. 1.2) entwickelten Kategorie der Überwindbarkeit nicht gerecht. Anwendbar ist diese Rechtsprechung unter anderem, wenn aus psychiatrischer Sicht eine Neurasthenie diagnostiziert und damit eine Arbeitsunfähigkeit begründet wurde. Analog der Praxis zu den somatoformen Schmerzstörungen ist in diesem Fall zu prüfen, ob die aus der Neurasthenie resultierenden Einschränkungen zumutbarerweise überwindbar sind oder nicht. Bei den dafür massgebenden Kriterien ist das erste eine allfällige psychische Komorbidität. Eine solche kann gegeben sein, wenn unabhängig vom diagnostizierten Schmerzleiden ein anderes psychisches Leiden (etwa eine Depression) in der Wertung der Rechtsanwendung eine hinreichend erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer aufweist (vgl. nachstehend E. 5.6) .

Die Frage der Überwindbarkeit bezieht sich also - in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung - auf die Auswirkungen der Neurasthenie, nicht der Depression. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch richtigerweise (und entgegen der Darstellung in der

Beschwerde) die von ihr angenommene Überwindbarkeit weder intern (vgl. Urk. 6/83 S. 4 unten, S. 7 Mitte) noch in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf die diagnostizierte Depression bezogen.

Damit geht der beschwerdeweise erhobene Einwand fehl. 5.5

Geht man von der aus medizinischer Sicht attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 33 %

(vorstehend E. 5. 2) aus, so ergibt die Invaliditätsbemessung anhand eines Prozentvergleichs (vorstehend E. 1.5) einen Invaliditätsgrad von ebenfalls 33 % .

Ein solches Ergebnis ist namentlich vereinbar mit den effektiven Einkommensverhältnissen des Beschwerdeführers im Revisionszeitraum. Laut Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) vom 17. Juli 2013 (Urk. 6/82) meldete der Beschwerdeführer für das Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 138'014.--, für das Jahr 2008 ein solches von Fr. 92'869.--, für das Jahr 2009 ein solches von Fr. 143'884.--, für das Jahr 2010 ein solches von Fr. 208'000.--, für das Jahr 2011 ein solches von Fr. 157'282.-- und für das Jahr 2012 ein solches von Fr. 82'849.-- (S. 1 und 2).

Wegen der grossen Schwankungen hat die Beschwerdegegnerin zwar zu Recht davon abgesehen, diese Werte für eine Invaliditätsbemessung zu verwenden. Sehr bemerkenswert ist aber dennoch, dass in der Zeit von 2008 bis 2012 die höchsten Einkommen ausgerechnet in den beiden Jahren erzielt wurden, in denen laut den Berichten von behandelnder Seite (vorstehend E. 4.1 und 4.2) wie auch aus gutachterlicher Sicht (E. 4.3.4) die psychische Verfassung des Beschwerdeführers am stärksten beeinträchtigt war. Daraus ist zu schliessen, dass die von Seiten der Medizin attestierte Arbeitsunfähigkeit vorliegend nicht unbedingt in eine versicherungsrelevanten Erwerbseinbusse ihren Niederschlag gefunden hätte.

Jedenfalls liegt der Invaliditätsgrad von 33 % deutlich unter dem anspruchsbegründenden Minimum von 40 % , so dass kein Rentenanspruch resultiert. 5.6

Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, es bestehe gar kein versicherungsrelevanter Gesundheitsschaden (vorstehend E. 2.1), was somit ebenfalls zu prüfen ist, und zwar nach Massgabe der einschlägigen Rechtsprechung (vorstehend E. 1.2).

Die diagnostizierte Neurasthenie gehört zu den Beschwerdebildern, bei denen nur ausnahmsweise anzunehmen ist, die aus ihr resultierenden Beeinträchtigungen seien, da nicht überwindbar, versicherungsrelevant.

Nebst der Neurasthenie wurde aus psychiatrischer Sicht auch eine Depression diagnostiziert, nämlich im MEDAS-Gutachten eine unvollständig remittierte leicht- bis mittelgradig ausgeprägte depressive Episode (vorstehend E. 4.3.1) und seitens des behandelnden Psychiaters eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung mit zwischen mittelschwer und schwer schwankender Episodenstärke (vorstehend E. 4.6). Die Einschätzungen differieren somit hinsichtlich der Ausprägung der depressiven Episoden. Da aber auch der behandelnde Psychiater klarerweise nicht durchwegs eine schwere Depression postuliert hat, fällt ein Bejahen der Komorbidität unter diesem Titel nicht in Betracht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_118/2014 vom 20. Mai 2014, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013).

Hinweise, dass jedenfalls mittelgradig ausgeprägte depressive Episoden derart lange angehalten hätten, dass sie geeignet erschienen, eine Komorbidität zu bejahen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014, 9C_292/2012 vom 14. August 2013), gibt es ebenfalls keine.

Somit weist die - in unterschiedlicher Ausprägung fluktuierende - episodische Depressivität nicht die geforderte erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer auf, um eine Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung zu begründen.

Was die alternativ zu prüfenden weiteren Kriterien anbelangt, kann auf die im Gutachten aufbereiteten Informationen (vorstehend E. 4.3. 5) abgestellt werden. Demnach fehlen arbeitsfähigkeitsrelevante körperliche Begleiterkrankungen, eine Progredienz der Leiden ist ebenfalls nicht gegeben, ein sozialer Rückzug in allen Belangen ist nicht zu konstatieren und Hinweise auf einen primären Krankheitsgewinn gibt es nicht. Damit kann offen bleiben, wie es sich mit dem Kriterium gescheiterter multimodaler Behandlungsansätze verhält, ergibt eine wertende Gesamtwürdigung der genannten Kriterien bereits mit grosser Deutlichkeit, dass sie nicht erfüllt sind.

Somit ist festzustellen, dass infolge nicht erfüllter Kriterien allfällige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, die sich aus der Neurasthenie ergeben, versicherungsrechtlich unbeachtlich zu bleiben haben.

Damit erweist sich (auch) der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, es bestehe kein versicherungsrelevanter Gesundheitsschaden, als begründet, so dass auch unter diesem Aspekt ein Rentenanspruch zu verneinen ist. 5.7

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich zwar

gemäss medizinischer Beurteilung der Gesundheitszustand seit 2010 - revisionsrelevant - verändert hat (vorstehend E. 5.3), dass aber die erneute Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen (vorstehend E. 5.5 und 5.6) ergibt, dass weiterhin kein Rentenanspruch besteht.

Somit ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 1

5. 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
Tiefenbacher

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf Überwindbarkeit geschlossen (S. 4 ff. Ziff. 5 ff.), das Gutachten leide an - einzeln dargelegten - Mängeln (S. 6 ff. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit im Verfü gungszeit punkt verhält - und damit auch, ob im Vergleich zur Verfügung vom März 2010 eine revisionsrelevante Veränderung (vorstehend E. 1. 7) eingetreten ist - und ob dies gestützt auf die vorhandenen Beurteilungen entschieden werden kann. 3.

3.1

Am 16. August 2009 erstatteten die Ärzte der MEDAS Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/35/1-34) .

Die Gutachter nannten folgende, seit 2001 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S . 27 Ziff.

E. 7

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Entscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 1.

E. 8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 9

ff.) , und er sei in der angestammten Tätigkeit derart eingeschränkt, dass ein Betätigungsvergleich eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % ergebe (S. 11 ff. Ziff. 14).

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