

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00474 vom 27. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00474](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00474)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00474 du 27 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00474 del 27 agosto 2018

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war seit 1. September 2002 als Geschäftsführer bei der Y.\_\_\_\_ AG in einem 100%-Pensum angestellt ( Urk. 6/41 ). Am 24. Januar 2012 knickte der Versicherte beim Treppensteigen um und zog sich dabei einen Bruch des linken Sprunggelenks zu, welche s am 30. Januar 2012 sowie am 20. Februar 2013 ( Osteosynthesematerialentfernung ) operativ versorgt wurde ( Urk. 6/7/ 33, Urk. 6/7/71 und Urk. 6/7/99 ).

Seit April 2014 ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Wirt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 6/ 41 und Urk. 6/64/27 ).

Am 17. März 2014 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf den durch den Unfall vom 24. Januar 2012 beigezogenen Bruch des linken Fusses bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an ( Urk. 6/4 ). Mittels neu ausgefülltem Anmeldeformular vom 20. August 2014 (Eingangsdatum) ergänzte er seine Anmeldung dahingehend, dass er neu auch an einer Diskushernie

leide ( Urk. 6/22). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und zog wiederholt die Akten der Unfallversicherung, ( Urk. 6/7, Urk. 6/26, Urk. 6/31, Urk. 6/34, Urk. 6/45-46 und Urk. 6/50) bei, holte Berichte der behandelnden Ärzte ( Urk. 6/19, Urk. 6/33, Urk. 6/36 und Urk. 6/40 ) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten (IK Auszug, Urk. 6/11 und Urk. 6/ 58) ein und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (Arbeitgeberbericht vom 21. September 2015, Urk. 6/41). Die IV Stelle veranlasste in der Folge eine aktenbasierte Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, nahm am 31. Januar 2015, am 13. November 2015 sowie am 24. Februar 2016 Stellung ( Urk. 6/59). Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2016 stellte die IV-Stelle eine Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 6/60). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 10. November 2016 ( Urk. 6/61) sowie ergänzend am 4. Januar 2017 ( Urk. 6/65) Einwand, wobei er ein Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2017 ins Recht legte ( Urk. 6/64). Mit Verfügung vom 14. März 2017 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ( Urk. 2).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts (ATSG) ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) ). Erwerbs unfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglich keiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit 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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenen falls 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 arbeits unfähig 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). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 2. Mai 2017 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 14. März 2017 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren beruflichen, eventualiter medizinischen Abklärung en zurückzuweisen, damit diese hernach nochmals über die Ansprüche des Versicherten entscheide.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2017 ( Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 7. Juni 2017 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt ( Urk. 7), worauf der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 8. September 2017 eine Replik einreichte ( Urk. 8), die der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis zugestellt wurde ( Urk. 10).

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) vom 14. März 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerde führer aus versicherungsmedizinischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt werden könne. Das im Rahmen des Einwand verfahrens eingereichte Gutachten enthalte keine neuen oder bislang unbekannt en medizinischen Befunde und Diagnosen. Es würde lediglich die Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt werden. Es sei

davon auszu gehen, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar sei. Folglich bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Was die Stellensuche betreffe, sei der Beschwerdeführer in der Stellenvermittlung nicht eingeschränkt, weshalb das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) dafür zuständig sei. Es seien keine weiteren beruflichen Massnahmen seitens der IV-Stelle notwendig.

## **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 2. Mai 2017 ( Urk. 1) zusammengefasst geltend, dass durch die Krankentaggeldversicherung zwei eingeholte interdisziplinäre Gutachten stelle eine unzulässige Einholung einer Second Opinion dar. Überdies

würden sowohl die durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstellte n Gutachten vom 15. April 2014 sowie vom 7. Dezember 2015 als auch die durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, durchgeführte Begutachtung vom 7. Dezember 2015 erhebliche medizinische Mängel aufweisen. Die Explorationen seien unzulässige Tendenzgutachten zugunsten der involvierten Krankentaggeldversicherung dar. Das Parteigutachten von Dr. A.\_\_\_\_ sei hingegen versicherungsmedizinisch fundiert und plausibel, weshalb darauf abzustellen sei. Demnach sei eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einem 2/3-Pensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar, wobei diese Einschätzung nur für einen Behinderten arbeitsplatz gelte. 3.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

5

#### **3.15.1**

Der Beschwerdeführer reichte im Rahmen des Einwandverfahrens den gutachterlichen Bericht des Neurochirurgen Dr. A.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2016 und 6. Januar 2017 ein (Urk. 6/64). Dieser hielt fest, alle behandlungsmedizinischen Stellungnahmen inklusive der Nachsorge Untersuchungen durch Dr. G.\_\_\_\_ würden eine persistierende zervikale Myelopathie mit einer rechts betonten und links betonten Tetraspastik, einer Feinmotorikstörung der rechten Hand, Sensibilitätsstörungen betont an der rechten Hand, Kribbelparästhesien und Missempfindungen beschreiben. Ausserdem würden Schmerzen im Nackenbereich und an der rechten oberen Extremität beschrieben werden, wobei dies bezüglich unklar bleibe, inwieweit die Ursache medullär, radikulär oder pseudo radikulär zu suchen sei. Dr. A.\_\_\_\_ gab an, die Beweglichkeit der HWS sei deutlich eingeschränkt, würde jedoch in dem Rahmen liegen, der nach einer wirbelsäulenchirurgischen Instrumentierung C5 auf C7 auch zu erwarten sei. Weiter bestehe eine bekannte Prostata Problematik mit allerdings kompensierten Symptomen. Mit einer Verbesserung der Symptome sei nicht zu rechnen (Urk. 6/64/32).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte Dr. A.\_\_\_\_, aus Sicht der Behandlungsmedizin sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit aufgrund der Gangstörung und der Feinmotorikstörung, welche bildgebend durch die Atrophie des Rückenmarks und die elektrophysiologischen Untersuchungen apparativ bestätigt seien, nicht mehr im gewohnten Umfang einsetzbar. Inwieweit eine leidensangepasste Tätigkeit möglich sei, sei schwierig einzuschätzen. Eine Bürotätigkeit am Computer komme bei der Feinmotorikstörung nicht in Betracht. Eine reine Aufsichtstätigkeit sei hingegen sicherlich möglich (Urk. 6/64/32). Aus gutachterlicher Sicht könne von einer Restarbeitsfähigkeit im Rahmen der angestammten Tätigkeit ausgegangen werden, so könne der Beschwerdeführer beispielsweise die Position des Personalchefs einnehmen. Vom Umfang her schätze er die genannte administrative Restarbeitsfähigkeit im angestammten Bereich (Familienunternehmen) auf etwa 25 % des ursprünglichen Pensums ein (Urk. 6/64/41). Die Anpassung an das Leiden bedinge in jedem Fall eine medizinisch - theoretische Konstruktion mit vielen Vergünstigungen und Pausen (Urk. 6/64/32). Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien, um einen Behindertenparkplatz zu benützen. Eine medizinisch-theoretische leidensangepasste Tätigkeit könne im Prinzip nichts Anderes sein, als ein Behindertenarbeitsplatz, wobei hinsichtlich der gesundheitsbedingten Einschränkungen auf die Ausführungen von Dr. M.\_\_\_\_ verwiesen werden könne (vgl. E. 3.7). Zusätzlich sei aber auch eine körperliche Erschöpfung im Rahmen der Tetraspastik zu berücksichtigen. Eine 100%ige Präsenz an einem Behindertenarbeitsplatz sei sicherlich zumutbar. Aufgrund des neurologischen Störungsbildes könne jedoch kein 100%-Pensum erwartet werden. Realistisch sei ein 2/3-Pensum bei voller Präsenz (Urk. 6/64/41).

### **E. 3.2**

Aufgrund persistierender Beschwerden wurde der Beschwerdeführer am 7. Januar 2014 in der F.\_\_\_\_ Klinik vorstellig (Urk. 6/7/48f.). Die MRI-Untersuchung des OSG links, welche am 12. Februar 2014 durchgeführt wurde, ergab keinen Nachweis einer osteochondralen Läsion im reizlosen OSG oder einer frischen Bandverletzung. Es zeige sich eine alte posttraumatische Verdickung und Vernarbung der vorderen Syndesmose und des Ligamentum talofibulare

anterius (Urk. 6/7/41). Die behandelnden Ärzte der F.\_\_\_\_ Klinik kamen zum Schluss, die belastungsbetonten Fusschmerzen links seien phänomenologisch primär muskuloskelettaler Genese. Dafür spreche, dass die Schmerzen vorübergehend gut mit Dafalgan gelindert werden könnten. Anamnestisch und im Untersuchungsbefund fänden sich zwar Hinweise für eine leichte Neuropathie des distalen sensiblen Nervus

peroneus

superficialis und Nervus

suralis, typische neuropathische Schmerzen würden jedoch nicht vorliegen (Urk. 6/7/32) und seien auch elektrophysiologisch nicht objektivierbar (Urk. 6/19/14). Zufällig wurde eine leichte Paraspastik mit gesteigerten Muskeleigenreflexen und fraglich positivem Babinskizeichen links sowie pathologischen motorisch evozierten Potentialen zum Motoneuronen-Pool L4/5 entdeckt. Aufgrund der

vom Beschwerdeführer angegebenen Nackenschmerzen und

des zervikoradikulären Syndroms rechts werde eine zervikale Myelopathie vermutet (Urk. 6/7/32), was schliesslich durch eine am 13. März 2014 durchgeführte MRI-Untersuchung

der Hals- und Brustwirbelsäule (HWS und BWS; Urk. 6/7/12ff.) bestätigt wurde. Die radiologischen Befunde würden die Kompression des Myelons mit erheblicher T2 hyperintenser Signalstörung im Segment C5/6 aufgrund einer breitbasigen Diskushernie zeigen. Ferner zeige sich neben der Paraspastik zusätzlich eine leichte Parese für die Armextension links und leichte Hypästhesien der Hände ulnarbetont. Aus therapeutischer Sicht sei die chirurgische Dekompression indiziert.

Im Rahmen der Besprechung der wirbelsäulenchirurgischen Möglichkeiten am 20. März 2014 (Urk. 6/10) in der F.\_\_\_\_ Klinik empfahlen die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer eine ventrale Diskektomie, Spondylodese mittels Cage, Schrauben und Platte Implantation, wobei einer weiteren Verschlechterung entgegengewirkt werden sollte.

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_ führte im Auftrag der Unfallversicherung (Urk. 6/7/25) eine spezialärztliche Untersuchung durch, über welche sie am 15. April 2014 berichtete (Urk. 6/31/9-22). Sie hielt folgende Diagnosen fest (Urk. 6/31/18): - Status nach Weber-B-Fraktur linkes OSG am 24. Januar 2012 mit operativer Versorgung und Status nach Metallentfernung - Endphasige Einschränkungen der Funktionen im oberen/unteren Sprunggelenk bei kernspintomographischem Ausschluss degenerativer Veränderungen - Hyposensibilität am lateralen Fussrand (narbenbedingt) - Druckschmerzen im lateralen Malleolus und Wetterfühligkeit

Ausserdem diagnostizierte sie eine ausgeprägte Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz bei muskulärem Hartspann und nur mässig gut trainierter Rumpfmuskulatur, wobei auf die Fehlstatik und die Haltungsinsuffizienz ein Übergewicht von etwa 20 kg negativen Einfluss nehme. Ferner stellte sie erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen fest. Überdies kein sicheres nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit bei klinischem Anhalt auf verstärkte Patellarsehnenreflexe (PSR) beidseits (Urk. 6/31/18).

Dr. B.\_\_\_\_ gab an, die Restbeschwerden nach Sprunggelenksfraktur links am 24. Januar 2012 würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen, auch nicht retrospektiv ab dem 13. Oktober 2013. Im Zusammenhang mit der momentan bestehenden Arbeitsunfähigkeit hätten Abklärungen ergeben, dass eine Enge der unteren HWS für die Beschwerden ursächlich sei. Entsprechend empfehle man eine Operation (vgl. vorstehend E. 3.2). Diesbezüglich äusserte Dr. B.\_\_\_\_, anhand der erhobenen Untersuchungsbefunde sollte zunächst eine Ernährungsberatung in die Wege geleitet werden sowie eine erneute Verordnung von aktiver Physiotherapie mit medizinischer Trainingstherapie. Dringend notwendig sei eine deutliche Gewichtsreduktion, vornehmlich der stammbetonten Adipositas mit funktionell ungünstigen Auswirkungen auf die Wirbelsäule. Erst bei Restbeschwerden sollte eine Operation an der HWS erfolgen (Urk. 6/31/19).

### **E. 3.4**

Seit Dezember 2004 ist der Beschwerdeführer bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, in hausärztlicher Behandlung. Dieser stellte in seinem Arztbericht vom 2. August 2014 (Urk. 6/19) zu Händen der IV-Stelle fest, wegen Restbeschwerden bei Status nach Malleolarfraktur links sei der Beschwerdeführer in der F.\_\_\_\_ Klinik weiter abgeklärt worden, wobei man eine zervikale Myelopathie C4-C5 diagnostiziert habe (vgl. vorstehend E. 3.2). Diese habe der Beschwerdeführer in der Türkei im April 2014 notfallmässig operieren müssen. Die Belastbarkeit des Achsenskeletts sei nach wie vor massiv einge

schränkt. Dr. E.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in seiner zuletzt aus geübten Tätigkeit als Kellner eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Oktober 2013. Die Prognose sei ungünstig. Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit (beispielsweise Organisation- oder Kontrollarbeiten) zu maximal 30 % arbeitsfähig, wobei er aktuell in einem 20%-Pensum arbeite.

### **E. 3.5**

Im Verlaufsbericht vom 10. Januar 2015 (Urk. 6/33) zu Händen der IV-Stelle verwies Dr. E.\_\_\_\_ hauptsächlich auf die beigelegten Arztberichte von Prof.

Dr. med. Dr. phil. PD G.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie im H.\_\_\_\_, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie in der J.\_\_\_\_ Klinik K.\_\_\_\_, bei welchen sich der Beschwerdeführer im Rahmen einer erneuten Beurteilung seines Gesundheitszustandes vorstellte.

Dr. G.\_\_\_\_

äußerte in seinem Arztbericht vom 20. September 2014 (Urk. 6/33/5f.), der Beschwerdeführer sei beim Gehen spastisch und habe Krämpfe in den Beinen sowie auch Probleme beim Wasserlösen. Daran habe auch eine in der Türkei durchgeführte Operation (Dekompression des Spinalkanals C6 und C7) im April 2014 nichts geändert. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe die Bein-symptomatik sogar zugenommen.

Eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. med. I.\_\_\_\_ offenbarte eindeutige Zeichen einer rechtsbetonten zervikalen Myelopathie. Eine baldige Dekompression sei aufgrund der schnellen Progredienz der Symptome zu empfehlen (Urk. 6/33/9f.).

Der Beschwerdeführer wurde daraufhin am 20. Oktober 2014 operiert (Stabilisation C5 bis C7 mit Fazettenschrauben und Stäben, Laminektomie von C4 bis C7, Teil-Laminektomie C4 bis C7, C5 bis C7 Spondylodese, Anfrischen des Knochenbettes) und berichtete im Zuge einer postoperativen Verlaufskontrolle am 2. Dezember 2014 (Urk. 6/33/7f.), er habe nach wie vor Beschwerden, zum Teil brennende Schmerzen in den Beinen und keine Kraft. Dr. G.\_\_\_\_

hielt in seinem Arztbericht fest, es zeige sich eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit entlang dem Dermatome C6 rechts. Das Reflexbild habe sich zwischenzeitlich nicht verändert, insbesondere die Sensibilität und die Kraft in den Armen nicht. Auch die radiologischen Aufnahmen zeigten keine Veränderung gegenüber den Vor-aufnahmen, insbesondere keine Lockerung der Implantate.

Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Nervenwurzelreizsymptomatik C6 rechts

leide. Die Ursache dafür sei eine hochgradige neuroforaminale Enge C5/C6 beidseits. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte ihm weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3.6**

Dr. E.\_\_\_\_ verwies in seinem Verlaufsbericht vom 5. September 2015 (Urk. 6/40) zu Händen der IV-Stelle auf die beigelegten Arztberichte der Ärzte des H.\_\_\_\_.

Der Beschwerdeführer stellte sich drei Monate nach der durchgeführten Operation (vgl. vorstehend E. 3.5) zu einer weiteren Nachkontrolle bei Dr. G.\_\_\_\_ vor. Dieser stellte in

seinem Arztbericht vom 24. Januar 2015 (Urk. 6/40/11f.) fest, der Beschwerdeführer habe deutlich weniger Parästhesien in den Armen und in den Beinen sowie auch weniger Schmerzen. Seine Beine seien aber nach wie vor schwach. Das Hauptproblem sei jedoch die Nacken-, Schulter- und Armschmerzen rechts im Dermatome C6. Dort habe er eine zervikoradikuläre Reizsymptomatik.

Von einer wenig veränderten Situation berichtete Dr. med. L.\_\_\_\_, Ärztin im H.\_\_\_\_, am 18. Februar 2015 (Urk. 6/40/9f.). Die Schmerzsymptomatik im Nacken sowie die Schmerzausstrahlung in die rechte obere Extremität habe sich leicht gebessert, unverändert seien jedoch die Ungeschicklichkeit der Hände sowie die Kraftlosigkeit in den oberen und unteren Extremitäten. Von keinem veränderten Zustand ist in den Arztberichten vom 12. März und 11. Juni 2015 (Urk. 6/40/5-8) zu lesen. Der Beschwerdeführer leide an einer schweren chronischen Myelopathie mit Schmerzen insbesondere im Nacken- und Schulterbereich sowie in den Füßen, wobei diese zu einer Gangunsicherheit führten. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 3. 7

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte im Auftrag der Krankenkassenversicherung am 17. April 2015 eine neurologische

Begutachtung durch, über welche er am 21. April 2015 berichtete (Urk. 6/46/36-54). Er führte aus, Hauptbeschwerden seien eine Gangstörung mit ungerichtetem Schwanken sowie anhaltende Nacken-Schulter-Schmerzen rechts betont. Ursache der ungerichteten paraspastischen Gangstörung sei ein inkomplettes sensomotorisches Querschnittssyndrom bei zervikaler Myelopathie. Die Diagnose einer zervikalen Myelopathie sei bildmorphologisch durch das MRI der HWS mehrfach nachgewiesen worden. Auch in der neurologischen Untersuchung und in der elektrophysiologischen Diagnostik fänden sich entsprechende Befunde, die an der Diagnose keine Zweifel lassen würden. Dr. M.\_\_\_\_ stimmte den behandelnden Ärzten hinsichtlich der langsamen Genesung der Schmerzsymptomatik sowie der sensomotorischen Ausfälle zu. Die Schädigungen am zervikalen Rückenmark seien nicht unerheblich. Ausserdem sei die Regenerationsfähigkeit des Myelons prinzipiell schlecht. Eine leichte Besserung der Gangstörung sei möglich, eine vollständige Ausheilung hingegen eher unwahrscheinlich. Die anhaltende Gangstörung sei in ihrer Ausprägung als leicht- bis mässiggradig zu klassifizieren. Solange der Beschwerdeführer seine Konzentration auf Stand und Gang richten könne, bestehe keine hohe Sturzgefahr. Sobald er aber andere Dinge gleichzeitig tun würde, würde die Sturzgefahr deutlich zunehmen. Dem Beschwerdeführer sei deshalb die Tätigkeit im Service nicht mehr zumutbar (Urk. 6/46/49).

Hinsichtlich der beklagten Nackenschmerzen äusserte Dr. M.\_\_\_\_, diese würden im Wesentlichen auf einem myofaszialen Schmerz beruhen, einerseits durch die degenerative Erkrankung der HWS bedingt, andererseits durch mangelnde Bewegung und Dekonditionierung. Erschwerend komme die Adipositas hinzu, welche für die Gesamtstatik der Wirbelsäule nicht vorteilhaft sei. Dementsprechend seien eine Gewichtsreduktion sowie aktive gymnastische Übungen zur Lockerung und Kräftigung der gesamten Rumpf- und Rückenmuskulatur angezeigt (Urk. 6/46/50). Dr. M.\_\_\_\_ beobachtete während der Untersuchung kein auffälliges Schmerz- oder Schonverhalten. Der Beschwerdeführer habe seinen Kopf frei in alle Richtungen wenden können und das An- und Auskleiden sei zügig und geschickt erfolgt. Während der Begutachtung habe der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält gewirkt (Urk. 6/46/43). Dr. M.\_\_\_\_ hielt fest, aufgrund der Nackenschmerzen und der zugrunde liegenden degenerativen Erkrankung der

HWS seien dem Beschwerdeführer schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen schwerer Lasten, dauerhaftem Arbeiten in Zwangspositionen, dauerhaften Überkopfarbeiten und repetitivem Bücken nicht mehr zumutbar. In einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit sei er hingegen voll arbeitsfähig. Die Sensibilitätsstörungen an Daumen und Zeigefinger beidseits seien am ehesten durch segmentale Läsionen im Rahmen der Grunderkrankung erklärbar und würden allenfalls zu einer geringgradigen Einschränkung der sensiblen Handfunktionen führen. Die anderen Finger seien bezüglich der sensiblen Funktion normal. Der Beschwerdeführer habe auch nicht über Einschränkungen im Alltag aufgrund der Sensibilitätsstörung berichtet. Eine Leistungsminderung ergebe sich möglicherweise bei Arbeitsplätzen bzw. Tätigkeiten mit einer erhöhten Anforderung an die Feinmotorik ( Urk. 6/46/50) .

### **E. 3.8**

Am 19. Mai 2015 berichtete Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, über die spezialärztliche Untersuchung vom 17. April 2015, welche er im Auftrag der Krankentaggeldversicherung durchgeführt hat ( Urk. 6/46/55-85). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits vollständig orientiert. Wahrnehmungsstörungen fänden sich keine. Sein Denken sei formal intakt und inhaltlich okkupierr von Sorgen bezüglich seiner gesundheitlichen und finanziellen beruflichen Situation. Die Stimmung sei durchgehend leicht bis mittelgradig zum depressiven Pol verschoben, der Affekt überwiegend im negativen Spektrum auslenkbar, der Antrieb leicht gemindert und die Psychomotorik zurückgenommen (Urk. 6/46/62) .

Dr. N.\_\_\_\_ stellte zusammenfassend fest, im Zusammenhang mit den chronifizierten Schmerzen, die ihre klinische Bewertung im neurologischen Gutachten erfahren (vgl. vorstehen d E. 3.7 ), sei es zu einer reaktiven Verstimmung gekommen, welche nach Art und Ausmass keine eigenständige seelische krankheitswertige Störung darstelle. Diese reaktive depressive Verstimmung leichten Grades sei in ihrer Genese und ihrem Verlauf abhängig vom Schmerzgeschehen und beeinflusse die Arbeitsfähigkeit auch nur insoweit, wie dies das Schmerzgeschehen tue. Könne eine organmedizinische Besserung erreicht werden, sei damit zu rechnen, dass die depressive Symptomatik vollständig ausheilen könne. Komme es hingegen zu einer Chronifizierung der Schmerzen, müsse auch mit einer Exazerbation der Depressivität gerechnet werden ( Urk. 6/46/78f.) .

Der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden authentisch geschildert. Dafür spreche auch das SFSS-Testergebnis (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome), welches keine Hinweise auf eine Beschwerdeverdeutlichung oder Antwortverzerrungen liefere ( Urk. 6/46/80) . Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte Dr. N.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei seitens des psychiatrischen Fachgebietes nicht beeinträchtigt ( Urk. 6/46/80f.) .

### **E. 3.9**

Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 11. Juni 2015 zum neurologischen Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ Stellung ( Urk. 6/45/15f.) und wies darauf hin, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eine Folge von muskulären Verspannungen seien, sondern im Rahmen der zervikalen Myelopathie aufgetreten seien. Hauptursache für die Arbeitsunfähigkeit sei nicht die von Dr. M.\_\_\_\_ beschriebene Gehbehinderung, sondern vielmehr die Nacken- und Schulterschmerzen sowie insbesondere auch die Schmerzen im Unterschenkel innen. Dr. G.\_\_\_\_ empfahl die Durchführung einer neuen Begutachtung durch einen erfahrenen Neurologen.

### E. 3.15

) enthalte keine anderen, neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen (Befunde/Diagnosen). Er bewerte diese aber anders hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Somit handle es sich aus versicherungsmedizinischer Sicht um eine andere Beurteilung derselben medizinischen Tatsachen. 4. 4.1

Nach einhelliger ärztlicher Einschätzung leidet der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht an keiner die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränken der Krankheit. Dies ist unbestritten. 4.2

Aus somatischer Sicht bleibt festzuhalten, dass laut Dr. B.\_\_\_\_ die Malleolar fraktur links (2 4. Januar 2012), in Folge derer sich der Beschwerdeführer für Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hatte, spätestens im Zeitpunkt ihrer Untersuchung (April 2014) ausgeheilt war und die allfälligen Restbeschwerden keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (E. 3.5). Diesbezüglich finden sich auch in den zahlreichen nachfolgenden Arztberichten und Gutachten keine Weiterungen. Im Wesentlichen klagt der Beschwerdeführer seither über ein Schmerzsyndrom an Nacken, Schultern und Arm rechts mit Parästhesien in den Armen und Beinen, Kraftlosigkeit und Ungeschicklichkeit in den oberen Extremitäten sowie Schwäche in den Beinen. Auch dieser Umstand ist nicht strittig. 4.3

Es ist konstante Praxis, dass Invaliden- und Unfallversicherung sich auf die vom anderen Versicherer eingeholten medizinische Berichte abstützen und sich allen falls – wo notwendig – mit ergänzenden Fragen anschliessen (Urteil des Bundes gerichts 8C\_621/2013 vom 3 0. Januar 2014 E. 5). Der Beschwerdegegnerin war es nicht verwehrt, im Rahmen der Sachverhalts abklärung von Amtes wegen ( Art. 43 ATSG) Unterlagen bei der Unfall- und Kranken versicherung einzuholen (vgl. Art. 28 Abs. 3 ATSG). Diese sind in die Beurteilung des Leistungsanspruchs einzubeziehen, auch wenn bei deren Erstellung allenfalls die Parteirechte gemäss Art. 44 ATSG – etwa mangels Anwendbarkeit dieser Norm - nicht gewahrt wurden; dieser Umstand ist gegebenenfalls bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_540/2012 vom 1 7. Dezember 2012 E. 3.2.1). Der Beschwerdeführer konnte spätestens im Einwandverfahren die beigezogenen medizinischen Unterlagen einsehen und hierzu Stellung nehmen. Eine Verletzung der in Art. 44 ATSG vorgeschriebenen Mitwirkungs- und Partizipationsrechte ist – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk.1 S. 5) - nicht gegeben (BGE 125 V 332; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2007 vom 3. Januar 2008 E. 3.2). Demzufolge war die Beschwerdegegnerin grund sätzlich nicht verpflichtet, eigene medizinische Abklärungen, insbesondere ein Gutachten, einzuholen, sofern die bereits vorhandene medizinische Aktenlage beweiskräftig war und sich daraus der für die Invalidenversicherung relevante Sachverhalt abschliessend erstellen liess. Dies bleibt nachfolgend zu prüfen. 4.4

In der Beurteilung des leistungseinschränkenden Gesundheitsschadens sind sich die medizinischen Fachpersonen einig; der Beschwerdeführer wies cervikale

Diskushernien C 5/6 und C 6/7 auf mit konsekutiv engem cervikalem Spinalkanal und cervikaler Myelopathie, infolge dessen und trotz zweier Operationen (22. April 2014, 2 0. Oktober 2014) eine cervikale Myelopathie persistierte mit rechtsbetonter und beinbetonter Tetraspastik mit zusätzlich sensiblen Störungen und Missempfindungen, chronischen Nackenbeschwerden und einer Brachialgie rechts bzw. pseudoradikulärer Symptomatik. Als Nebendiagnosen verbleiben ein Prostata-Leiden und ein nicht insulinpflichtiger

Diabetes mellitus Typ II. Die Arbeitsfähigkeit wird einhellig insbesondere durch die Gangstörung und die Nacken-Schulter-Schmerzen beeinflusst. Einig sind sich die berichterstattenden Ärzte auch darin, dass der Beschwerdeführer eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule aufweist. Demzufolge besteht für schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten, häufigem Bücken, dauerhaften Arbeiten in Zwangsposition, Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie mit der Notwendigkeit manuellen Geschicks keine Arbeitsfähigkeit mehr (vgl. hierzu auch die Einschätzung im Parteigutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 1. Dezember 2016, Urk. 6/64/1-5). Damit besteht unbestrittenermassen auch keine Arbeitsfähigkeit mehr in eigentlichen Servicetätigkeiten. Da in der Beurteilung dieser Situation weitestgehend einhellige medizinische Einschätzungen vorliegen, sind die Vorbringen des Beschwerdeführers gegenüber den Feststellungen von Dr. B. \_\_\_, wonach infolge einer ausgeprägten Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz bei mässig gut trainierter Rumpfmuskulatur und Übergewicht eine medizinische Trainingstherapie sowie Ernährungsberatung angebracht wäre und zu einer Verbesserung führen würde (E. 3.3), nicht von Belang. Hierbei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass diese Beurteilung von Dr. M. \_\_\_ (E. 3.7) geteilt wurde. Auch Dr. G. \_\_\_ riet wiederholt dazu, die Feinmotorik und Kraft zu trainieren (Urk. 6/40/10) bzw. ein MTT-Programm durchzuführen (Urk. 6/40/6), ebenso der konsiliarisch beigezogene Neurologe Dr. O. \_\_\_, der im Bericht vom 2. Oktober 2015 hinsichtlich der Verschlechterung der Gangfähigkeit von einem Trainingsmangel ausging und daher ein gezieltes Gang- und Muskelaufbau training als vordringlich erachtete. Die Vorbringen des Beschwerdeführers hinsichtlich der (angeblichen) Fehlbeurteilung von Dr. B. \_\_\_ zur Operationsindikation (Urk. 1 S. 8f.) sind zum vornherein irrelevant. Ob ihre (Fehl-)Einschätzungen Zweifel an ihrer Objektivität zulassen (Urk. 1 S. 9), kann offen gelassen werden, weil beweiskräftige medizinische Einschätzungen vorliegen, welche im Ergebnis eine Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zulassen. 4.5

Dr. M. \_\_\_ wie Dr. C. \_\_\_ erachteten eine leichte körperliche Tätigkeit, wie etwa als Geschäftsführer oder im Rahmen einer anderen leichten Bürotätigkeit, als in vollem Pensum und zu voller Leistung zumutbar (E. 3.7, E. 3.10). Hierauf kann abgestellt werden, da beide Gutachter ihre Beurteilung auf umfangreiche Abklärungen und den Vorakten basierten und sie diese schlüssig begründeten. Dieser Einschätzung steht letztlich auch der Bericht von Dr. O. \_\_\_ vom 2. Oktober 2015 (E. 3.11) nicht entgegen. Dr. O. \_\_\_ attestierte einzig für die Wirtetätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit und konnte sich keine angepasste Erwerbsarbeit vorstellen, woraus er auf eine vollständige Erwerbsunfähigkeit schloss, was keine medizinische Beurteilung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit darstellt. Auch Dr. E. \_\_\_ erachtete bereits im Bericht vom 5. September 2015 eine Arbeitsfähigkeit für sehr leichte Kontrollarbeiten für gegeben; die Beschränkung auf ein Pensum von 20 % begründete er nicht (Urk. 6/40/1). Letztlich vermag auch Dr. A. \_\_\_ diese Einschätzung nicht zu entkräften. Er erachtet eine volle Präsenz im Rahmen eines 9-Stunden-Tages als medizinisch zumutbar. Dass die Leistungseinbusse infolge erhöhten Pausenbedarfs und die Reduktion des Arbeitstempus infolge der Feinmotorikstörung ein Ausmass von 3 Stunden am Tag erreicht (Urk. 6/64/5), ist nicht nachvollziehbar. Weshalb diese Leistungsfähigkeit nur an einem «Behindertenarbeitsplatz» zumutbar ist und geringe Chancen auf Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt hätte, wird nicht begründet und ist angesichts seiner Aussage, die (bisherige) Tätigkeit in der Position eines Personalchefs (administrative Tätigkeit, Personalführung) unter Ausschluss der Mitarbeit im Service, sei dem Beschwerdeführer zumutbar (Urk. 6/64/41), in keiner Weise einsichtig.

Die Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ (E. 3.14), wonach die unterschiedliche Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit massgeblich vom Anforderungsprofil abhängt (E. 3.14), trifft zu. In welchem Umfang der Beschwerdeführer in der P.\_\_\_\_ Bar sowie im Restaurant Q.\_\_\_\_ effektiv im Service und an der Bar mithalf und/oder schwere, ihm nicht mehr zumutbare Tätigkeiten ausüben musste, lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen. Nach Auskunft der Arbeitgeberin fallen administrative und personelle Tätigkeiten im Umfang von 3 bis rund 5 1/4 Stunden pro Tag (8 Stunden) an (Urk. 6/42/5). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer faktisch Selbständigerwerbender ist (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_453/2014 vom 17. Februar 2015 E. 4.2), auch wenn er formal Arbeitnehmer der P.\_\_\_\_ AG, ist. Er amtiert – wie auch für die Eigentümerin der Liegenschaft, der U.\_\_\_\_ AG, als Mitglied des Verwaltungsrates (vgl. im Internet einsehbarer Auszug des Handelsregisters des Kantons Zürich), und ist daher letztlich – insbesondere auch als faktischer Geschäftsführer (vgl. Urk. 6/41/6) - Vorgesetzter der die Arbeitgeberauskünfte erteilenden Person, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Auskünfte massgeblich von ihm mitbestimmt wurden (vgl. Urk. 6/40/20). Auf eine Betriebsabklärung vor Ort kann indes verzichtet werden, wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen.

Zusammenfassend ist gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer jede Geschäftsführungstätigkeit bzw. Verwaltungstätigkeit für eine Immobilienfirma oder für eine Gesellschaft, welche Restaurations- bzw. Unterhaltungsbetriebe betreibt, ohne eigentliche Mithilfe im Service, uneingeschränkt vollzeitlich zuzumuten ist. 5.

Zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen. 5.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen; Urteil 8C\_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 3.2.1).

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE

135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa ). 5.2

Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil 8C\_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.2 mit Hinweisen). 5.3

Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss nach Art. 28 Abs. 2 ATSG unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Abs. 2), und alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber etc. im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind (Abs. 3). 5.4

Zur Klärung der erwerblichen Verhältnisse zog die Beschwerdegegnerin einen Auszug aus den IKs des Beschwerdeführers (Urk. 6/58) sowie einen Arbeitgeberbericht der P.\_\_\_\_ AG bei (Urk. 6/41). Diesem ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2012 einen Lohn von Fr. 5'317.-- monatlich und seit 1. Januar 2014 einen solchen von Fr. 5'555.-- (ein schliesslich 13. Monatslohn) ausbezahlt erhielt, trotz 100%iger Arbeitsunfähigkeit seit 1. Januar 2014. Der Beschwerdeführer leiste aktuell keine Arbeitszeit. Er erhalte trotzdem den vollen Lohn (vgl. auch die Lohnblätter 2013/14 zu Händen der Taggeldversicherung, Urk. 6/20). Nach Art. 25 Abs. 1 lit. b IVV gehören Lohnbestandteile, für die der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin nachgewiesenermassen wegen beschränkter Arbeitsfähigkeit keine Gegenleistung erbringen kann, nicht zu dem für die Invaliditätsbemessung massgebenden Erwerbseinkommen. Praxisgemäss sind an den Nachweis von Soziallohn indessen strenge Anforderungen zu stellen, da vom Grundsatz ausgegangen werden muss, dass ausbezahlte Löhne normalerweise das Äquivalent einer entsprechenden Arbeitsleistung sind (BGE 117 V 8 mit Hinweisen). Bei der Würdigung der vorliegenden Arbeitgeberbescheinigung ist zu bedenken, dass der Beschwerdeführer Geschäftsführer und Verwaltungsratsmitglied der Arbeitgeberin ist, die ihre Gastrobetriebe (e) fortgesetzt weiterführte, auch ohne Mithilfe des Beschwerdeführers im Service. Es ist davon auszugehen, dass weiterhin Geschäftsführungs- und Leitungstätigkeiten angefallen sind und sich der Beschwerdeführer als Organ der Arbeitgeberin allfällige Zahlungen derselben als Lohn anzurechnen hat. Zur Prüfung der Erwerbseinbussen forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer bzw. seinen Buchhalter mit Schreiben vom 4. April 2016 (Urk. 6/54) auf, Buchhaltungsunterlagen (Bilanzen, Erfolgsrechnungen, allenfalls Hilfsblatt A der Steuererklärung) für die Jahre 2011 bis 2015 zuzustellen. Trotz schriftlicher Mahnungen am 16. Mai 2016 (Urk. 6/55) und 22. Juni 2016 mit Fristansetzung bis zum 22. Juli 2016 und unter Androhung, ansonsten aufgrund der Akten zu entscheiden (Urk. 6/56; vgl. auch Telefonnotiz vom 24. Juni 2016), kam der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht nicht nach. Auch mit Beschwerde legte der Beschwerdeführer keine Bilanzen und Erfolgsrechnungen der von ihm geführten juristischen Personen oder des Restaurants auf. Demzufolge ist aufgrund der Auszüge aus seinen IKs zu entscheiden. 5.5

Laut IK-Auszug vom 11. Oktober 2016 rechnete der Beschwerdeführer über folgende Erwerbseinkommen ab: 2011 Fr. 63'732.-- (P.\_\_\_\_) + Fr. 12'400.-- (als Selbstständigerwerbender); 2012 Fr. 99'804.-- (P.\_\_\_\_) + Fr. 9'094.--; 2013 Fr. 63'804.-- (P.\_\_\_\_); 2014: Fr. 66'660.-- (P.\_\_\_\_). Hieraus lässt sich keine mindestens 40%ige Erwerbseinbusse seit der Fraktur im Januar 2012 bzw. seit dem 1. April 2014 errechnen (

Urk. 6/64/27). Nimmt man den Durchschnitt der von 2007 bis 2011 eingetragenen Erwerbseinkommen (2007: Fr. 86'400 . [Fr. 28'600.-- + Fr. 42'900.-- + Fr. 14'900.--]; 2008: Fr. 132'500. -- [ Fr. 30'800.-- + Fr. 46'200.-- + Fr. 55'500.--]; 2009 Fr. 105'200. -- [ Fr. 91'200 + Fr. 14'000.--]; 2010: Fr. 102'900. -- [ Fr. 92'000.-- + Fr. 11'700.--]; 2011 : Fr. 76'132.-- [Fr.

63'732.-- + Fr.12'400.--] von Fr. 100 ' 626 . 40

( Fr. 503 ' 132 .-- : 5) und stellt dies dem in den Jahren 2013/14 durchschnittlich erwirtschafteten Erwerbs einkommen von Fr. 65'232. -- gegenüber, so errechnet sich eine Erwerbs einbusse von Fr.

35 ' 394 . 40 oder ein Invaliditätsgrad von 35 % . Bei diesem Ergebnis braucht nicht geprüft zu werden, ob die Erwerbseinbussen aus schliesslich gesundheitlich bedingt sind.

Demzufolge ist kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ausgewiesen, wofür der Beschwerdeführer die Beweislast trägt. 6.

6.

Nach dem Gesagten besteht die angefochtene Verfügung vom 13. März 2017 zu Recht und ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 HurstStadler

### **E. 3.16**

RAD-Arzt Dr. Z.\_\_\_\_ nahm am 19. Januar 2017 erneut Stellung ( Urk. 6/ 66 ) und hielt fest, das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 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. 2 IVG).

### **E. 9**

) beschrieben, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der zervikalen Myelopathie. Angesichts der Schwere und der erheblichen Beeinträchtigung aufgrund der Schmerzsymptomatik sei eine multimodale Therapie der Schmerzen, beispielsweise in einer Schmerzambulanz analog den Leitlinien mit Erlernen von Copingstrategien zur Schmerzbewältigung und einer optimalen medikamentösen und therapeutischen Behandlung dringend indiziert ( Urk. 6/46/26) . Im Hinblick auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei sowohl das neurologische als auch das psychiatrische Teilgutachten nachvollziehbar, umfassend, beruhe auf der Anamnese und allseitigen Untersuchungen und berücksichtige die geklagten Beschwerden und die Vorakten . Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sei einleuchtend und die medizinischen Schlussfolgerungen seien begründet ( Urk. 6/46/28) .

Dr. C.\_\_\_\_ nannte eine mässiggradige paraspastische Gangstörung bei residualem, inkompletem somatosensiblen Querschnittssyndrom im Anschluss an eine am 20. Oktober 2014 operativ versorgte zervikale Myelopathie sowie die Nacken-Schulter-Schmerzen und die Sensibilitätsstörung im Bereich der Segmente C6 beidseits, am ehesten im Rahmen der bei etwa C6 maximalen zervikalen Myelopathie bzw. gleichzeitiger Schädigung der radikulären Nervenstrukturen im gleichen Segment, als die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen ( Urk. 6/46/29) . Aufgrund der objektiv ausgewiesenen Einschränkungen sei der Beschwerdeführer im Service bis auf Weiteres nicht einsetzbar. In einer leichten körperlichen Tätigkeit, analog dem Belastungsprofil (vgl. Ausführungen in E. 3. 7 ), sei er aus neurologischer Sicht jedoch voll einsetzbar, sprich mit einer Leistung von 100 % und einem Pensum von 100 % . Aus psychiatrischer Sicht seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründet. In der Tätigkeit als Geschäftsführer sei der Beschwerdeführer zu 100%ig arbeitsfähig. Die in den Gutachten vorgenommene Einschätzung sei aus fachärztlicher Sicht nachvollziehbar ( Urk. 6/46/30-32) .

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