

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00272 vom 28. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00272](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00272)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00272 du 28 août 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00272 del 28 agosto 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1968, ist gelernter Mechaniker (Urk. 8/1) und war seit 1991 als Verkaufsberater tätig (Urk. 8/17/1), als er sich am 20. Februar 2017 wegen Diabetes, verschiedenen Wirbelsäulenbeschwerden und einer Gleichgewichtsstörung bei der Invalidenversicherung anmeldete (Urk. 8/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, gewährte Kostengutsprache für eine ergonomische Arbeitsplatzabklärung (Urk. 8/31) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten bei der Medas

Y.\_\_\_\_

GmbH, deren Gutachten am 14. Januar 2021 erstattet wurde (Urk. 8/132). Mit Schreiben vom 29. Januar 2021 (Urk. 8/135) auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten eine Massnahme in Form von verschiedenen Behandlungen und einer Operation (Urk. 8/135). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/136; Urk. 8/140) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. März 2021 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 8/146 = Urk. 2).

### E. 1.00

4) von Fr. 66'625.-- resultiert.

Das Invalideneinkommen für das Jahr 2017 (als frühest möglicher Rentenbeginn) beträgt ausgehend vom Einkommen von Fr. 5'340.-- (LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Total) und unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung im Jahr 2017 von 0.4 %

und der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden bei einer Arbeitsfähigkeit von 75 %

Fr. 50'453.-- (Fr. 64'080.-- x 1.004 : 40 x 41.7 x 0.75 = Fr. 50'303.--).

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der

streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 7 Abs. 1 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. 1.3**

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.

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ). 2.

### **E. 2**

Am 28. April 2021 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. März 2021 ( Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache einer Rente, eventuell die Rückweisung zur erneuten Abklärung und zur Prüfung eines Umschulungsanspruchs ( Urk. 1 S. 2). Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (S. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2021 ( Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Dazu nahm der Beschwerdeführer am 2. August 2021 Stellung ( Urk. 10) und reichte einen Arztbericht ( Urk. 11) ein, wozu sich die Beschwerdegegnerin am 23. August 2021 äusserte ( Urk. 13). Nach einer weiteren Eingabe des Beschwerdeführers (Eingabe vom 8. September 2021, Urk. 15) sistierte das Gericht

das Verfahren mit Verfügung vom 20. September 2021 ( Urk. 16) antragsgemäss ( Urk. 1 S. 2; Urk. 15) bis zum Vorliegen der vom Beschwerdeführer in Aussicht gestellten weiteren Arztberichte. Am 23. Dezember 2021 ( Urk. 18), 28. Dezember 2021 ( Urk. 20), 20. Februar 2022 ( Urk. 23) und 10. März 2022 ( Urk. 25) wurden weitere Berichte ( Urk.

19/1-6; Urk. 21/1-12; Urk. 24; Urk. 26/1-3) eingereicht, worauf am 15. März 2022 die Verfahrenssistierung aufgehoben wurde (Urk. 27). Zu den eingereichten Unterlagen äusserte sich die Beschwerdegegnerin am 28. April 2022 (Urk. 29-30), wovon der Beschwerdeführer gleichentags in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 31).

Mit Eingabe vom 30. September 2022 (Urk. 34), vom 6. Dezember 2022 (Urk. 36), vom 25. Mai 2023 (Urk. 39), vom 15. Juni 2023 (Urk. 43) und vom 12. Juli 2023 (Urk. 45) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte (Urk. 35/1-3, Urk. 37/1-

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die angestammte Tätigkeit als Verkaufsberater sei nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des fehlenden Stereosehens und des eingeschränkten Gesichtsfeldes eine Tätigkeit in einem Pensum von 75 % zumutbar (S. 1).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, der Beschwerdeführer sei nicht mittels Chemotherapie, sondern infolge einer Überfunktion der Schilddrüse im Jahre 1996 mit Radiojod behandelt worden. Ein kausaler Zusammenhang zur Diabeteserkrankung liege nicht vor, ebenso sei keine Epilepsie nachgewiesen. Zwar weise er zu Recht auf die medizinischen Unterlagen hin, welche von der Zürich-Krankentaggeldversicherung stammen würden und offensichtlich einer Person mit identischem Namen, jedoch anderem Geburtsdatum und anderem Wohnsitz zuzuordnen seien. Die Medas-Gutachter hätten jedoch seine Identität überprüft und sich auf ihre eigenen Befunde gestützt. Die wenigen dossierfremden Akten begründeten keinen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens. Auf dieses könne abgestellt werden; der Sachverhalt sei genügend abgeklärt. Die Mitwirkungsrechte seien gewahrt worden und es könne keine Rede sein von einer Gehörsverletzung (S. 2). Weiter ergäbe sich selbst bei einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % aufgrund des Verlustes des langjährigen Arbeitsverhältnisses kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad. Da keine psychiatrische Diagnose erhoben worden sei, entfalle die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (S. 3). Hinsichtlich der Frage der Umschulung fehle es an einem Anfechtungsobjekt (S. 4).

Diese Angaben wiederholte die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik vom 23. August 2021 (Urk. 13). Zu den im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichten führte sie aus, gemäss Beurteilung ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) ergäben sich daraus keine neuen medizinischen Tatsachen. Es könne weiterhin an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden (Urk. 29 S. 1-2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen geltend (Urk. 1), er habe sich schon 1996 wegen der Schilddrüsenüberfunktion einer Chemotherapie unterziehen müssen und leide seither an Diabetes. Diese Krankheit habe dazu geführt, dass ab etwa 2016 Hypoglykämien mit Bewusstseinsverlust und epileptischen Anfällen aufgetreten seien. Es sei seit 2017 zu einer massiven körperlichen Überforderung gekommen und es lägen zahlreiche, näher genannte Diagnosen vor (S.

4 f.). Die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt ungenügend abgeklärt und sein rechtliches Gehör verletzt, da sie ihn habe begutachten lassen, ohne dass er selbst oder seine

Hausärztin einbezogen worden seien, Ergänzungsfragen hätten stellen oder nachträglich eine Stellungnahme zum Gutachten hätten abgeben können (S. 11 f.). Die Gutachter hätten sich auf Akten gestützt, die sich auf einen anderen Patienten bezogen hätten. Die Augenbeschwerden seien zudem unbeachtet geblieben (S. 13), ebenso die verschiedenen Komorbiditäten des Diabetes, des Augen- und des Herzleidens (S. 16). Die psychiatrische Untersuchung sei sehr oberflächlich durchgeführt worden (S. 22). Es müsse bezweifelt werden, dass die schlechte körperliche Verfassung mit chronischen Schmerzen sich nicht auf die Psyche auswirke (S. 23 unten). Insgesamt weisen das Gutachten erhebliche formelle und materielle Mängel auf, weshalb die Beschwerdegegnerin eine neue Begutachtung oder das Gericht ein Gerichtsgutachten zu veranlassen habe (S. 24). Es sei eine Umschulung zu prüfen (S. 26).

Weiter sei zweifelhaft, ob die Gutachter das Versehen mit den Akten, die sich auf eine andere Person bezögen, bemerkt hätten. Allein aus diesem Grund wäre ein neues Gutachten einzuholen. Im Übrigen sei das Problem nicht dadurch gelöst, dass die Akten dieser fremden Person aus dem Dossier entfernt würden, sondern es müsse sichergestellt werden, dass seine eigenen Akten vollständig seien. Die Tatsache, dass Patientendaten verwechselt worden seien, spreche gegen die Zuverlässigkeit einer Expertise (Urk.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers, wobei insbesondere auch zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt in ausreichender Art und Weise abgeklärt wurde. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da er sich habe begutachten lassen müssen, ohne dass er selbst oder seine Hausärztin einbezogen worden seien, Ergänzungsfragen hätten stellen oder nachträglich eine Stellungnahme zum Gutachten hätten abgeben können (vgl. vorstehend E. 2.2; vgl. Urk. 10 S. 3 Ziff. 5, Urk. 15 S. 2). 3.2

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass einer Entscheidung dar, welches in die Rechtsstellung einer einzelnen Person ein greift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 144 I 11 E. 5.3, 143 V 71 E. 4.1, je mit Hinweisen). 3.3

Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 30. Juli 2020 (Urk. 8/117) schriftlich mit, dass sie beabsichtige, ihn polydisziplinär begutachten zu lassen. In diesem Schreiben erfolgte der Hinweis, dass die behandelnden Ärzte nicht über die geplante medizinische Abklärung informiert seien und es dem Beschwerdeführer frei stehe, dieses Informationsschreiben weiterzuleiten (S. 1 unten). Als Beilage wurden eine Kopie der vorgesehenen Fragen (Urk. 8/116/3) und ein Merkblatt genannt (S. 2 unten). Ausserdem wurde er darauf hingewiesen, dass er Zusatzfragen, die er beantwortet haben wolle, bis am

1 3. August 2020 bei der IV-Stelle einreichen könne (S. 1).

Der Beschwerdeführer macht weder geltend, diesen Brief nicht bekommen zu haben, noch dass die Beilagen nicht enthalten gewesen wären. In der Folge äusserte er sich nach Lage der Akten nicht und stellte auch keine Zusatzfragen. Am 1. September 2020 (Urk. 8/122) gab die Beschwerdegegnerin die zuständige Medas sowie die vorgesehenen Ärzte und Fachdisziplinen bekannt und wies den Beschwerdeführer darauf hin, dass bis 15. September 2020 triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere Gutachterinnen und Gutachter eingereicht werden könnten (S. 2). Solche wurden nicht vorgebracht. Am 18. September 2020 (Urk. 8/123) erfolgte das Aufgebot zur Begutachtung, welches der Beschwerdeführer am 21. September 2020 unterzeichnete (Urk. 8/124). Am 21. Oktober 2020 (Urk. 8/127) informierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer über die zusätzliche psychiatrische Begutachtung und nannte den vorgesehenen Gutachter. Auch dazu äusserte sich der Beschwerdeführer nicht.

In der Folge wurde das Gutachten am 14. Januar 2021 erstattet (Urk. 8/132). Am 29. Januar 2021 (Urk. 8/135) wurde dem Beschwerdeführer per Einschreiben eine Schadenminderungspflicht auferlegt und festgehalten, die Abklärungen hätten ergeben, dass er keinen Anspruch auf eine Rente habe, wobei er diesbezüglich einen separaten Entscheid erhalten werde (S. 1). Der Beschwerdeführer äusserte sich nicht dazu. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erhielt er Gelegenheit, das Gutachten einzuverlangen. Die Akten wurden denn auch am 8. Februar 2021 durch seine Vertretung angefordert (vgl. Urk. 8/137), die sich in ihrem - grundsätzlich rechtsgenügend begründeten - Einwand vom 26. Februar 2021 kritisch zum Gutachten äusserte (vgl. Urk. 8/140 S. 2). In der Folge wurde das Vertretungsmandat beendet (vgl. Urk. 8/144).

Angesichts dieses Verfahrensverlaufes ist keinerlei Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erkennen. Die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers sind unbegründet. 4.

#### **E. 4**

, Urk. 40, Urk. 44, Urk. 46 ) ein , welche der Beschwerdegegnerin mit Verfügungen vom 1. Juni 2023 (Urk. 41) und vom 13. Juli 2023 (Urk. 47) zur Kenntnis gebracht wurden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

2

Med. pract. F.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 30. März 2020 (Urk. 8/108/1-4) bei unveränderten Diagnosen aus, der Beschwerdeführer befinde sich erneut im Rahmen einer Uveitis anterior in augenärztlicher Behandlung. Zusätzlich sei eine weitere rheumatologische Diagnostik geplant (Ziff. 1.3). Ob er im augenblicklichen Zustand wieder im Rahmen von 20 bis 40 % arbeitsfähig sei, hänge von den Gelenkbeschwerden, insbesondere den Sensibilitätsstörungen bei der Hände, ab (Ziff. 2.1). Aktuell betrage die Leistungsminderung mindestens 50 % (Ziff. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit könne durch Physiotherapie und Analgetika verbessert werden. Ein Arbeitsversuch mit minimaler Belastung sei möglich (Ziff. 4.1-4.2).

#### **E. 4.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Augenheilkunde und Augen chirurgie, hielt mit Bericht vom 3. Oktober 2017 (Urk. 8/43/5) fest, es sei am 5. September 2017 eine Kataraktoperation erfolgt mit anschliessender postoperativer Komplikation im Sinne einer

nodulären Skleritis.

Der Patient sei vom 4. bis 25. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und sei ab dem 26. September 2017 wieder vollständig arbeitsfähig ( Ziff. 5, Ziff. 11).

#### **E. 4.3**

Im Austrittsbericht vom 22. Dezember 2017 ( Urk. 8/49/15-19) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 21. bis 28. Dezember 2017 führten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie am Stadtspital Z. \_\_\_ aus, der elektive Eintritt sei erfolgt zur Dekompression und Spondylodese L5/S1 bei chronisch rezidivierendem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts infolge beidseitiger Spondylolyse LWK5 mit zunehmender Zwischenwirbelraumverschmälerung. Am 21. Dezember 2017 seien eine Repositionsspondylodese L5/S1 und Laminektomie mit Foraminotomien beidseits durchgeführt worden (S. 2 oben). Sie stellten die nachfolgend gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1): - chronisch rezidivierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts bei isthmischer Spondylolisthese L5/S1 mit Foramenstenosen beidseits - postoperativ entwickeltes zentrales anticholinerges Syndrom (21. Dezember 2017) - gut mittelschwere Aortenstenose bei bikuspidaler Aortenklappe und leichter Begleitinsuffizienz - Diabetes mellitus Typ 1 - substituierte Hypothyreose Der Beschwerdeführer sei vom 21. Dezember 2017 bis 3. Januar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 unten ).

#### **E. 4.4**

Dr. med. B. \_\_\_ , Facharzt für Neurochirurgie, speziell Wirbelsäulenchirurgie, beantwortete mit Bericht vom 13. März 2018 ( Urk. 8/49/11-12) die Fragen der Taggeldversicherung ( Urk. 8/49/13-14) wie folgt: Am 27. Juni 2017 sei bei Lumboischialgien

beidseits die Indikation zur Operation gestellt worden. Nach der Dekompression und Repositionsspondylodese L5/S1 am 21. Dezember 2017 seien die Lumboischialgien deutlich regredient gewesen. Zuletzt habe der Patient kaum noch Schmerzen gehabt. Diese würden nun nach längerem Sitzen kommen. Ausserdem habe er noch ein Schwächegefühl im Rücken ( Ziff. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % bis 25. März 2018 und ab 26. März 2018 50 % (S. 2 Ziff. 6). Die Arbeitsunfähigkeit in einer anderen zumutbaren Tätigkeit sei nicht beurteilbar (S. 2 Ziff. 7). Im weiteren Verlauf sei mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu rechnen (S. 2 Ziff. 8).

#### **E. 4.5**

Dr. med. C. \_\_\_ , Facharzt für Nephrologie sowie für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 20. Juli 2018 ( Urk. 8/55) folgende, gekürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.2): - Visusstörung bei nicht-arteriitischer anteriorer ischämischer Optikusneuropathie sowie retinalem Zentralvenenverschluss mit leichtem Makulaödem im Mai 2018 - Status nach Repositionsspondylodese L5/S1 am 21. Dezember 2017 - chronisches zervikobrachiales bis zervikozephalisches Schmerzsyndrom beidseits bei degenerativen HWS-Veränderungen - mittelschwere Aortenstenose - Diabetes mellitus Typ 1 - Morbus Basedow - Hypothyreose, substituiert Die Beschwerden hätten sich seit dem Wirbelsäuleneingriff deutlich zurückgebildet. Leider habe der Patient eine äusserst störende Sehstörung, was ihn einerseits bei der Arbeit deutlich behindere, andererseits müsse er dadurch vermehrt Rotationsbewegungen des Kopfes und Halses durchführen, was zu einer massiven Verschlechterung des chronischen zervikobrachialen sowie zervikozephalischen Schmerzsyndroms geführt habe ( Ziff. 1.3). In der bisherigen

Tätigkeit sei er maximal zu 30 % beziehungsweise drei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit (leichte Büroarbeiten in wechselnden Positionen) wäre etwa zu 50 % beziehungsweise vier Stunden pro Tag zumutbar ( Ziff. 2.1). Die Leistungsfähigkeit sei um 70 % vermindert ( Ziff. 2.2).

#### **E. 4.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie und Oberarzt an der Augenklinik des Universitätsspitals E.\_\_\_\_, stellte mit Bericht vom 17. August 2018 ( Urk. 8/58) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 2.5): - rechts: - Papillenatrophie - Status nach nicht-arteriitischer anteriorer ischämischer Optikusneuropathie - retinaler Zentralvenenverschluss mit leichtem Makulaödem - Status nach Uveitis anterior und Status nach intraoculärem Entzündungszustand - Status nach unkomplizierter Kataraktoperation mit postoperativer nodulärer Skleritis in Tunnelnähe temporal - beidseits: - hyperoper Astigmatismus - trockene altersabhängige Makuladegeneration (AMD) - mässige nicht-proliferative diabetische Retinopathie Es sei von augenärztlicher Seite aktuell keine eigentliche Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ( Ziff. 2.7). Zuvor habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 12. bis 17. Dezember 2017 und am 15. Mai 2018 bestanden. Diese habe sich auf die Tätigkeit als Verkäufer bezogen ( Ziff. 1.3). Aktuell bestehe eine funktionelle Monokelsituation. Am rechten Auge finde sich kaum noch ein Tafelvisus, am linken Auge bestehe ein Visus von 0.8 Snellen. Der Patient sei durch die Papillenatrophie am rechten Auge sehr gestört ( Ziff. 2.2). Es bestehe sicherlich eine Funktionseinschränkung im Sinne eines eingeschränkten räumlichen Sehens respektive des dreidimensionalen Sehens und des schwierigen Abschätzens von Distanzen. Allfällige gefährliche Arbeiten wie zum Beispiel Arbeiten auf Gerüsten oder Baustellen sollten sicherlich nicht ausgeübt werden. Die Fahreignung sei vom Mai bis September 2018 gesetzlich nicht gegeben, anschliessend könne bei funktioneller Monokelsituation und normalem Gesichtsfeld links wieder eine Fahreignung attestiert werden ( Ziff. 3).

#### **E. 4.7**

Med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, wiederholte in ihrem Bericht vom 30. April 2019 ( Urk. 8/77/1-7) die von Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.5) genannten Diagnosen ( Ziff. 2.5) und hielt fest, der Beschwerdeführer sei bis auf Weiteres als nicht arbeitsfähig einzustufen. Es stünden weitere Interventionen an ( Ziff. 2.4). Zur Zeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit bei erneuter Verschlechterung der Sehfähigkeit und Sensibilitätsstörungen in beiden Händen ( Ziff. 2.6).

#### **E. 4.8**

Die Ärzte der Klinik für Herzchirurgie am Stadtspital Z.\_\_\_\_ stellten mit Bericht vom 20. August 2019 ( Urk. 8/93/7-9) folgende Hauptdiagnosen (S. 1): - schwere Aortenklappenstenose - bikuspidale Aortenklappe Als Nebendiagnosen wurden genannt (S. 1): - leichte Koronarsklerose ohne relevante Stenosen - obstruktive Pneumopathie - substituierte Hypothyreose - Uveitis rechts - Status nach Spondylolisthesis L5/S1 Der Beschwerdeführer sei vom 12. bis 20. August 2019, auf der Intensivstation vom 13. bis 14. August 2018, hospitalisiert gewesen (S. 1). Es sei am 13. August 2019 ein Aortenklappenersatz erfolgt. Der Patient sei in reduziertem Allgemeinzustand zur weiteren kardialen Rehabilitation überwiesen worden (S. 2).

#### **E. 4.9**

Die Ärzte der Hochgebirgsklinik G.\_\_\_\_

wiederholten in ihrem Bericht vom 12. September 2019 (Urk. 8/96/7-10) die am Stadtspital Z.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (S. 1; vgl. vorstehend E. 4.8) und hielten fest, dass die dreiwöchige Rehabilitation einen zufriedenstellenden Verlauf gezeigt habe. Der Patient habe seine körperliche Leistungsfähigkeit deutlich verbessern können. Echokardiographisch finde sich eine einwandfreie Funktion der biologischen Aortenklappenprothese. Die deutlich erhöhten Blutzuckerwerte bedürften einer weiteren Anpassung der Insulintherapie. Die individuellen Reha-Ziele hätten während der Hospitalisation weitgehend erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbetreuung entlassen worden. Postoperativ bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für drei Monate, somit bis 13. November 2018 (richtig: 2019). Während dieser Zeit sei das Heben und Tragen von schweren Lasten zu vermeiden (S. 3).

#### **E. 4.10**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, hielt mit Bericht vom 21. November 2019 (Urk. 8/102/2-3) fest, es bestehe drei Monate nach dem Aortenklappenersatz ein sehr erfreuliches Verlaufsergebnis. Im Alltag sei der Beschwerdeführer kardial komplett beschwerdefrei (S. 1 unten).

#### **E. 4.11**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Oberarzt an der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation der Klinik J.\_\_\_\_, stellte mit Bericht vom 7. Februar 2020 (Urk. 8/110) folgende gekürzt aufgeführte Hauptdiagnosen (S. 1): - rezidivierende entzündliche Veränderungen Auge rechts - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Verdacht auf zervikale Myelopathie bei zentraler Spinalkanalstenose und kongenitaler HWS-Skoliose - mittelschweres sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom - Impingement der rechten Schulter Als Nebendiagnosen wurden genannt (S. 2): - Status nach Ersatz der Aortenklappe - Hepatopathie unklarer Ätiologie - chronische Niereninsuffizienz - obstruktive Pneumopathie - Verdacht auf Klippel-Feil-Syndrom - substituierte Hypothyreose bei Status nach Radiotherapie eines Morbus Basedow - rezidivierende Schwindelattacken anamnestisch bei Otosklerose Zusammenfassend habe keine klare entzündliche rheumatologische Erkrankung als Ursache der rezidivierenden Augenentzündungen gefunden werden können (S. 2 unten).

#### **E. 4.13**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 11. Juni 2020 (Urk. 8/115/7 8) fest, dass der Patient aus augenärztlicher Sicht als Verkäufer arbeitsfähig sei, da das linke Auge einen vollen Visus und ein normales Gesichtsfeld habe. Da er nur ein Auge habe, müssten die Lichtverhältnisse gut sein. Da er vermutlich erneute Rezidive der Uveitis rechts haben werde, könne es zu nicht vorhersehbaren Arbeitsunfähigkeitszeiten kommen (Ziff. 1.3, Ziff. 2.7). Es bestehe eine Monokelsituation links. Der Patient sei durch die eingeschränkte Sicht rechts irritiert. In gewissen Abständen komme es am rechten Auge zu Uveitisrezidiven, die dann zu Schmerzen und Rötung des rechten Auges führten und behandelt werden müssten (Ziff. 2.5). Aus rein ophthalmologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (Ziff. 4.2).

#### **E. 4.14.1**

Die Ärzte der Medas

Y.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 14. Januar 2021 (Urk. 8/132) nach Erhebung der Anamnese, Berücksichtigung der Akten und Durchführung einer allgemein-internistischen, kardiologischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung erstatteten Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - chronisches zervikospodylogenes und zervikobrachiales Schmerzsyndrom - Mehretagen-Degeneration (Osteochondrose C3/4 und C4/5) - asymmetrische Blockwirbelbildung C6/7 - magnetomographisch Stenosierung des zervikalen Spinalkanals C4/5 mehr als C3/C4 - mögliche segmentale Instabilität C3/C4 - Karpaltunnelsyndrom beidseits, links mehr als rechts mit Nachweis einer demyelinisierenden Druckneuropathie im Bereich des Handgelenks beidseits - massiv eingeschränkter Visus rechts mit faktischer Einäugigkeit links - Status nach unkomplizierter Kataraktoperation im September 2017 mit postoperativer nodulärer Skleritis in Tunnelnähe temporal rechts - Status nach intraokulärem Entzündungszustand Dezember 2017 unklarer Genese, Differentialdiagnose (DD): autoimmun-entzündlich, DD assoziiert mit Katarakt-Operation - Status nach Uveitis anterior März 2018 - Papillatrophy rechts bei Status nach nicht-arteriitischer anteriorer ischämischer Optikusneuropathie Mai 2018 mit retinalem Zentralvenenverschluss mit leichtem Makulaödem März 2018 - rezidivierende Uveitis anterior rechts mit Glaskörperbeteiligung - chronisches lumbospodylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Spondylodese L4/S1 und Cage-Implantat Dezember 2017 wegen isthmischer Spondylolisthesis L5/S1 und Foramenstenose beidseits Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 6): - Aortenklappenstenose bei bikuspiden Aortenklappen - Ersatz der Aortenklappe mittels biologischer Prothese via Sternotomie August 2019 - keine kardiale Einschränkung der Leistungsfähigkeit - Hypothyreose substituiert bei Status nach Hyperthyreose 1995 mit thyrostatischer und Radiojod-Therapie 1995/1996, aktuell: erhöhtes TSH - Diabetes mellitus Typ 1, aktuell erhöhte Werte Im Bereich des Achsenskeletts bestünden leichte bis knapp mittelgradige Beeinträchtigungen. Nicht zumutbar seien dem Beschwerdeführer repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Lasten über 7 kg, Arbeiten über Kopf, Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes sowie statische Belastungen im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen. Aus neurologischer Sicht bestünden wegen des Karpaltunnelsyndroms beidseits aufgrund der neuropathischen Beschwerden Einschränkungen bei manuellen Arbeiten wie beispielsweise Umräumen des Lagers mit Ein- und Auspacken von Waren (S. 6 unten f.). Nach erfolgreicher Dekompressions-Operation könne jedoch wieder eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit erwartet werden. Wegen der Einäugigkeit des Versicherten sei das Gesichtsfeld eingeschränkt und kein Stereosehen mehr möglich. Auf psychiatrischem Gebiet erkenne man aktuell keine Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 oben). Psychosoziale Faktoren stünden nicht im Vordergrund. Der Beschwerdeführer sehe sich selbst arbeitsfähig in einer Arbeit mit leichter körperlicher Belastung, bei der das eingeschränkte Gesichtsfeld und die verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts berücksichtigt würden. Rasche repetitive Kopfbewegungen und Überkopfarbeiten könne er schlecht ausführen. Er habe aus eigener Initiative ein Arbeitsangebot bei einer Bergbahngesellschaft in Aussicht, wo er möglicherweise in nächster Zeit einen Arbeitsversuch unternehmen werde (S. 7 Mitte). Aus interdisziplinärer Sicht habe sich der Versicherte jederzeit authentisch gezeigt. Die von ihm angegebenen Beschwerden erachte man als plausibel und nachvollziehbar. Angesichts der aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen und der geschilderten Alltagsaktivitäten sei es aber nicht nachvollziehbar,

dass von seiner Hausärztin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Die medizinischen Beurteilungen in den Akten zeigten keine relevanten Widersprüche zu den gutachterlichen Diagnosen und Beurteilungen (S. 7 Mitte). Aufgrund der divergierenden Angaben in den Akten, im Kontext des Auftrages und den Angaben des Versicherten bei den diversen Gutachtern sei es im interdisziplinären Konsens nicht möglich, ein gültiges Anforderungsprofil in der bisherigen Tätigkeit zu erstellen. Wegen der beschriebenen Funktionsstörungen werde jedoch von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen. Diese Beurteilung gelte seit Juli 2016, dem Zeitpunkt der Beurteilung an der neurochirurgischen Klinik K.\_\_\_\_. Für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführer sechs Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig, was ebenfalls seit Juli 2016 gelte (S. 7 unten). Das Belastungsprofil sei folgendermassen: Kein repetitives Bücken und Aufrichten, kein repetitives Anheben und Tragen von Lasten über 7 kg, keine Arbeiten über Kopf, keine Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, keine statischen Belastungen im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen. Gegenwärtig keine repetitiven manuellen Tätigkeiten aufgrund der neuropathischen Beschwerden bei beidseitigem Karpaltunnelsyndrom, wie beispielsweise Ein- und Auspacken von Waren. Nach erfolgreicher Dekompressions-Operation sollten manuelle Tätigkeiten wieder uneingeschränkt möglich sein. Das fehlende Stereosehen und das eingeschränkte Gesichtsfeld seien zu berücksichtigen (S. 8).

#### **E. 4.14.2**

Der internistische Gutachter nannte in seiner Diagnoseliste (Urk. 8/132/49) unter anderem einen Verdacht auf ein Klippel-Feil-Syndrom und hielt fest, die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gelte mindestens seit der Operation der Spondylolisthesis im Dezember 2017 (Urk. 8/132/52 unten). Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig hauptsächlich durch seine Nackenbeschwerden behindert. Eine wirbelsäulenchirurgische Beurteilung bezüglich einer Operation der kongenitalen Wirbelsäulen-Veränderung mit Blockwirbeln und Halsrippe sei deshalb angezeigt (Urk. 8/132/53 Mitte).

#### **E. 4.14.3**

Der kardiologische Gutachter hielt fest, anamnestisch und anhand der durchgeführten Ergometrie könne eine gute körperliche Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Eine kardiologische Einschränkung der Leistungsfähigkeit liege nicht vor (Urk. 8/132/62 oben).

#### **E. 4.14.4**

Die neurologische Begutachtung ergab, dass der Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die neuropathischen Beschwerden aufgrund des Karpaltunnelsyndroms seien limitierend auf die Leistung. Aufgrund dieser Beschwerden könnten bestimmte manuelle Arbeiten (Umräumung des Lagers mit Ein- und Auspacken der Waren) nicht durchgeführt werden. Nach erfolgreicher Dekompressionsoperation könne eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit erwartet werden (Urk. 8/132/76).

#### **E. 4.14.5**

Der rheumatologische Gutachter hielt fest, trotz der angegebenen Beschwerden sei die funktionelle Kapazität global nur unwesentlich eingeschränkt, so dass aus rheumatologischer Sicht für eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit (die bisherige Tätigkeit dürfe als dem Leiden ordentlich gut angepasst betrachtet werden, gemäss Aussage

des Versicherten sei die Arbeitstätigkeit in der Sportabteilung ideal gewesen, er habe Ruhepausen einlegen und diverse Aufgaben erfüllen sowie immer wieder seine Position ändern können) eine Arbeitsfähigkeit von mindestens sechs Stunden pro Tag zumutbar sei ohne rheumatologisch zusätzlich begründbare Leistungsminderung. Nach einer entsprechenden Arbeitseinführung und -angewöhnung (nach etwa sechs Monaten realisierbar) dürfe mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Urk. 8/132/92-93).

In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden pro Tag, entsprechend 75 %, was wahrscheinlich ab dem 12. Juli 2016, dem Datum der Beurteilung an der Neurochirurgischen Klinik K.\_\_\_\_, Geltung habe. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit (möglichst wenig repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, möglichst wenige wiederholte Arbeiten über Kopf oder Arbeiten in der chronischen Vorneigung des Rumpfes, möglichst wenige statische Belastungen im Sitzen und Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselposition) sei ebenfalls 6 Stunden pro Tag beziehungsweise zu 75 % ab dem 12. Juli 2016 zumutbar (Urk. 8/132/94).

#### **E. 4.14.6**

Die psychiatrische Begutachtung (Urk. 8/132/97-121) ergab keine Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet (Urk. 8/132/108 f.). Der Beschwerdeführer habe berichtet, eigentlich keine psychiatrische Krankheit zu haben, weswegen er keine Symptome oder Beschwerden dieser Art schildern könne. Er habe einfach 30

Jahre Krankengeschichte (Urk. 8/132/101 unten). Die Arbeitsfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 100 % in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten (Urk. 8/132/118 f.).

#### **E. 4.15**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einsprache entscheidet in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen sind für die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte erfüllt, weshalb sie vorliegend Berücksichtigung finden.

#### **E. 4.16**

Mit Bericht vom 29. April 2021 (Urk. 11) stellte Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen: - deutliche foraminale Stenosen C3/4 und C4/5 mit schweren Spondylarthrosen und Osteochondrosen und auch beginnend C5/6, aber ohne Stenosen mit Cervicocephalgien und Nuchalgien - Status nach Spondylodese L5/S1 - Status nach

misslungener Grauer Star - Operation rechtes Auge mit partieller Blindheit - Diabetes mellitus Die Nackenschmerzen wie auch die Schulterausstrahlungen könnten gut auf die foraminale Stenosen C3/4 und C4/5 zurückgeführt werden. Der Patient überlege sich die Situation und würde sich allenfalls wieder melden. Über den Mehrwert einer Intervention sei mit ihm gesprochen worden.

#### **E. 4.17**

In den Berichten der Herzpraxis M.\_\_\_\_

vom 21. November 2019 (Urk. 19/1), 18./23. November 2020 (Urk. 19/2), 12. Februar 2021 (Urk. 19/3) und 7. Juli 2021 (Urk. 19/4) wurde jeweils die folgende Diagnose gestellt (jeweils S. 1): - Status nach biologischem Aortenklappenersatz am 13. August 2019 wegen symptomatischer schwergradiger Stenose und mässiggradiger Insuffizienz der bikuspid angelegten Aortenklappe - Diabetes mellitus Typ 1 - Status nach Nikotinabusus - substituierte Hypothyreose bei Status nach Radiojodtherapie eines Morbus Basedow - Status nach Dekompression eines engen Spinalkanals (Spondylolisthesis L5/S1) - anamnestisch Halswirbelsynostose - Verdacht auf Klippel-Feil-Syndrom Zusammenfassend wurde im Bericht vom 7. Juli 2021 (Urk. 19/4) festgehalten, es liege formal weiterhin eine mittelschwere Aortenstenose vor. Wiederum habe kein morphologisches Substrat als Erklärung für den gemessenen Druckgradienten gefunden werden können. Kardial sei der Patient unverändert beschwerdefrei. Aus pragmatischen Überlegungen werde ein unverändert exspektatives weiteres Vorgehen mit echokardiographischer Verlaufskontrolle in 6 Monaten empfohlen. Sollte der Druckgradient weiter zunehmen, würde die transösophageale Echokardiographie, welche im November 2020 keine relevanten Veränderungen gezeigt habe, wiederholt werden (S. 2).

#### **E. 4.18**

Dr. A.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 21. Januar 2020, ergänzt am

29. September 2020 (Urk. 19/6 = Urk. 21/3), aus, es sei nach Abklingen der Uveitis rechts eine Kapsulotomie rechts geplant, um das Gesichtsfeld zu verbessern. Diese sei am 16. März 2020 durchgeführt worden, es bestünden beidseitig reizfreie Verhältnisse. Der Beschwerdeführer klagte darüber, dass er durch das rechte Auge irritiert sei. Er solle eine Sichtokklusion versuchen. Das linke Auge sei im gesamten Zeitraum unauffällig gewesen (S. 2).

Den weiteren, in den Jahren 2017 bis 2018 ergangenen augenärztlichen Berichten (Urk. 21/4-12) können keine für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevanten Informationen entnommen werden. Dies gilt auch für die Zusammenfassung der Krankengeschichte durch Dr. F.\_\_\_\_

vom 27. Dezember 2021 (Urk. 21/1).

#### **E. 4.19**

) aus ophthalmologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Verkäufer attestiert, vorausgesetzt, das

uveitische Auge befinde sich in einem nicht aktiven Entzündungszustand. Er verneinte ausdrücklich einen Behandlungsfehler der Augenklinik und nannte keine Einschränkungen, die über das genannte Belastungsprofil hinausgehen (keine Tätigkeit, welche ein

dreidimensionales Sehen erforderlich) . Prof. N.\_\_\_\_ hielt ferner fest, ein intraokulärer Entzündungszustand führe nicht zu Kopfschmerzen, insbesondere nicht im inaktiven Stadium. Eine negative Beeinflussung der Entzündungsaktivität durch die Arbeit oder beruflichen Stress sei nicht ausreichend evidenzbasiert. Einen Zusammenhang zwischen den geklagten Nackenschmerzen und der faktischen Einäugigkeit erwähnten weder Prof. N.\_\_\_\_

noch Prof. L.\_\_\_\_

(vgl. nachfolgend E.

5.6) , womit die diesbezüglichen Schlussfolgerungen im Medas -Gutachten insgesamt nicht zu beanstanden sind . Im Weiteren kam Prof. N.\_\_\_\_ im Gegensatz zum fachfremden Neurologen, Dr. XC.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.28), nicht zum Schluss, dass die Konzentrationsleistung und visuelle Arbeiten infolge der optischen Diagnosen eingeschränkt seien, was sich im Übrigen auch nicht aus der neuropsychologischen Abklärung ergab (vorstehend E. 4.27). Auch die von Dr. O.\_\_\_\_ erwähnte Einschränkung somatischer Art aufgrund der Sehbeschwerden ( Urk. 46 S. 3, vorstehend E. 4.29 ) basiert lediglich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, für welche es jedoch kein objektives Korrelat gibt.

5.5

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ( Urk. 1, Urk. 10 S. 2 unten) ergeben sich aus den Akten keine Hinweise auf eine Epilepsie und wiederholte Hypoglykämien , weshalb nicht weiter darauf einzugehen ist (vgl. auch Urk. 7 S.

2 oben ) . 5.6

Der Beschwerdeführer machte im Weiteren geltend, dass Klippel -Feil-Syndrom sei nicht berücksichtigt worden ( Urk. 1 S. 14 Ziff. 14). Er führte aus, es werde ein Verdacht auf ein Klippel -Feil-Syndrom genannt, «was zu verschiedenen Beschwerden» führe und «unter Umständen auch für die immer wiederkehrende Uveitis bzw. die Erblindung an einem Auge verantwortlich» sei «nebst den Herz beschwerden» sowie den foraminale Stenosen ( Urk.

#### **E. 4.20**

Im Auftrag des Beschwerdeführers nahm Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 8. März 2022 Stellung ( Urk. 26/1) und diagnostizierte eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ) sowie eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), sofern sich die Beschwerden nicht somatisch erklären liessen (S. 5). Der Beschwerdeführer könne sich bezüglich seiner Beschwerden nur schlecht ausdrücken, weise eine Tendenz zum Herunterspielen seiner Beschwerden auf, da ihm das Arbeiten und die Arbeitswelt bis heute extrem wichtig seien und er darunter leide, nicht wieder arbeiten zu können (S.

3). Stark im Zentrum seiner Äusserungen und seines Erlebens stünden die körperlichen Beschwerden. Er habe zudem eine Arthrose in der rechten Schulter, was im Medas -Gutachten nicht erfasst worden sei (S. 4 ; vgl. auch S. 3 ). Er leide unter seinen verschiedenen körperlichen Einschränkungen und Beschwerden. Seine gesamte Gedankenwelt sei darauf konzentriert mit entsprechendem Auftreten negativer Emotionen und auch einem krankheitsbedingten Rückzug (S. 5 oben) . Es seien alle Lebensbereiche

betroffen (S. 5 Mitte) . Es schein nicht der Fall zu sein, dass die bestehenden Beschwerden und Einschränkungen im Medas -Gut achten in ihrer negativen Wechselwirkung berücksichtigt worden seien, so zum Beispiel die Sehstörungen in Kombination mit der Beeinträchtigung der seitlichen Beweglichkeit des Nackens, die Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates mit der kardialen Situation und der Erschöpfungsproblematik, oder die eingeschränkte kognitive und mentale Flexibilität in Kombination mit der Multimorbidität (S. 5 unten) . Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Depression, erhöhten Ermüdbarkeit und kognitiven und emotionalen Einengung auf die somatischen Beschwerden und Beeinträchtigungen, die offensichtlich schwer seien, deutlich eingeschränkt. Diese Feststellungen würden für den Wiedereinstieg in eine bestehende, dem Beschwerdeführer bereits bekannte Arbeit gelten. Eine Umstellfähigkeit auf eine neue Tätigkeit sei ausgeschlossen (S. 6).

#### **E. 4.21**

Pract . med. P.\_\_\_\_ , Facharzt für Arbeitsmedizin, und dipl. med. Q.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahmen am 4. April 2022 (Urk. 30) zu den bis zu jenem Zeitpunkt im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten Stellung und hielten fest, Dr. O.\_\_\_\_ nenne keine genaue Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit, ebenfalls fehle eine Differenzierung zwischen bisheriger und angepasster Tätigkeit. Im Allgemeinen falle auf, dass Dr. O.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf die somatischen Einschränkungen und gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers verweise. Eine psychopharmakologische Behandlung finde nicht statt. Aus psychiatrischer Sicht seien die Diagnosekriterien für eine mittelschwere Depression nicht erfüllt. Bei den Hauptkriterien sei die anhaltende depressive Verstimmung nicht gegeben, es werde nur ein Befindlichkeitswechsel bei körperlichen Beschwerden beschrieben. Auch eine anhaltende Freudlosigkeit und/oder ein Interessenverlust liessen sich nicht ableiten, nur die Erschöpfung erscheine nachvollziehbar vorzuliegen. Somit seien keine zwei Hauptkriterien für eine depressive Episode erfüllt (S. 3). Weiter könne die Neurasthenie nicht zusammen mit einer Depression vergeben werden, zudem sei die Erschöpfung allein kein hinreichendes Kriterium einer Neurasthenie. Ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sei ebenfalls nicht zu bestätigen, da die Schmerzen somatisch erklärbar seien. Zusammenfassend seien die von Dr. O.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht plausibel nachvollziehbar (S. 4). Auch mit den eingereichten somatischen Berichten ergäben sich keine neuen medizinischen Fakten (S. 5).

#### **E. 4.22**

Am 20. und 29. April 2022 wurden in der Klinik R.\_\_\_\_

bildgebende Untersuchungen durchgeführt. Im Bericht vom 20. April 2022 betreffend die gleichen tags durchgeführte Magnetresonanztomographie (MR) des Schädels-Gesichtschädels (Urk. 35/1) hielt Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, fest, es fänden sich minimalste mikroangiopathische Veränderungen. MRA volumetrisch sei primär von einem Normalbefund auszugehen. Eine Lobärdegeneration (insbesondere progressive nonfluent

aphasia , PNFA) sei bei entsprechendem klinischem Verdacht nicht ausgeschlossen (S. 1).

#### **E. 4.23**

Im Bericht vom 29. April 2022 betreffend die MR

Untersuchung der HWS vom gleichen Tag ( Urk. 35/ 2) hielt Dr. med. T.\_\_\_\_ , Fachärztin für Radiologie, fest, es läge im Vergleich zur auswärtigen Vor-MRI Untersuchung vom 26. Juni 2008 weiterhin eine deutliche linkskonvexe Torsionsskoliose der HWS mit konstanter Segmentierungsstörung auf der Höhe C6/7 vor. Proximal davon bestünden zunehmende mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen , Uncovertebralarthrosen , Spondylarthrosen und dorsalen Diskusprotrusionen sowie eine zunehmende Kyphosierung der HWS. Am stärksten ausgeprägt seien die Osteochondrose , Uncovertebralarthrose , und Diskusprotrusion auf der Höhe C4/5, wobei das Myelon tangiert werde. Es liege kein Nachweis einer zervikalen Myelopathie vor. Vorwiegend durch die ossären Veränderungen, weniger durch die Diskusprotrusionen beidseits, bestehe beidseits eine mässige Einengung der Neuroforamina C3- 5. Die übrigen zervikalen Neuroforamina beidseits seien etwas leicht eingeengt (S. 1).

#### **E. 4.24**

Am 8. Juni 2022 erfolgte eine MR Untersuchung der LWS im Neuroradiologie Zentrum U.\_\_\_\_ . In der Beurteilung führte Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ , Facharzt für Radiologie, speziell Neuroradiologie, aus, es zeigten sich stabile postoperative Veränderungen ohne Hinweise auf Spinalkanalstenose. Es lägen eine geringe epifusionelle Degeneration L4/5 linksbetont und eine gering verstärkte perimedulläre Gefässzeichnung

am Rande des untersuchten Abschnittes vor. Bei klinischem Verdacht auf Claudicatio intermittens sei eine ergänzende MR/MRA Untersuchung des thorakalen Spinalkanals/Rückenmarks zu erwägen ( Urk. 35/3 S. 1 ).

#### **E. 4.25**

Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_ , Fachärztin für Radiologie, speziell Neuroradiologie, führte im Bericht vom 10. August 2022 betreffend die spinale Katheterangiografie

zum Ausschluss einer Gefässpathologie vom 20. Juli 2022 aus, es habe sich ein Normalbefund mit regelhafter Perfusion und venöser Drainage des Rückenmarks ergeben. Es bestünden keine Hinweise für eine medulläre venöse Hypertension ( Urk. 37/1 S. 1).

#### **E. 4.26**

Die kardiologische Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ vom 2. November 2022 (vgl. Urk. 37/4) hatte aufgrund des gemessenen höheren transaortalen Druckgradienten die CT-angiographische Untersuchung des Herzens am 22. November 2022 am Universitätsspital E.\_\_\_\_

zur Folge , welche eine normaldimensionierte Aorta thorakalis und einen regelrechten Abgang der supraaortalen Gefässe ergeben habe ( Urk. 37/ 3) . Dr. H.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich am 29. November 2022 fest, es seien keine Stenosen nachweisbar gewesen, welche für die CW-Dopplermessung mit erhöhtem Druckgradienten hätten verantwortlich gemacht werden. Entsprechend sei weiterhin von einem transaortalen Druckgradienten über die aortale Bioprothese auszu gehen. Momentan sei dieser Befund ohne therapeutische Relevanz . Die nächste Verlaufskontrolle sei in einem Jahr geplant ( Urk. 37/2 S. 1-2) .

#### **E. 4.27**

Mit Bericht vom 21. April 2023 ( Urk. 40) hielten Dr. med. XA.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie, und lic. phil. XB.\_\_\_\_ , Psychologin FSP, gestützt auf ihre verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung fest, im Vordergrund stünden

attentionale Einschränkungen im Sinne einer leicht eingeschränkten selektiven Aufmerksamkeit und assoziierenden Einschränkungen einzelner verbal-mnestischer Funktionen leichter und schwerer Ausprägung. Leicht eingeschränkt seien die Lernfähigkeit, schwer die Merkspanne und proaktive Interferenz bei jedoch normgerechter Abruf- und Speicherfähigkeit. Hinzu kämen frontal-exekutive Einschränkungen in vereinzelt Teilbereichen leichter Ausprägung (verbale Ideenproduktionen auf ein phonematisches Kriterium, visuo-verbale Interferenzkontrolle). Die Leistungen in den übrigen geprüften kognitiven Bereichen (unter anderem die verbal-kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und die Sprache und sprachassoziierten Funktionen) fielen erfreulicherweise normgerecht aus (S. 1). Die Befunde entsprächen einer ätiologisch unspezifischen neurokognitiven Funktionsstörung im Sinne einer vor allem schmerzinduzierten Belastbarkeitslimitierung mit entsprechend reduzierter neurokognitiver Anpassungsleistung bei chronifizierter Schmerzsymptomatik. Aggravierend/ressourcenlimitierend dürfe sich die affektpathologische Begleitsymptomatik auswirken. Neuroradiologisch (Schädel-MRI vom April 2022) hätten strukturelle Läsionen ausgeschlossen werden können. Hinweise auf die Entwicklung einer neurodegenerativen Erkrankung ergäben sich vom kognitiven Profil her nicht. Als Diagnose nannte Dr. XA. \_

—  
eine unspezifische neuropsychologische Funktionsstörung im Sinne einer schmerzinduzierten Belastbarkeitslimitierung mit reduzierter neurokognitiver Anpassungsleistung bei chronifizierter Schmerzsymptomatik, Status nach wiederholten Operationen in Vollnarkose sowie affektpathologischer Begleitsymptomatik (S. 2 oben). Als Therapie stehe die ambulante fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei mittelgradig ausgeprägter affektpathologischer Symptomatik sowie zur Unterstützung hinsichtlich Schmerzverarbeitung im Vordergrund. Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich keine weiteren therapeutischen Indikationen. Aus rein neurokognitiver Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der verminderten Belastbarkeit aktuell um circa 50 % eingeschränkt (S. 2 Mitte).

#### **E. 4.28**

Dr. med. univ. XC. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 14. Juni 2023 zu Händen des Beschwerdeführers fest, die Schwellung der Beine, die Sehinderung des rechten Auges, die degenerativen HWS-Veränderungen, das Impingement der linken Schulter sowie der Status nach LWS-Operation führten zu Einschränkungen, deren Umfang und Ursprung mittels Arbeitsversuchen zu eruieren wäre. Es müsse von einer starken Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, welche sicherlich über 50 % betragen werde. Eine realistische Einschätzung über ein mögliches Arbeitspensum schein ihm nicht möglich

(Urk. 44 S. 2 f.).

#### **E. 4.29**

Dr. O. \_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 1. Juli 2023 zu Händen des Beschwerdeführers fest, es bestehe aus psychiatrischer Sicht die bisherige Diagnose einer mittelschweren Depression, wobei diese anzunehmender Weise wesentlich durch die chronische Schmerzproblematik bedingt sei und die medikamentöse antidepressive Therapie bei der komplexen Symptomatik, wie zu erwarten, keine Verbesserung gebracht habe

( Urk. 46 S. 2 unten ). Daneben lägen ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sowie kognitive Störungen unsicherer Genese vor. Letztere könnten als unabhängiges organisches Geschehen betrachtet, aber ebenso Teil der Depression oder des chronischen Schmerzsyndroms eingeordnet werden (S. 3 oben). Neu zu berücksichtigen sei die Diagnose einer Neurasthenie aufgrund der raschen Erschöpfbarkeit, verlängerten Erholungsphase und Verstärkung der körperlichen Symptome, wobei die Symptomatik so schwer sei, dass sie nicht bei den Symptomen der Depression oder des Schmerzsyndroms subsummiert werden könne (S. 3 Mitte) . Der multimorbide Beschwerdeführer sei aufgrund der somatischen Einschränkungen und Schmerzen, der Blindheit an einem Auge, der kognitiven Limiten, Depression und erhöhten Ermüdungserscheinungen nahezu zu 100 % arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeit inklusive Umschulung. Eine Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei in dieser Situation überflüssig (S. 4) . 5. 5.1

Das Medas -Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet ( vgl. vorstehend E . 1.4), womit es die rechtsprechungsgemässen Anforderungen erfüllt. Es ist daher sowohl hinsichtlich der Diagnosen als auch hinsichtlich der Schlussfolgerungen betreffend die Arbeitsfähigkeit darauf abzustellen. Daran vermögen , wie nachfolgend zu zeigen ist, weder die Kritik am Gutachten noch die zwischenzeitlich ein gereichten, zahlreichen weiteren medizinischen Berichte etwas zu ändern. 5.2

Der Beschwerdeführer brachte vor , die Beschwerdegegnerin hätte vor der Veranlassung der Begutachtung weitere Berichte der behandelnden Ärzte, unter anderem der Klinik J.\_\_\_\_ , einholen müssen (vgl. Urk. 1 S. 11 unten f.). Angesichts de s

Vorliegen s bereits umfangreicher medizinischer Akten (vgl. unter anderem Urk. 8/13, Urk. 8/16, Urk. 8/25, Urk. 8/30, Urk. 8/37, Urk. 8/43-44, Urk. 8/49, Urk. 8/77, Urk. 8/85, Urk. 8/93, Urk. 8/96, Urk. 8/ 101-102 , Urk. 8/107 -110 , Urk. 8/115 ) und der von der Beschwerdegegnerin als nötig erachteten umfassen den polydisziplinären Begutachtung war es nicht mehr nötig, weitere Berichte der Behandler einzuholen und abzuwarten , zumal die Klinik J.\_\_\_\_ die Weiterbetreuung des Beschwerdeführers durch Dr. A.\_\_\_\_ als ausgezeichnet erachtete ( Urk. 8/110/2) . 5.3

Der Beschwerdeführer machte ferner geltend, aus dem Gutachten gehe hervor, dass die Medas -Gutachter auf die Arztberichte eines anderen Patienten mit dem gleichen Nachnamen abgestützt und offensichtlich diese Berichte in ihre Würdigung einbezogen hätten. Dies stelle ein en Mangel des Gutachtens dar und es könne nicht ausgeschlossen werden, dass sich gewisse Akten von ihm stattdessen im Dossier der anderen Person befänden ( Urk. 1 S. 13 Ziff. 11 ; Urk. 10 S. 3 Ziff. 4 ).

Dass in der Aktenzusammenfassung des Medas -Gutachtens ( Urk. 8/ 132/15 f. ; Urk. 8/ 132/85 f. ) (soweit ersichtlich 4) Berichte (von mehr als 40; vgl. Urk. 8/132 /13-30 ) betreffend einen anderen Patienten zusammengefasst wurden, ist zweifellos nicht ideal. Trotzdem vermag dies die Beweiskraft des Gut achtens nicht in Zweifel zu ziehen, da die Gutachter in den jeweiligen Fachgebieten eigene umfassende Untersuchungen des Beschwerdeführers vornahmen mit der jeweiligen detaillierten Befundaufnahme (vgl. Urk.

8/132/43-49, Urk. 8/132/ 58-61 , Urk. 8/132/70-73, Urk. 8/132/79-81, Urk. 8/132/ 88-91, Urk. 8/132/101-108 ) und gestützt darauf zu einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/132/52-53, Urk. 8/132/62, Urk. 8/132/76 , Urk. 8/132/94-95, Urk. 8/132/118-119 ) kamen, welche schliesslich in die Konsensbeurteilung (vgl. Urk. 8/132/6-10 ) einfluss. Es liegen keine Hinweise vor, dass die Konsensbeurteilung, die Diagnosen und Schlussfolgerungen nicht ausschliesslich auf Untersuchungsergebnissen betreffend den Beschwerdeführer basieren , beziehungsweise dass die Gutachter aufgrund der genannten Berichte zu Diagnosen oder Schlussfolgerungen gekommen wären, die den Beschwerdeführer nicht betreffen . Insbesondere ergeben sich in Bezug auf die erhobenen Befunde und Diagnosen keine unbegründbaren Abweichungen hinsichtlich der neu eingereichten Berichte (vgl. vorstehend E. 4.16-29 ).

Der Beschwerdeführer machte denn auch nicht geltend, dass und welche medizinischen Grundlagen oder Schlussfolgerungen aufgrund einer allfälligen Verwechslung falsch wären. Das Erwähnen allfälliger fremder medizinischer Akten führt in der vorliegenden Konstellation daher nicht zu einem wesentlichen Mangel des Medas -Gutachtens , sodass nicht bereits aus diesem Grund eine weitere Begutachtung nötig wäre. 5.4

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor , im Medas -Gutachten seien gewisse Beschwerden und Wechselwirkungen von Beschwerden unberücksichtigt geblieben . Die optisch-almologischen Beschwerden seien ausgeschieden worden und damit unberücksichtigt geblieben , was einen Mangel darstelle .

Es hätte eine optisch-almologische Untersuchung durchgeführt werden müssen ( Urk. 1 S. 13 Ziff. 12 ff. ; Urk. 10 S. 5; Urk. 15 ).

Wie bereits erwähnt, fand eine umfassende, polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie sowie eine Konsensbeurteilung in Kenntnis und unter Berücksichtigung der jeweiligen Schlussfolgerungen der Teilgutachten statt. Dabei ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise, dass gewissen Beschwerden und deren Beziehungen untereinander keine Beachtung gegeben worden ist . Die optisch-almologischen Beschwerden sind, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, nicht ausgeschieden worden und unberücksichtigt geblieben , vielmehr wurde die Diagnose Einäugigkeit links bei massiv eingeschränktem Visus rechts beziehungsweise massiv eingeschränkter Visus rechts im internistischen und neurologischen Teilgutachten ( Urk. 8/132/43 Ziff. 3, Urk. 8/132/74) sowie in der Konsensbeurteilung ( Urk. 8/132/7: massiv eingeschränkter Visus rechts mit faktischer Einäugigkeit links) aufgeführt und die objektiven Funktionseinschränkungen aufgrund der Einäugigkeit (eingeschränktes Gesichtsfeld und fehlendes Stereosehen) im Belastungsprofil berücksichtigt

(vgl. Urk. 8/132/8 oben und Urk. 8/132/9 oben ). Dass die funktionelle Einäugigkeit zu somatischen Nacken- und Rückenbeschwerden führen soll, entspricht den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, für welche es aber keine fachärztliche medizinische Begründung und Grundlage gibt. Dabei hat selbst Prof. N.\_\_\_\_

im Bericht zu Händen des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

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 aus geglichener 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 gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs

massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungs-erlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Weist das zuletzt erzielte Einkommen der versicherten Person starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen. Ist der zuletzt bezogene Lohn überdurchschnittlich hoch, ist er nur dann als Valideneinkommen heranzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass er weiterhin erzielt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1).

### **E. 6.2**

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 2 S.

2) wurde

vom Beschwerdeführer

nicht bemängelt.

Hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin angenommenen Valideneinkommens von Fr. 59'505.35 ausgehend vom Einkommen 2016 von Fr. 58'680.-- ( Urk. 8/133) ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der Krankmeldung der Arbeitgeberin zu Handen der Krankentaggeldversicherung vom 14. September 2016 der Grundlohn Fr. 58'680.-- betragen hatte. Hinzu kamen jedoch eine Gratifikation/13. Monatslohn von Fr. 4'890.-- und andere Lohnzulagen von Fr. 6'885.35, womit ein Lohn von insgesamt Fr. 70'455.35 ( Urk. 8/13/10 Ziff. 8) resultierte. Gemäss dem IK-Auszug vom 27. März 2017

( Urk. 8/7) erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2012 Fr. 61'663.--, im Jahr 2013 Fr. 65'762.--, im

Jahr 2014 Fr. 69'402.-- und im

Jahr 2015

Fr. 64'518.--. Angesichts der ausgewiesenen Schwankungen in den Jahren 2012-2016 ( und bereits zuvor) rechtfertigt es sich, zur Ermittlung des Valideneinkommens den Durchschnitt der letzten fünf Jahre heranzuziehen (vgl. vorstehend E. 6.1), womit ein Einkommen von Fr. 66'360.--

( [ Fr. 61'663.-- + Fr. 65'762.-- + Fr. 69'402.-- + Fr. 64'518.-- +

Fr. 70'455.35] : 5 = Fr. 66'360.--) beziehungsweise unter Berücksichtigung der Nominallohntwicklung ( Fr. 66'360.-- x

### **E. 6.3**

Der Vergleich zwischen dem Valideneinkommen von Fr. 66'625.-- und dem Invalideneinkommen von Fr. 50'303.-- ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 25 %, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Selbst unter Berücksichtigung eines (unter Beachtung der konkreten Verhältnisse gestützt auf die Rechtsprechung maximal zu gewährenden) leidensbedingten Abzugs von 10 %

(vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen, 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 75 E. 5a/ bb

und E. 5b/ aa -cc und 124 V 321 E. 3b/ aa) würde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 32 % resultieren ( Fr. 50'303.-- x 0.9 = Fr. 45'273.-- ), womit dieser Punkt letztlich offen gelassen werden kann. 7.

In Bezug auf den (vorsorglichen) Antrag des Beschwerdeführers auf Umschulung

( Urk. 1 S. 2 und S. 25 f. Ziff. 23) ist festzuhalten, dass mit der angefochtenen Verfügung kein Anfechtungsobjekt vorliegt, da die Beschwerdegegnerin darüber nicht verfügt hat und auch nicht verfügen musste, zumal im Einwand (vgl. Urk. 8/140) kein entsprechender Antrag gestellt worden war. Damit ist auf die Beschwerde diesbezüglich nicht einzutreten. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Grieder-Martens Tiefenbacher

#### **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. 10**

S. 3 unten f.). Die Wechselwirkungen der verschiedenen Beschwerden seien nicht genügend berücksichtigt worden (S. 5).

Eine augenärztliche Begutachtung sei nicht erfolgt, weshalb auch aus diesem Grund der Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei ( Urk.

#### **E. 15**

S. 1).

Vor allem die Situation an der Halswirbelsäule (HWS) mit der in der Zwischenzeit eingetretenen partiellen Erblindung seien sehr einschränkend und schmerzhaft. Weitere Beschwerden und Diagnosen seien hinzugekommen ( Urk.

#### **E. 18**

S. 2).

Der Beschwerdeführer beantragte die Veranlassung einer neuen Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin oder das Einholen eines Gerichtsgutachtens ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 2 und S. 3 Ziff. 7). Angesichts des vorliegenden beweismässigen Medas -Gutachtens und den zahlreichen weiteren medizinischen Abklärungen und Berichten (vgl. vorstehend E. 4.1-29

), welche die Schlussfolgerungen des Medas -Gutachtens nicht zu entkräften vermögen, besteht kein Anlass, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, denn es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht davon auszugehen, dass sich daraus neue Erkenntnisse ergeben (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

Es ist damit auf das Medas -Gutachten abzustellen und von den darin genannten Diagnosen und einer Restarbeitsfähigkeit von 6 Stunden pro Tag in (angepasster) leichter Tätigkeit auszugehen. 6.

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