

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00488 vom 9. Mai 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00488](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00488)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00488 du 9 mai 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00488 del 9 maggio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1955 geborene und seit vielen Jahren als selbständiger Wirt erwerbstätige X.\_\_\_\_ meldete sich am 10. Februar 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1) . Nach Durchführung von Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 11. Juni 2012 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/23). Nach Eingang der Stellungnahme des Versicherten vom 27. August 2012 (Urk. 7/33) beauftragte sie die MEDAS Z.\_\_\_\_ mit einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung (Urk. 7/43). Am 5. Februar 2013 erstattete die MEDAS ihr Gutachten (Urk. 7/49). Der Versicherte nahm am 4. April 2013 dazu Stellung (Urk. 7/53) . Daraufhin wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. April 2013 das Leistungsbegehren ab (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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ( Art.

### **E. 1.3**

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).

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. Insoweit 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 (ausser ordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 f. E. 1; AHI 1998 S. 120 f. E. 1a und S. 252 E. 2b je mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit einem Schmerzsyndrom unklarer Ursache ausgewiesen sei, welche jedoch einem in validisierenden Gesundheitsschaden nicht gleich

gesetzt werden könne, weshalb es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, unter adäquater Schmerztherapie einer Berufstätigkeit nachzugehen (Urk. 2 S. 1).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf dem Standpunkt, die Beschwerden der Be schwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt (Urk. 1 S. 8, S. 12) . Insbesondere fehle es an einer Abklärung mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sowie einer grundsätzlichen Abklärung der Zumutbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit. Weiter

sei es aus medizinischer Sicht erwiesen, dass die lumbosakralen Schmerzen organischer Natur seien (Urk. 1 S. 11). Seiner angestammten Tätigkeit als Wirt gehe er zu 50 % nach. Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei ihm selbst in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht zumutbar (Urk. 1 S. 12). 3. 3.1

Es steht aufgrund der medizinischen Aktenlage fest, dass der Beschwerdeführer infolge eines Aneurysmas der Aorta abdominalis , juxtarenal , und einer Aortenklappensklerose am 30. August und am 16. September 2011 im A.\_\_\_\_

operiert werden musste (Urk. 7/8 S. 3 ff.). Vom 21. September bis zum 12. Oktober 2011 befand er sich in der Klinik B.\_\_\_\_ zur Rehabilitation (Urk. 7/8 S. 10 ff.). 3.2

Anlässlich der ersten zwei postoperativen Verlaufskontrollen im A.\_\_\_\_ , Medizinbereich Herz- Gefäss- Thorax ,

klagte der Beschwerdeführer laut den Berichten vom 27. Oktober 2011 (Urk. 7/8 S. 15 f. )

und vom 3. Februar 2012 (Urk. 7/10 S. 7 f.) über seit dem ersten Eingriff aufgetretene Rückenschmerzen . Weiter gab er an, ansonsten beschwerdefrei zu sein . Die berichten den Spitalärzte stellten folgende Diagnose : - Status nach - viszeralem Debranching am 30.08.2011 - EVAR mit Y-EAP und TAG und Endodebranching der Nierenarterien bei juxtarenalem Aneurysma der Aorta abdominalis - intraoperativer Lyse einer Thrombose der rechten Nierenarterie am 16.09.2011

Als Nebendiagnosen führten sie die Aortenklappensklerose sowie einen atrioventrikulären Block 1. Grades auf. Sodann

gaben sie arterielle Hypertonie Grad 2 (BMI 32), Diabetes Mellitus Typ 2 (insulinabhängig), Hyperlipidämie und

Nikotinabusus

als Risikofaktoren an . 3.3

Der vom Beschwerdeführer wegen der Rückenschmerzen aufgesuchte Dr. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte im Bericht vom 4. Mai 2012 (Urk. 7/10 S. 1 ff.) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches lumbovertebrales Syndrom bei/mit - myofaszialen Schmerzen der paravertebralen und glutealen Muskulatur links - kernspintomographisch altersentsprechenden Veränderungen mit annähernd normalen Zwischenwirbelräumen und mässiger Spondylarthrose L3 bis S1 (MRI vom 16.11.2011) - Status nach Operation eines infrarenalen

Aortenaneurysmas im August 2011 - Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass er dagegen folgenden weiteren Diagnosen zu: - Adipositas - Status nach Gichtarthropathie 1998 - Status nach zervikobrachialem

Syndrom bei Segmentdegeneration C5/C6 und C6/C7 (MRI vom 03.02.2010) -  
Beginnende zervikale Myelopathie bei spinaler Enge C5/C6

Weiter führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, vor Einleitung der beruflichen Wiedereingliederung sollten die im A.\_\_\_\_ eingeleiteten Abklärungen abgewartet werden. Angesichts des praktisch altersentsprechenden MRI-Befundes vom 16. November 2011 sei von einer Besserung auszugehen. Sodann attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 29. August 2011, von 90 % ab dem 19. Oktober 2011 und von 80 % seit 14. Dezember 2011. 3.3

Im Bericht des A.\_\_\_\_, Rheumaklinik, vom 24. Mai 2012 (Urk. 7/16) wurden im Rahmen eines rheumatologischen Konsiliums

im Wesentlichen die bisher genannten Diagnosen wiederholt. Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, in den bisher erfolgten Bildgebungen habe sich kein Korrelat zu den beklagten Schmerzen, insbesondere keine Frakturen und keine Spondylodisitis ergeben, weshalb die Beschwerden am ehesten als mechanisch statisch zu beurteilen seien. Durch die Rückenschmerzen bestehe eine verminderte körperliche Belastbarkeit. Damit sei eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 20 % denkbar. Zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfahlen die Spitalärzte abschliessend eine EFL. 3.4

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie,

konnte

in dem vom Krankentagegeldversicherer in Auftrag gegebenen neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2012 (Urk. 7/29)

keinen ausreichenden Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen ausmachen. Differenzialdiagnostisch bestehe ein lumbales/retroperitonales Schmerzsyndrom infolge der stattgehabten Baucharterienoperation (differenzialdiagnostisch ischämischer Schmerz). Die vom Beschwerdeführer glaubhaft vorgetragene lumbale Schmerzen seien angesichts der stattgehabten abdominalen Operation differenzialdiagnostisch im Rahmen einer lokalen Ischämie zu diskutieren. Der klinische Befund und die Anamnese sprächen nicht für eine spinale Genese. Eine zunächst fortdauernde Arbeitsunfähigkeit von 50 % für alle überwiegend gehend und stehend

auszuübenden Tätigkeiten er scheine angesichts des Schmerzsyndroms gerechtfertigt. In einer überwiegend sitzend auszuübenden Tätigkeit bestehe ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Weiter empfahl Prof. Dr. D.\_\_\_\_ eine gutachterliche Mitbeurteilung durch einen Gefässchirurgen (S. 9 ff.). 3.5

Im Bericht des A.\_\_\_\_, Rheumaklinik, Physiotherapie Ergotherapie, vom 2. Oktober 2012 (Urk. 7/54 S. 2 ff.) über das im September 2012 durchgeführte Arbeitsassessment wurden die bereits bekannten Diagnosen wie derholt und darüber hinaus diejenige einer depressiven Episode, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F32.0), gestellt. Weiter führten die das Arbeitsassessment durchführende Fachleute aus, das arbeitsbezogen

relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz des Rückens bei langandauernden Tätigkeiten, einer allgemeinen

Dekonditionierung

sowie einer reduzierten Belastbarkeit und Kraft der Beine. Die ergonomischen Arbeitstechniken des Beschwerdeführers seien auf Grund der reduzierten Belastbarkeit der Knie suboptimal. Der eine gute Leistungsbereitschaft ohne Selbstlimitierung zeigende Beschwerdeführer führe als Wirt mit einem Geschäftspartner zusammen ein Restaurant. Er sei dabei als Allrounder tätig und mehrheitlich für das Administrative zuständig. Er arbeite jedoch auch als Koch und im Service. Die lumbalen Rückenschmerzen verstärkten sich im Laufe des Tages, was jedoch auch von der Schwere der Arbeitstätigkeit abhängig sei (S. 3).

Im aktuellen Status zeige sich eine Fehlstatik mit hochthorakaler rechtskonvexer

Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule sowie abdominal betontem Übergewicht. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit vermehrter rechtskonvexer Skoliose und Rückneigung. Zudem finde sich eine lokale Druckdolenz der Wirbelsäule auf Höhe L5/S1 sowie eine Schmerzhaftigkeit an den Ansätzen des Musculus 'erector

trunci und des Musculus 'latissimus

dorsi linksbetont. Die Beweglichkeit von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sei in allen Richtungen frei und nicht schmerzgenerierend. Der kursorische Neurostatus sei unauffällig. Zusammengefasst bestehe somit ein anhaltendes Lumbovertebralsyndrom nach Aneurysma-Operation mit ausgedehntem Debranching. In der rheumatologischen Untersuchung seien eine Fehlstatik mit Kyphoskoliose und abdominalem Übergewicht sowie eine Haltungsinsuffizienz

aufgefallen. Entsprechend habe sich im EFL eine verminderte Belastungstoleranz des Rückens bei langandauernden Tätigkeiten, eine allgemeine Dekonditionierung und eine reduzierte Belastbarkeit und Kraft der Beine gezeigt (S. 4).

In der angestammten Tätigkeit als Koch und Inhaber eines Waldrestaurants sei der Beschwerdeführer bezogen auf einen zwölfstündigen Arbeitstag bis maximal sechs Stunden pro Tag aufgrund der allgemeinen Dekonditionierung, der reduzierten Belastungstoleranz des Rückens, der nachvollziehbaren vermehrten Schmerzen nach langandauernden Tätigkeiten und der anamnestisch vermehrten Müdigkeit, vermutlich aufgrund des Schmerzpflasters, arbeitsfähig. Dabei könne er maximal jeweils drei Stunden pro Tag an Ort stehen beziehungsweise stehen und gehen. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 50 % bezogen auf einen zwölfstündigen Normalarbeitstag.

Mit geeigneten Rehabilitationsmassnahmen sei mittelfristig mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu rechnen. Ob eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne, bleibe offen. Dies hänge insbesondere auch von der zugrundeliegenden Pathologie ab. Falls eine ischämische Pathologie nach Debranching den Beschwerden zugrunde liege, bleibe vorerst offen, inwieweit eine Revaskularisation durch ein entsprechendes Training erreicht werden könne. Inwiefern die leichte Depression auf die Arbeitsfähigkeit Einfluss habe, sei aus psychiatrischer Sicht zu evaluieren. Im Moment begründe sie keine über die aktuelle Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung.

In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bezogen auf einen achtstündigen Arbeitstag (S. 5). 3.6

Im MEDAS- Gutachten vom 5. Februar 2013 (Urk. 7/49) wurden folgende

Diagnosen gestellt (S. 23 f.) : - Anamnestic chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestic ohne Ausstrahlungen (ICD-10 M54.5) - MR-tomographisch leichtgradige degenerative Veränderungen der gesamten Lendenwirbelsäule ohne sichtbare Kompressionierung neuraler Strukturen (M47.86) - Haltungsinsuffizienz bei stammbetonter Adipositas mit muskulärer Dysbalance - keine Anhaltspunkte für neurogene Ätiologie - aufgetreten im Anschluss an eine Bauchortenaneurysma -Operation am 30.08.2011 (viszeral)

Debranching) - Juxtarenales

Bauchortenaneurysma (6,4 cm; ICD-10 I71.4) - Status nach viszeralem Debranching am 30.08.2011 (Arteria

iliaca

externa links auf Arteria

mesenterica

superior mittels VORTEX, auf AHP mittels konventioneller Anastomose) - Status nach EVAR mit Y-EAP und TAG und Endodebranching der Nierenarterien mit intraoperativer Lyse einer Thrombose der rechten Nierenarterie am 16.09.2011 (A.\_\_\_\_) - Regelrecht einheilende endovaskuläre Prothese mit grössenregredientem

Aneurysmasack und üblicher lokalisierter In-stent

Thrombosierung, kein Endoleak, keine Hinweise auf de

novo

Periaortitis - ausgeprägte Rektusdiastase ohne Inkarceration - kardiovaskuläre Risikofaktoren - Status nach massivem Nikotinkonsum (zirka 100 py) bis 2010; metabolisches Syndrom - metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 32 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Diabetes mellitus Typ ICD-10 (ICD-10 E11.7) - medikamentös behandelt - mässiggradig eingestellt mit HbA1c-Wert von 7.2 % (Norm < 6.3 %) - distal-symmetrische sensible Polyneuropathie (ICD-10 G63.2), whs. diabetisch - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Hyperurikämie, asymptomatisch, unbehandelt (ICD-10 E79.0) - Bisher asymptomatische Kardiopathie - Aortenklappensklerose - ausgeprägte Verkalkungen im linkskoronären System zentral (CT vom 05.12.2012) - kardiovaskuläre Risikofaktoren

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe vor allem über Rückenschmerzen geklagt und weitere Probleme verneint. Diesen lumbovertebralen Schmerzen könne keine neurogene Ätiologie zugeordnet werden. Ein Zusammenhang mit dem am 30. August 2011 stattgehabten Baueingriff sei auf Grund der zeitlichen Zusammenhänge anzunehmen. Der Schmerz sei als organisch zu beurteilen, es fehlten jegliche Anhaltspunkte für eine funktionelle Ausweitung. Die Angaben des Beschwerdeführers seien, gerade auch im Verlauf, konsistent. Es erscheine fraglich, ob mit weiteren Untersuchungen eine Ursache noch gefunden werden könne. Bildgebend seien nur leichtgradige degenerative Veränderungen der gesamten Lendenwirbelsäule feststellbar. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance bei stammbetonter Adipositas. Die Befunde seien insgesamt nur sehr geringgradig und könnten keine höhergradige Einschränkung erklären. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit resultiere, dass diese nur für körperlich schwere Tätigkeiten eingeschränkt sei, welche der Beschwerdeführer

allerdings nicht ausgeübt habe. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 18, S. 24).

Aus angiologischer und thoraxchirurgischer Sicht sei von einem erfolgreichen Verlauf nach einer komplexen Operation auszugehen mit einer guten Erholung und Funktionsfähigkeit der endovaskulären Prothese. Es könne keine Erklärung für die subjektiv vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerdesymptomatik festgestellt werden. Gegen eine ischämische Genese der Schmerzen, bedingt durch Abtrennung der lumbalen Gefässversorgung, spreche die Tatsache, dass der Lumbalschmerz schon unmittelbar nach dem ersten Eingriff am 30. August 2011 aufgetreten sei. Bei diesem Eingriff seien aber keine aus dem Aneurysma hervorgehenden Lumbalartherien unterbrochen worden, sondern lediglich eine arterielle Umversorgung der Arteria

mesenterica

superior

(AMS) und Arteria

hepatica propria (AHP) aus der Arteria

iliaca

externa links durchgeführt worden. Wäre das lumbosakrale Schmerzsyndrom auf die intraoperative Okklusion der lumbalen Gefässversorgung zurückzuführen, wie das von Prof. Dr. D.\_\_\_\_

im neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2012 (Urk. 7/29) als mögliche Ursache vermutet worden sei, hätte der Schmerz erst nach dem EVAR-Eingriff am 16. September 2011 auftreten müssen. Es bleibe nun noch die Erwähnung eines „Katheters, der zu einem Hämatom geführt habe“, bei dem es sich retrospektiv am ehesten um den Epiduralkatheter handle, der im Operationsbericht vom 30. August 2011 erwähnt werde. Gemäss Bericht des A.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 28. März 2012 (Urk. 7/15, insbes. S. 11) soll der Beschwerdeführer anamnestisch erwähnt haben, dass an der Stelle, an der die lumbosakralen Rückenschmerzen empfunden würden, ein Katheter gelegen habe, der zu einem Hämatom geführt habe. Das Hämatom habe sich zurückgebildet, jedoch seien die Schmerzen unverändert geblieben. Solche Katheter würden aber für Operationen im Abdominalbereich auf Höhe Th10/11 und nicht im Bereich der lumbalen Wirbelsäule platziert. Eine Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule im November 2011 habe diesbezüglich auch kein pathologisch-anatomisches Korrelat zur Darstellung bringen können. Die zweite Schmerzkomponente, die unter Gehbelastung auftrete und als unmittelbar unterhalb der Beckenkämme beidseits geschildert werde, entspreche nicht der üblichen Beschreibung einer glutealen Ischämie. Zwar werde im Bericht des A.\_\_\_\_, Medizinbereich Herz-

Gefäss-

Thorax, über die am 3. Februar 2012 durchgeführte Computertomographie von Thorax und Abdomen (Urk. 7/10 S. 7 ff., insbes. S. 8) eine Überstentung der Arteria

iliaca

interna rechts geschildert. Die Schmerzen würden aber als symmetrisch beidseits unmittelbar unterhalb des dorsalen Beckenkamms bilateral und weder rechts betont noch wirklich gluteal angegeben. Insgesamt könnten die empfundenen Schmerzen als

anhaltendes Lumbovertebralsyndrom bezeichnet werden, bei dem weder anamnestisch, klinisch noch radiologisch eine vaskuläre oder neurogene Ursache nachweisbar sei. Folglich könne sowohl aus angiologischer wie auch aus thoraxchirurgischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden (S. 22, S. 25).

Aus allgemeininternistischer Sicht stehe das metabolische Syndrom im Vordergrund, welches zwar hinsichtlich kardiovaskulärer Risikofaktoren relevant sei, per se die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht einschränke. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine pathologischen Befunde erhoben werden. Es könne keine psychiatrische Diagnose abgeleitet werden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke (S. 25).

Gestützt auf die erhobenen anamnestischen Angaben, die Untersuchungsbe funde, die ihnen vorliegenden Dokumente sowie die früher attestierten Arbeits unfähigkeiten kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass ab August 2011 postoperativ für drei Monate eine volle und dann für ein bis drei Monate eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Danach könne keine Einschränkung mehr nachvollzogen werden (S. 25) . 4. 4.1

Das MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2013 erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage: Es beruht auf eingehenden internistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen , angiologischen sowie herz- und thoraxchirurgischen

Untersuchungen , berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander . Letzteres ist gerade angesichts der weiterhin unklaren Ätiologie der Schmerzen von Bedeutung . Weiter leuchtet das MEDAS-Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

Die Gutachter setzen sich im Rahmen

ihrer jeweiligen Fachdisziplin sowie auch in der interdisziplinären Beurteilung mit den von den bisher involvierten Ärzten zur Erklärung der Beschwerden aufgestellten Hypothesen auseinander.

Insbesondere verneinte der herz- und thoraxchirurgische Gutachter die von Prof. Dr. D. \_\_\_\_ aufgeworfene Frage einer ischämischen Ursache der Schmerzen (vgl. Urk. 7/29 S. 10). Seine Begründung dafür ist klar und selbst für einen medizinischen Laien nachvollziehbar (Urk. 7/49 S. 22). Damit bleibt die Genese der lumbalen Schmerzen weiterhin im Dunkeln , zumal trotz allseitigen fachärztlichen Untersuchungen keine organische Ursache ausgemacht werden konnte und aus psychiatrischer Sicht keine krankheitswertigen Auffälligkeiten festgestellt wurden . Dieser Umstand vermag indessen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. 4.2

Gegen das MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2013 wendet der Beschwerdeführer ein, der psychiatrische Gutachter habe weder Tests durchgeführt noch das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geprüft (Urk. 1 S. 9). Dem ist zu entgegen, dass die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung , Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt ( Bundesgerichtsurteil 8C\_839/2013

vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1 ) .

Ins Leere stösst weiter die Kritik ,

trotz Kenntnis über das im September 2012 durchgeführte Arbeitsassessment seien beim A.\_\_\_\_ keine Auskünfte eingeholt worden (Urk. 1 S. 9), denn die Notwendigkeit fremdanamnestischer Auskünfte im Einzelfall ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Bundesgerichtsurteil 9C\_939/2012 vom 5. September 2013 E. 2.2.1) . Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen auf einer diesbezüglich unzureichenden Grundlage beruhen. Viel mehr konnte n

die MEDAS- Gutachter neben der ausführlichen Anamnese auf umfangreiche medizinische Unterlagen zurückgreifen, welche den Verlauf der ärztlichen Behandlungen und Abklärungen seit August 2011 umfassend dokumentieren . Weitere fremdanamnestische Abklärungen drängten sich nicht auf. Somit ist das MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2013 auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden .

Darüber hinaus vermögen die anderslautenden Schlussfolgerungen im Bericht des A.\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2012 die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern, zumal die das Assessment durchführenden Fachleute auch die auf die Adipositas und die Dekonditionierung zurückzuführende Einschränkung berücksichtigten .

Dies ist im Rahmen einer Rehabilitationszwecken dienenden Abklärung sinnvoll. Invalidenversicherungsrechtlich ist eine Adipositas jedoch rechtsprechungsgemäss unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles nur dann als invalidisierend zu betrachten, wenn sie für sich allein weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden voraus sichtlich keine rentenbegründenden Auswirkungen mehr auf die Leistungsfähigkeit im Beruf oder im Aufgabenbereich hat (Bundesgerichtsurteil 8C\_496/2012 vom 19. September 2012 E.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 27. Mai 2013 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung von mindestens einer Viertelsrente , eventualiter um Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und der zumutbaren Arbeitsleistung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2013 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer am 23. Juli 2013 orientiert wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.2**

mit Hinweisen). Trotz Übergewicht war der Beschwerdeführer in der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit vor der Operation Ende August 2011 nie erheblich eingeschränkt. Es ist weiter anzunehmen, dass eine effektive Gewichtsreduktion

wie von den MEDAS-Gutachtern empfohlen (Urk. 7/49 S. 25 )

möglich wäre . So ist postoperativ ein (vorübergehender) Gewichtsverlust von 110 kg auf 94 kg im Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik B.\_\_\_\_ im Oktober 2011 dokumentiert (Urk. 7/8 S. 7, S. 11, Urk. 7/16 S. 2 ; vgl. auch Urk. 7/29 S. 6 sowie Urk. 7/49 S. 7). Damit sind die Voraussetzungen der zitierten Rechtsprechung erfüllt, weshalb die MEDAS -Gutachter die Auswirkungen der Adipositas zu Recht nicht in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen. Gleiches gilt hinsichtlich der festgestellten

Dekonditionierung . Auch insofern ist die Beurteilung der Gutachter einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht zu beanstanden. 4.3

Sodann bringt der Beschwerdeführer gegen das MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2013 vor, der orthopädische und der neurologische Gutachter hätten weder ein neues MRI der Lendenwirbelsäule durchführen lassen noch über das Bildmaterial des MRI vom 16. November 2011 verfügt und für ihre Beurteilung lediglich auf den entsprechenden medizinischen Bericht abgestellt (Urk. 1 S. 9 f. ).

Angesichts der von sämtlichen damit konfrontierten Ärzten als gering beziehungsweise altersentsprechend beurteilten Befunde dieser Untersuchung (Urk. 7/10 S. 5 f., S. 10 f., S. 14, Urk. 7/15 S. 11, Urk. 7/16 S. 2) hatten die MEDAS-Gutachter keinen Anlass zu einer Wiederholung der bildgebenden Abklärung, weshalb ihr Abstellen auf den Untersuchungsbericht vom 16. November 2011 nicht zu beanstanden ist. Selbst der behandelnde Rheumatologe Dr. C.\_\_\_\_ verneinte eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit infolge der bildgebend ausgewiesenen eher leichten degenerativen Veränderungen . Vielmehr vermutete er eine psychische Überlagerung in Form einer Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 7/10 S. 5 f. ). 4.4

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit als Geschäftsführer und Allrounder eines Gastronomiebetriebs ist zu berücksichtigen, dass die Arbeit als Koch in einer

modern eingerichteten Küche höchstens mittelschwer ist . Laut eigenen Angaben anlässlich der Begutachtung in der MEDAS erledigt der Beschwerdeführer in seinem Betrieb hauptsächlich (körperlich leichte) administrative Tätigkeiten und hat daneben Allrounder-Funktion , beziehungsweise ist nur als Aushilfe in der Küche tätig (Urk. 7/49 S. 8 ) . Gegen die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter ist entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) nichts einzuwenden. Zu einem weitgehend ähnlichen Schluss kamen auch die Ärzte des A.\_\_\_\_ , als sie im Bericht vom 24. Mai 2012 anders als im Assessment-Bericht vom 2. Oktober 2012 (Urk. 7/54 S. 2 ff.) wohl ohne Einbezug jeglicher rehabilitativer Überlegungen eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 20 % attestierten (Urk. 7/16).

Zu Recht relativierten die MEDAS - Gutachter die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Prof. Dr. D.\_\_\_\_

im Gutachten vom 18. Juli 2012 mit der Begründung, dass sie auf fachfremden Vermutungen beruhe (Urk. 7/49 S. 25). In der Tat vermochte der Neurologe keine in seinem Fachgebiet fallenden Befunde zur Begründung einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu nennen, weshalb er die gutachterliche Mitbeurteilung durch einen Gefässchirurgen empfahl (Urk. 7/29 S. 10 f. ) . 4.5

Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2013 abgestellt . Mit dem Ablauf der Wartezeit per Ende August 2012 war somit kein IV- relevanter Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen , weshalb

die rentenablehnende Verfügung vom 25. April 2013 nicht zu beanstanden ist (Art. 28 Abs. 1 IVG). 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - lic . iur . Y.\_\_\_\_ - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubMeier-Wiesner

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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