

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00727 vom 19. November 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00727](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00727)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00727 du 19 novembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00727 del 19 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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 Einspracheentscheid, 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).

## **E. 2**

IVG).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die neuerliche Abweisung des Leistungsbegehrens damit, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen vorrangig die somatischen Auswirkungen einer morbidem Adipositas vor. Auf Grund der medizinischen Akten sei kein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (leichte, wechselbelastende Tätigkeit) ausgewiesen. Die Adipositas sei nicht Folge eines vorbestehenden Gesundheitsschadens und begründe somit keinen Gesundheitsschaden. So mit bestehe im Vergleich zur rechtskräftigen Verfügung vom 24. März 2009 ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand. Bereits zum damaligen Zeitpunkt sei das Übergewicht als auslösende Ursache für die gesundheitlichen Beschwerden genannt und eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar erachtet worden. Dass die Situation heute skeptischer bewertet werde, stelle lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar und keine relevante Änderung (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, aufgrund der medizinischen Begutachtung der MEDAS C.\_\_\_\_ sei eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit ausgewiesen, wofür namentlich die von der morbidem Adipositas verursachten gesundheitlichen Folgeschäden verantwortlich seien. Die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass nach erfolgter Gewichtsreduktion von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, lasse sich nicht begründen. Gar der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) schreibe ausdrücklich, dass eine Neuevaluation erst nach erfolgter Gewichtsabnahme zu erfolgen habe und dass die dann allenfalls bestehende Arbeitsfähigkeit heute in Prozenten noch nicht bestimmbar sei, da sie verlaufsabhängig sei. Dass die Adipositas bereits zu irr

eversiblen Gesundheitsschädigungen geführt habe, zeige sich auch im Umstand, dass eine Evaluation erst nach erfolgter Gewichtsabnahme erfolgen könne ( Urk. 1 S. 8 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob seit der leistungsabweisenden Verfügung vom

24. März 2009 ( Urk. 7/53) bis zum Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2014 ( Urk. 2) eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands (oder der erwerblichen Auswirkungen) eingetreten ist.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre ablehnende Verfügung vom 24. März 2009 ( Urk. 7/53) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ vom 9. September 2008 ( Urk. 7/32/2-26), was das hiesige Gericht mit Ur teil vom 28. Januar 2011 ( Urk. 7/66) schützte. Der Beschwerdeführer war am

21. August 2008 unter Mithilfe einer Dolmetscherin internistisch, psychiatrisch und chirurgisch- traumatologisch / manualmedizinisch untersucht worden. Die Gut achter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 f.): -

Hypertensive Herzkrankheit -

Lumbago durch Bandscheibenverlagerung -

Adipositas mit BMI 42 kg/m 2 -

Diabetes

mellitus

Typ 2 -

arterielle Hypertonie -

Dyslipidämie -

anamnestisch Schlafapnoesyndrom

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, es handle sich um einen stark über gewichtigen Versicherten mit verschiedenen durch das Übergewicht ausge lösten oder zumindest begünstigten Erkrankungen mit unterschiedlicher Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es sei anzunehmen, dass sich durch eine we sentliche Gewichtsreduktion das metabolische Syndrom (Adipositas, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämie ) deutlich verbessern könnte. Inwie weit der Versicherte tatsächlich in der Lage sein werde, sein Gewicht dermassen zu reduzieren, sei ungewiss (S. 21).

Dennoch würden sich auch die Beschwerden am Bewegungs- und Haltesystem durch eine wesentliche Gewichtsreduktion positiv beeinflussen lassen. Insbe sondere wären die muskulären Dysbalancen besser angebar , die Dekonditio nierung könnte leichter überwunden werden und die mechanische Belastung der Gelenke würde sich verringern. Aktuell seien die Hebelverhältnisse durch die bauchbetonte Adipositas extrem ungünstig und hätten zudem einen negativen Einfluss auf die Beschwerden aufgrund der Progression der Bandscheiben protrusion der Lendenwirbelsäule (LWS), die ihrerseits durch die Adipositas weiter zunehme. Die bislang als thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bezeichneten Beschwerden seien unter d i e Folgen der Bandscheibenprotrusion und der

ungünstigen Statik zu subsumieren, bedingt durch das Übergewicht im Bereich der Wirbelsäule. Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik fänden sich weder klinisch noch anamnestisch. Die erhobenen Befunde am Bewegungs- und Haltesystem seien inkonsistent. So lasse sich die früher beschriebene Periarthro pathia

humeroscapularis nicht nachweisen, was an der mangelnden Kooperation des Versicherten oder daran liegen könnte, dass dieser im Alltag deutlich weniger Beschwerden habe, als er angebe. So müsste beispielsweise an der Schulter eine Inaktivitätsatrophie der Muskulatur eingetreten sein, wenn der Versicherte schmerzbedingt tatsächlich nicht in der Lage wäre, seinen linken Arm für irgendeine Tätigkeit einzusetzen. Die Epicondylitis könne nicht mehr nachgewiesen werden, sie sei unter der entsprechenden Schonung ausgeheilt. Auf psychischer Ebene könne keine krankheitswertige Störung festgestellt werden. Die geklagten Beschwerden und die gedrückte Stimmung seien als Reaktion auf die schwierige soziale Lage (Auslaufen der Taggelderleistungen sowie fehlende Perspektive des Versicherten, in seinem Alter und mit seinen Beschwerden wieder als Ernährer der Familie zu fungieren, wie das für Männer mit seinem kulturellen Hintergrund üblich sei) zu sehen (S. 22).

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Wirt sei nicht mehr zumutbar, da es sich um eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit handle, die gehäuftes Heben (auch über Kopf) und Tragen erfordere (S. 22 unten). Leichte Tätigkeiten, in denen keine Zwangshaltungen eingenommen werden müssten und die Möglichkeiten zum Positionswechsel bieten würden, seien weiterhin zumutbar. Regelmässiges Heben und Tragen über fünf bis zehn kg sollte nicht nötig sein. Arbeiten sollten unter Kopfhöhe durchgeführt werden können, um einerseits eine starke Beanspruchung der LWS durch vermehrte Lordose zu verhindern und andererseits die linke Schulter nicht vermehrt zu belasten. Extremtemperaturen und rasche Temperaturwechsel würden die Gefahr einer Beschwerdeexazerbation bergen. Eine solche angepasste Tätigkeit sei mit vollem Pensum ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 24).

#### **E. 4**

Im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens gingen im Wesentlichen folgende ärztlichen Einschätzungen ein:

##### **E. 4.1**

Dr. D.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie an der E.\_\_\_\_, wo bei der Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur ( Supraspinatus

transmural, Subscapularis partiell Oberrand), eine r

Bizepstendinopathie sowie einer AC-Gelenksarthrose links am 16. September 2010 eine Schulterarthroskopie, eine Bizepstenotomie, eine Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion ( Oberrand

Subscapularis 1 x Twin fix, Supraspinatus 1 x Twinfix), eine subacromiale

Bursektomie, eine Acromioplastik sowie eine AC-Gelenksresektion links durchgeführt worden waren ( Urk. 7/93/11-12), diagnostizierte mit Bericht vom 23. Januar 2012 ( Urk. 7/98) eine Frozen

Shoulder links bei Status nach erwähnter Operation sowie eine AC- Gelenksarthropathie links; ferner erwähnten sie die Adipositas per magna sowie den Diabetes mellitus. Sie verwiesen auf die Hospitalisation vom 15. bis

19. September 2010 und schilderten folgenden, anlässlich der Konsultation vom 16. März 2011 erhobenen Befund: „Schulter links: Integument intakt mit reizlosen Narben. Leichte Druckdolenz über AC-Gelenk und subacromial. Flexion 120°, glenohumerale Abduktion 90°, globale Abduktion 100°. Aussenrotation 50° mit schmerzhaftem Anschlag, Bewegungsumfang gleich zur Gegenseite. Innenrotation bis Glutealmuskulatur möglich (schmerzbedingt eingeschränkt). Jobe Test und Belly -press Test schmerzhaft überlagert. Lift-off Test nicht möglich.“. Sie attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 15. September bis 3. November 2010.

#### **E. 4.2**

Dr. A. \_\_\_ verwies in seine Bericht vom 7. Dezember 2012 ( Urk. 7/126) auf seine seit Mai 1999 dauernde Behandlung, erwähnte die verminderte Belastbarkeit der Brustwirbelsäule (BWS), LWS, linken Schulter und Kniegelenke sowie eine psychische Beeinträchtigung und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als Wirt seit 13. November 2006 bis auf weiteres. Er schilderte Dauerschmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter, belastungsabhängige thorakale und lumbale Schmerzen, Knie- sowie Ellbogenschmerzen beidseits, eine deprimierte Grundstimmung, Tagesmüdigkeit und eine eingeschränkte Rückenbeweglichkeit.

#### **E. 4.3**

Das Gutachten der MEDAS C. \_\_\_ vom 30. Juli 2013 ( Urk. 7/134 / 1-37) wurde von Dr. med. F. \_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. G. \_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. H. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie

Dr. med. I. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH, erstellt (S. 2). Daneben wurde das Teilgutachten von Dr. med. J. \_\_\_ , Chefarzt Kardiologie, K. \_\_\_ , vom 22. März 2013 ( Urk. 7/134/41-42) beigezogen.

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 19): -

Körperliche Folgebeschwerden bei Adipositas per magna, BMI 44.2 auf orthopädisch und internistischem Fachgebiet -

Chronisches rezidivierendes Zervikal- und Lumbalsyndrom ohne zervikoradiikuläre oder lumboradikuläre Wurzelreiz- oder Defizitsymptomatik -

Verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparates bei morbidem Adipositas bei einem Übergewicht von mehr als 70 kg -

Verminderte Belastbarkeit der linken oberen Extremität bei Status nach OP 09/2010 , bei degenerativen Veränderungen, auch mit Rissbildung der Rotatorenmanschette , radiologisch bestätigte sich ein knöchernes Impingement -

Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Schmerzen lumbal bei radiologisch nachgewiesenen, moderaten degenerativen Veränderungen; kein sicheres nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit; beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur mit Dehnungsschmerzen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie neben einem Schlafapnoe-Syndrom (effektiv behandelt mit CPAP-Therapie) ein metabolisches Syndrom mit Adipositas per magna (BMI 44.2), mässiger Ruhe- und Belastungshypertonie

, Diabetes mellitus Typ II sowie Dyslipidämie (S. 20).

Die Gutachter berichteten (S. 18 f.) über geklagte Schmerzen im Rücken und linksbetont im Schultergürtelbereich, eine erhöhte Ermüdbarkeit bei körperlicher Belastung sowie Nervosität und raschere Reizbarkeit. Sie verwiesen als Hauptproblematik auf das langjährige Übergewicht von etwa 70 kg (BMI 44) und führten aus, unter der Last des Körpergewichts komme es zu erheblichen Beschwerden am Bewegungsapparat, vornehmlich lumbal. Radiologisch zeigten sich zwar moderate, eher altersentsprechende Befunde, die nebenbefundliche

Aortensklerose wie auch die Verknocherungen der ligamentären Strukturen ergäben zusätzliche Hinweise auf Stoffwechselbelastungen. Die Therapie der oberen Extremitäten sei erschwert, da auch die Stärkung des Schultergürtels die gleichzeitige Stärkung der Rumpfmuskulatur beinhalte. Bei dem vorhandenen Übergewicht sei eine ausreichende Stärkung der Rumpfmuskulatur nicht möglich. Bereits kurze Zeit des Stehens verursache dem Beschwerdeführer erhebliche Probleme lumbal und die orthopädische Untersuchung (20-30 Minuten aktive Mitarbeit) sei von Erschöpfung begleitet gewesen. Auch wenn der Beschwerdeführer Rechtshänder sei und die grossen /kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten seitengleich altersentsprechende Befunde zeigten (bis auf die Einschränkungen der linken Schulter), so ergebe sich für die Dauer des bestehenden Übergewichts keine Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (als Restaurantbetreiber) wie auch für Verweistätigkeiten. Erst nach einer Gewichtsabnahme von etwa 30 kg sei die Aufnahme von körperlich leichten Tätigkeiten, die bevorzugt im Sitzen verrichtet werden könnten, denkbar. Nach erfolgter Gewichtsabnahme werde eine Nachuntersuchung empfohlen.

Aus neurologischer Sicht seien zusätzliche, über diese orthopädische Bewertung hinausgehende Diagnosen respektive Funktionseinschränkungen nicht zu konstatieren. Zwar ergäben sich gewisse Hinweise auf ein Verdeutlichungsverhalten, jedoch zeigten sich auch in der neurologischen Untersuchung entsprechende Beeinträchtigungen. Das aktenkundige Schlafapnoesyndrom sei effektiv behandelt. Hinweise für eine Polyneuropathie bei bekanntem Diabetes mellitus lägen nicht vor.

Aus internistischer Sicht bestehe ein metabolisches Syndrom mit Adipositas per magna (BMI 44.2), eine mässige Ruhe- und Belastungshypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II sowie eine Dyslipidämie. Aufgrund der Auswirkungen der Adipositas auf die körperliche Leistungsfähigkeit werde eine Leistungsminderung, zwar medizinisch-theoretisch korrigierbar, von etwa 20 % geschätzt. Eine Gewichtsreduktion, insbesondere auch mit Ernährungsberatung und/oder einer Rehabilitationsmassnahme in einer auf Gewichtsreduktion spezialisierten Klinik werde empfohlen. Zu erwägen wäre auch eine eventuelle bariatrische Operation.

Aus kardiologischer Sicht seien keine Hinweise auf eine Rechts- oder Links herzinsuffizienz sowie eine unauffällige Herzauskultation erhoben worden. Der EKG-Befund sei normal. In den Echokardiographien bestünden eine normale linksventrikuläre systolische Funktion und eine normale Auswurffraktion mit 65 % ; nachweisbar sei lediglich eine mässige diastolische Dysfunktion mit leicht erweitertem linken Vorhof, ansonsten ein unauffälliges Ventrikel im rechten Vorhof. Im Belastungs-EKG werde bei Belastung mit 50, 100 und 150 Watt (Sollwert 213 Watt) unter Belastung eine leichte Belastungs-Hypertonie mit maximalem Blutdruckanstieg auf 195/90

mmHg , ausgehend von 150/90 mmHg in Ruhe gemessen bei regelrechtem Herzfrequenzverhalten. Subjektiv bleibe der Beschwerdeführer bis auf eine ausgeprägte Ermüdung der Beine und eine mässige Dyspnoe beschwerdefrei. Die Belastung müsse wegen der Ermüdung der Beine abgebrochen werden und nicht wegen kardialen Beschwerden ,

insbesondere nicht wegen Dyspnoe oder Angina pectoris . Im EKG seien keine pathologischen Veränderungen aufgetreten. In der Beurteilung wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer lägen neben einer mässigen Ruhe- und Belastungs-Hypertonie und einem normalen kardialen Befund keine Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung oder eine andere Kardiopathie vor.

In psychiatrischer Hinsicht wurde keine Diagnose gestellt.

In ihrer interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung der Funktionen und Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, in der Zusammenschau aller Befunde unter Bewertung zeigten sich die körperlichen Auswirkungen der Adipositas per magna mit derzeit BMI 44.2 doch so erheblich, dass eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sicher nicht zumutbar sei. Gegenwärtig sei aber auch für eine Verweistätigkeit aus orthopädischer Sicht realistisch keine hinreichende Belastbarkeit gegeben. Erst nach einer Gewichtsabnahme von etwa 30 kg sei die Aufnahme von körperlich leichten Tätigkeiten, die bevorzugt im Sitzen verrichtet werden könnten, denkbar. Nach erfolgter Gewichtsabnahme werde eine Nachuntersuchung empfohlen (S. 19).

#### **E. 4.4**

RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, erachtete am 21. August 2013 ( Urk. 7/139 S. 4 f.) das Gutachten der MEDAS- C.\_\_\_\_ als beweiskräftig und fasste zusammen, dass weder für die bisherige Tätigkeit als Gastwirt noch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit seit 2008 bestehe. Er hielt fest, eine Gewichtsreduktion um mindestens

30 kg sei zwingend erforderlich und diese werde zu einer Arbeitsfähigkeit führen (in Prozenten nicht anzugeben, da verlaufsabhängig). Eine medizinische Neubeurteilung sollte erst nach erfolgter Gewichtsreduktion stattfinden.

#### **E. 5.1.1**

Ein Vergleich der geschilderten Klagen und Diagnosen bei Erlass der ursprünglichen leistungsablehnenden Verfügung vom 24. März 2009 ( Urk. 7/53) und den aktuellen zeigt ein im Wesentlichen identisches Bild. Im Vordergrund stehen die Adipositas und die dadurch hervorgerufenen Beschwerden (vgl. E. 3 und E. 4.3).

#### **E. 5.1.2**

So schilderte der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2008 Schmerzen am Bewegungs- und Haltesystem, Atemprobleme, psychische Probleme (wegen der sozialen Lage), schmerzbedingte Einschränkung des Hebens des linken Armes (möglichst nicht mal bis zur Horizontalen), Schmerzen auch beim Tragen von Gewichten am hängenden Arm, Anschwellen der Hand bei Physiotherapie, Sensibilitätsstörungen im rechten Bein, Rückenschmerzen beim Heben leichter Gewichte sowie bei langsamem Gehen (nach ein bis zwei Kilometern) sowie beim Sitzen (nach wenigen Minuten) und im Stehen (sofort), ferner Atemnot ( Urk. 7/32/11).

Aktuell klagte er insbesondere über Schmerzen im Rücken und im Schultergürtel bereich linksbetont, im linken Ellenbogen, eine erhöhte Ermüdbarkeit bei körperlicher Belastung, Nervosität und Reizbarkeit ( Urk. 7/134/18 und 7/134/33).

Damit klagte der Beschwerdeführer über die praktisch identischen Beschwerden mit im Vordergrund stehenden Rückenschmerzen.

### **E. 5.1.3**

Auch die gestellten Diagnosen entsprechen sich im Wesentlichen: Im Vordergrund steht die Adipositas, welche sich von BMI 42.7 auf 44.2 erhöht hat und die damit einhergehende verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparates. Die Erhöhung des BMI ist indes bloss eine scheinbare, wog doch der Beschwerdeführer bislang 139 kg und neu 140 kg. Die Erhöhung des BMI fusst vielmehr auf einer abweichenden Grössenmessung (neu 178 cm statt bisher 180.5 cm, vgl. Urk. 7/32/15 und Urk. 7/134/23) und ist demnach lediglich Folge einer Messungenauigkeit, finden sich doch keine Anhaltspunkte für ein Schrumpfen des Beschwerdeführers, beispielsweise durch eine Wirbelpathologie. Damit ist diesbezüglich von einer gleich gebliebenen Situation auszugehen.

Unverändert besteht eine Lumbago (neu noch HWS-Symptomatik), wobei indes auch aktuell keine radikuläre Wurzelreiz- oder Defizitsymptomatik erhoben wurde. Während ursprünglich eine Bandscheibenverlagerung diagnostiziert wurde, beschrieben die Ärzte neu moderate degenerative Veränderungen. Auch die hypertensive Herzkrankheit zeigt sich im Wesentlichen unverändert, wurde indes neu unter Hinweis auf eine gute Herzfunktion gar nicht mehr als Diagnose erwähnt. Beschrieben wurde eine mässige diastolische Dysfunktion mit leicht erweitertem linken Vorhof sowie die verminderte Belastbarkeit und erhöhte Ermüdung; pathologische Veränderungen wurden explizit verneint. Ebenfalls identisch zeigen sich die Hinweise der Ärzte auf einen Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie sowie eine Dyslipidämie und ein Schlafapnoe syndrom , welches ursprünglich nur anamnestisch erwähnt worden war und neu als effektiv behandelt beschrieben wurde. Auch in psychiatrischer Hinsicht findet sich keine Verschlechterung vor, verneinten doch die Ärzte eine entsprechende Pathologie.

Die Schulterproblematik, welche bereits anlässlich der ersten Begutachtung in der MEDAS C.\_\_\_\_ beschrieben worden war (erhebliche Mobilitätseinschränkung des linken Schultergelenkes mit Schmerzangabe ,

Urk. 7/32/17) wurde am

16. September 2010 operativ angegangen, wobei auch aktuell eine verminderte Belastbarkeit festgestellt wurde, dies bei degenerativen Veränderungen, auch mit Rissbildung der Rotatorenmanschette , und radiologisch bestätigtem knöchernem Impingement . Dies schränkt die Arbeitsfähigkeit indes nicht weiter ein, bestand doch bereits bisher ein Stellenprofil ohne regelmässiges Heben und Tragen über fünf bis zehn kg sowie Arbeiten lediglich unter Kopfhöhe. Seitens der Ärzte der E.\_\_\_\_ wurde denn nach der Operation eine Arbeitsunfähigkeit lediglich bis 3. November 2010 attestiert (E. 4.1).

### **E. 5.2.1**

Damit ist eine ins Gewicht fallende Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleichszeitraum nicht ersichtlich. Nach wie vor bereiten die Beschwerden im Rahmen des Übergewichts Probleme. Eine massgebende , seit der letzten Begutachtung neu hinzugetretene Pathologie besteht indes nicht.

### **E. 5.2.2**

Dies bestätigten denn auch die aktuell begutachtenden Experten, welche – nach neuen oder „verschlechterten“ Diagnosen befragt – lediglich und zu Unrecht den leicht erhöhten BMI erwähnten und vielmehr ihre abweichende Meinung zur ehemaligen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit äusserten : Sie sahen realistischerweise derzeit keine hinreichende Belastbarkeit des muskulo-skelettalen Systems, solange der Beschwerdeführer nicht zumin dest 30 kg Gewicht reduziert habe. Dies impliziert, dass sie auch rückblickend auf den Zeitpunkt der erstmaligen Begutachtung und dem damaligen praktisch identischen Gewicht keine Arbeitsfähigkeit sahen. Dass sie nach erfolgter Gewichtsreduktion eine Neuevaluation als sinnvoll erachteten, ändert hieran nichts. Sodann verwiesen sie auf das Ergebnis der Arbeitserprobung Mai bis Juli 2011 und teilten die pessimistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Abklärungsstelle. Sie folgerten, dass eine deutlich skeptischere Bewertung der Arbeitsfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit im Gegensatz zur Einschätzung 2008 begründet sei. Bei im Wesentlichen gleicher medizinischer Situation sei letztlich auch retrospektiv diese Andersbewertung vorzunehmen ( Urk. 7/134/20-21).

### **E. 5.2.3**

RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ konnte in seiner Einschätzung (E. 4.4) auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausmachen und gab lediglich die absolute neue Einschätzung der MEDAS-Gutachter wieder. Schliesslich ergeben auch die Berichte des Dr. A.\_\_\_\_ (zuletzt Ende 2012, Urk. 4.2) nichts Abweichendes, beschrieb er ebenfalls keine Verschlechterung und ging er – wie im Übrigen sämtliche Ärzte – von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Wirt aus und nahm er zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht Stellung.

### **E. 5.2.4**

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass eine gesundheitliche Verschlechterung nicht ausgewiesen ist und die neu pessimistischere Bewertung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts entspricht. Dies ist revisionsrechtlich unbeachtlich.

### **E. 5.3**

Hieran ändern auch die Ergebnisse des vom 2. Mai bis 25. Juli 2011 dauernden Arbeitstrainings nichts. Die Verantwortlichen beschrieben einen einsatzbereiten Beschwerdeführer, welcher im Bereich „Besteckabpackung“ für Fluggesellschaften nach produktivem Beginn (50 % eines durchschnittlichen Wertes) zusehends aufgebaut und Schmerzreaktionen gezeigt habe. Als Einschränkungen schilderten sie jede Art von Gewicht heben (ab 2 kg), Benutzen der linken Hand/des linken Armes, Motorik der linken Hand, ständiges Schonen aus Schmerzgründen, Einschränkung durch Übergewicht. Als mögliche Arbeit beschrieben sie eine sitzende Tätigkeit ohne Gewicht heben mit Gebrauch nur der rechten Hand, linker Arm aufgesetzt mit Gebrauch nur des Handgelenks; dies im Umfang von 50 % . Eine Festanstellung im 1. Arbeitsmarkt erachteten sie als nur sehr bedingt möglich ( Urk. 7/88/1-2).

Hierzu ist festzuhalten, dass es sich bei den Berichterstattenden nicht um Ärzte handelt und dass auch ihren Angaben nicht zu entnehmen ist, inwieweit eine – in gesundheitlicher Hinsicht – erfolgte Verschlechterung vorliegen sollte.

#### **E. 5.4.1**

Schliesslich bleibt anzumerken, dass – ungeachtet der gezeigten Arbeitsleistung - die Arbeitsfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ist (Art. 6 ATSG; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1) und beim Invaliditätsbegriff nur Einschränkungen in der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit eine Rolle spielen, die voraussichtlich bestehen bleiben oder längere Zeit dauern (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Rechtsanwender überprüfen die Angaben der Arztpersonen zur Arbeitsunfähigkeit frei, und zwar insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, namentlich, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ( BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

Zudem ist zu beachten, dass Fettleibigkeit nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität begründet, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3).

#### **E. 5.4.2**

Den medizinischen Akten sind keine Hinweise auf eine primäre Ursache der Adipositas zu entnehmen. Das heisst, die Adipositas ist nicht Folge einer pathologischen Entwicklung. Sodann sind die gestellten weitergehenden Diagnosen eher diskret und vermögen eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit nicht zu begründen, was die Ärzte denn auch gar nicht vorbrachten, sondern vielmehr wiederholt auf die Gesamtsituation sowie die Einschränkungen durch das Übergewicht verwiesen und eine Arbeitsfähigkeit nach Gewichtsverlust in Aussicht stellten. Damit aber besteht vorliegend genau die von der Rechtsprechung definierte Konstellation, weshalb kein Ausnahmefall und damit auch keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Beschwerden gegeben ist. Dass eine Gewichtsreduktion nicht möglich sein sollte, ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen, wiesen doch sämtliche begutachtenden Ärzte auf die Wichtigkeit einer solchen hin, ohne irgendwelche Einschränkungen zu nennen.

#### **E. 5.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Abweisung des Leistungsbegehrens nicht verschlechtert hat, weshalb die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nicht gegeben sind. Da auch keine erwerblichen Veränderungen geltend gemacht wurden oder ersichtlich sind, hat es mit der Feststellung seines Befindens, dass dem Beschwerdeführer weiterhin keine Rente der Invalidenversicherung zusteht. Im Übrigen liegt auch keine Ausnahmekonstellation im Sinne der Rechtsprechung vor, wonach Fettleibigkeit bei

besonderen Gegebenheiten als invalidisierend behandelt werden kann. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 6**

Nicht Gegenstand dieses Verfahrens ist die mit Schreiben vom 5. Juni 2014 (Urk. 2/2) von der Beschwerdegegnerin auferlegte Mitwirkungspflicht im Sinne einer Gewichtsreduktion. Die Rechtmässigkeit einer solchen wäre erst bei Überprüfung eines darauf Bezugnehmenden Leistungsentscheides zu prüfen. Anzumerken ist jedoch, dass es sich bei der Vorgabe, 0.05 kg pro Woche abzunehmen offensichtlich um einen Verschreib handelt, entspricht dies doch nur 50 g und damit 200 g pro Monat, was bei den vorliegenden Umständen – wie der Beschwerdeführer richtig bemerkt (Urk. 1 S. 9 Ziff. 3) - nutzlos wäre. Ob die Beschwerdegegnerin allenfalls 0.5 kg pro Woche und damit 2 kg pro Monat gemeint hat, ist den Akten nicht zu entnehmen, findet sich doch nirgends eine entsprechende Festlegung eines Arztes.

#### **E. 7**

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub  
Sonderegger

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