

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00127 vom 30. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00127)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00127 du 30 novembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00127 del 30 novembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, ist gelernte Verkäuferin. Seit Oktober 2000 arbeitete sie bei Y.\_\_\_\_ und war seit dem 1. März 2014 krankgeschrieben (Urk. 7/31, Urk. 7/38 /2). Sie erlitt (ohne Unfallereignis) eine Insuffizienzfraktur des rechten Mittelfusses mit Entwicklung einer Ps eudoarthrose (Urk. 7/33 /1 ,

Urk. 7/38/1

Urk. 7/127/5+7). Am 4. September 2014 meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/13). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, unter anderem liess sie die Versicherte durch den RAD-Arzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersuchen (Urk. 7/31, Urk. 7/33, Urk. 7/35, Urk. 7/38,

Urk. 7/41, Urk. 7/44, Urk. 7/49, Urk. 7/55, Urk. 7/62, Urk. 7/67, Urk. 7/69, Urk. 7/77, Urk. 7/82, Urk. 7/88, Urk. 7/91, Urk. 7/92). Die Beschwerdeführerin hatte sich ein erstes Mal am 23. August 2014 einer Fussoperation unterziehen müssen. Während der Dauer der Abklärungen

kamen drei weitere Fussopera tionen dazu (Urk. 7/38/7, Urk. 7/41/5, Urk. 7/52+55, Urk. 7/77). Mit Vorbescheid vom 1. Juni 2018 kündigte die IV-Stelle die Zusprache einer befristeten Inva lidenrente an (Urk. 7/98). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (Einwand vom 16. Juni und

3. September 2018, Urk. 9/99, Urk. 9/107), worauf die IV-S telle das bidisziplinäre (internistisch-orthopädische) Gutachten beim A.\_\_\_\_,

vom 16. April

2019 veranlasste (Urk. 7/127, vgl. auch Urk. 7/118). Nach Erlass eines neuerlichen Vorbescheids (Vorbescheid vom 27. Mai 2020, Urk. 7/140), wogegen die Versicherte Einwand (Einwand vom 31. August 2020, Urk. 7/144) erhob, teilte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Januar 2021 der Versicherten mit, dass sie vom 1. März 2015 bis 30. Juni 2016 Anspruch auf eine ganze Rente habe, vom 1. Juli 2016 bis 31. August 2016 bestehe kein Rentenanspruch, vom 1. September 2016 bis 30. Juni 2017 bestehe erneut Anspruch auf eine ganze Rente, vom 1. Juli 2017 bis 30. September 2017 bestehe Anspruch auf eine halbe Rente, danach sei kein Rentenanspruch mehr gegeben (Urk.

### E. 1.1

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

Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 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. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3**

Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat der Versicherungsträger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.2.1).

### **E. 1.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 2.

### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 25. Januar 2021 liess die Versicherte mit Eingabe vom 25. Februar 2021 Beschwerde erheben und beantragen, ihr sei vom 1. März 2015 bis 30. September 2017 durchwegs eine ganze Invalidenrente auszurichten. Weiter sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie nach ergänzenden Abklärungen über den weiteren Rentenanspruch ab 1. Oktober 2017 neu befinde ( Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 19. April 2021 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), was der Beschwerde führerin zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheids, gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Rayonleiterin im Food nicht mehr möglich sei. Bis Ende Februar 2016 habe auch keine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden. Von März bis September 2016 sei der Beschwerdeführerin dann eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar gewesen. Im September 2016 habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, weshalb vorübergehend, bis zum 9. März 2017, auch die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit nicht möglich gewesen sei. Vom 10. März 2017 bis 30. Juni 2017 habe für eine leidensangepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Seit 1. Juli 2017 sei die Beschwerdeführerin nunmehr in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Soweit die Beschwerdeführerin rüge, dass keine psychiatrische Begutachtung erfolgt sei, könne ihr nicht gefolgt werden. Zum Zeitpunkt der Auftragsvergabe des Gutachtens habe es keine Hinweise auf einen psychischen Gesundheitsschaden gegeben. Erst nach Erstellung des Gutachtens sei der Bericht des Psychologen lic. phil. B. \_\_\_ eingetroffen. Dieser beschreibe aber bloss eine subjektive Anamnese und enthalte eine polemische, fachfremde Beurteilung, weshalb sich eine zusätzliche, psychiatrische Abklärung nach wie vor nicht aufdränge. Zwar bemerke die Beschwerdeführerin zu Recht, dass im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung bloss eine kleine, aber keine grosse Lungenfunktionsprüfung vorgenommen worden sei. Dieser Umstand sei jedoch für die Beurteilung der bestehenden funktionellen Einschränkungen nicht relevant. Im Rahmen des Einkommensvergleichs rechtfertige sich sodann bei der Bemessung des Invalideneinkommens kein Abzug vom Tabellenlohn (Urk. 2/1, Urk. 6).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, das bidisziplinäre Gutachten erweise sich als nicht beweiskräftig. Bei Y. \_\_\_ habe sie wegen ihrer Hustenanfälle nicht mehr an der Kasse arbeiten können, da die Kunden verunsichert darauf reagiert hätten. Der internistische A. \_\_\_ -Gutachter habe ausgeführt, dass die unklaren Hustenanfälle ihre Tätigkeit einschränken würden. Laut seinen Aussagen habe er für die Hustenanfälle in der kleinen und grossen Lungenfunktionsprüfung kein organisches Korrelat

finden können. Tatsache sei jedoch, dass anlässlich der Begutachtung gar keine grosse Lungenprüfung stattgefunden habe. Weiter hätten die Gutachter einen Bericht des vormals behandelnden Psychotherapeuten angefordert, diesen dann aber nicht abgewartet. Spätestens seit Vorliegens dieses Berichts sei klar, dass eine psychiatrische Abklärung erfolgen müsse. Sodann vermöge die von den Gutachtern abgegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Die bildgebenden Untersuchungen des rechten Fusses im Juni 2016 hätten ergeben, dass nebst der fehlenden knöchernen Durchbauung ein hochgradiger Verdacht auf einen materialassoziierten Infekt bestanden habe und dass die in der vorangehenden Operation verwendeten Schrauben zu lang gewesen seien, weshalb es Anfang September 2016 zu einer vierten Operation gekommen sei. Vor diesem Hintergrund sei nicht nachvollziehbar, dass zwischen März 2016 und der erneuten Operation vom 14. September 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden haben soll. Auch der weitere Verlauf der Arbeitsfähigkeit werde nicht begründet. Es sei offensichtlich, dass sich die A. \_\_\_ -Gutachter dabei auf die Beurteilung des RAD-Arzt Dr. Z. \_\_\_ gestützt hätten. Dieser habe im März 2017 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ab Juli 2017 prognostiziert. Dessen Beurteilung sei also prospektiv und insofern spekulativ erfolgt.

Schliesslich sei bei der Festlegung des Invalideneinkommens ein leidensbedingter Abzug vorzu nehmen. Ausserdem werde die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu prüfen sein (Urk. 1). 3. 3.1

Im Februar 2014 traten bei der Beschwerdeführerin ohne Trauma spontane Fuss schmerzen im rechten Fussgelenk auf (Urk. 7/49/5). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellte eine Insuffizienzfraktur des Os naviculare rechts fest (Urk. 7/49/9). Nach Scheitern der konservativen Therapie und Veranlassung einer CT-Untersuchung, die eine Pseudoarthrose zeigte, erfolgte am 27. August 2014 operativ eine Pseudoarthrosen-Revision und Osteosynthese (Urk. 7/41/5, Urk. 7/49/10-12). Die in der Folge aufgrund persistierender belastungsabhängiger Schmerzen im rechten Mittelfuss eingeleiteten Abklärungen zeigten eine fehlende

ossäre Fusion der debridierten Pseudoarthrose. Am 18. März 2015 kam es deshalb zu einer operativen Re-Osteosynthese (Urk. 7/38/7). In der Folge litt die Beschwerdeführerin an sekundären Beschwerden infolge Schraubenüberlänge im Bereich des calcaneonaviculären und cuboidnavikulären Gelenkspalts rechts (Urk. 7/62/4). Ihr wurden vom Operateur Dr. C.\_\_\_\_ und vom Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, eine anhaltende gänzliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (Berichte vom

4. August

2015 resp.

10. Oktober

2015; Urk. 7/44,

Urk. 7/49). Schliesslich erfolgte am 31. Januar 2016 ein dritter operativer Eingriff (Urk. 7/52, Urk. 7/55, Urk. 7/62/4). 3.2

Dr. C.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 17. März 2016 unter Verweis auf die Operation vom 13. Januar 2016

fest, dass die Fuss schmerzen persistieren würden. Zudem äusserte er einen Verdacht auf eine Fasziiitis

plantaris rechts. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit beantwortete er dahingehend, dass eine sitzende Tätigkeit möglich sei. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei zu 100 % vermindert. Auf die Frage, ob eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag bestehe, erklärte er, dass eine sitzende Tätigkeit möglich sei (Urk. 7/55).

Im Bericht zuh anden des Hausar ztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. April 2016 diagnos ti zierte Dr. C.\_\_\_\_ einen Belastungsschmerz am rechten Vorfuss bei einem Ver dacht auf Transfermetatarsalgie, differentialdiagnostisch eine

Fasziitis

plantaris, sowie einen schmerzfreien Mittelfuss rechts bei Status nach Osteosynthese Os naviculare. Er führte aus, klinisch müsse davon ausgegangen werden, dass die Pathologie im Bereich des Os naviculare nicht mehr symptomatisch sei. Vielmehr bestehe nun ein Verdacht einer Transfermetatarsalgie oder einer

Fasziitis

plan taris ( Urk. 7/62/5).

Eine 3-Phasen- Skelettszintigraphie einschliesslich SPECT/CT der Füsse vom 2. Juni 2016 zeigte sodann, dass die Fraktur bisher noch nicht konsolidiert war, die medialste sowie die lateralste Schraube zu lang war und ein Verdacht auf einen materialassoziierten Infekt bestand ( Urk. 7/85/1). Im weiteren Bericht vom 15. Juli 2016 zu Händen von Dr. D.\_\_\_\_

diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_

eine Pseudoarthrose Os naviculare rechter Mittelfuss sowie einen Status nach zweimaliger Osteosynthese. Er erklärte, die Beschwerdeführerin klagte weiterhin über belastungsabhängige diffuse Schmerzen im Bereich der Fusssohle. Eine erneute CT-Untersuchung habe die fehlende Durchbauung der revidierten und mit Eigenknochen angelagerten Pseudoarthrose gezeigt.

Dementsprechend gelangte Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Indikation für einen weiteren Eingriff gegeben sei, was nun die Arthrodese des talonavikulären Gelenks zur Folge haben werde. Der Eingriff erfolgte am 7. September 2016 ( Urk. 7/67/1). 3.3

Am 16. August 2016 untersuchte der RAD-Arzt Dr. Z.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin. Er hielt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Insuffizienzfraktur des Os naviculare rechts (bei zunächst konservativer Behandlung, arthrophe Pseudoarthrose Os naviculare bei Osteosynthese rechts Os naviculare

am 27. August 2014, postoperative Pseudoarthrose rechts Os naviculare bei Spongioplastik, Re-Osteosynthese am 18. März 2015) sowie persistierende Fusschmerzen rechts (bei Status nach Re-Osteosynthese Os naviculare mit überlangen Schrauben, Revision Osteosynthesematerial und Schraubenwechsel am 13. Januar 2016, anhaltender Pseudoarthrose Os naviculare rechter Fuss) fest. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er dem Belastungsschmerz rechter

Vorfuss

( bei Verdacht auf Transfermetatarsalgie, Differentialdiagnose

Fasziitis

plantaris), dem Diabetes mellitus, Asthma Bronchiale, Adipositas permagna und der beginnenden Varusgonarthrose links bei. Im Rahmen der Würdigung der Aktenlage wies er darauf hin, dass Dr. C.\_\_\_\_ ab dem 17. März 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer rein sitzenden Tätigkeit attestiere. Am 7. September 2016 sei eine Arthrodese geplant. Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, dass in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin keine Arbeitsfähigkeit mehr seit 11. März 2014 bestehe. Für eine rein sitzende Tätigkeit bestehe ab 17. März 2016 bis zur erneuten Operation eine volle Arbeitsfähigkeit. Ab dem Zeitpunkt der erneuten Operation, die für den 7. September 2016 geplant sei, bestehe dann auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine endgültige Beurteilung könne so dann voraussichtlich erst sechs Monate postoperativ erfolgen ( Urk. 7/69). 3.4

Die geplante vierte Operation fand schliesslich nicht am 7., sondern am 14. September 2016 statt ( Urk. 7/77, vgl. auch Urk. 7/74). Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte im Bericht vom 6. Februar 2017 eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit. Allenfalls sei ab Juni 2017 eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung gegeben ( Urk. 7/82). 3.5

Am 9. März 2017 erfolgte eine neuerliche Untersuchung der Beschwerdeführer in durch Dr. Z.\_\_\_\_. Der RAD-Arzt hielt fest, es bestehe ein anhaltender Belastungsschmerz rechter Mittelfuss bei Status nach komplexer Revisions-Arthrode am 14. September 2016. Die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin sei nicht mehr möglich. In angepasster Tätigkeit habe vom 11. März 2014 bis 16. März 2016 eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit, vom 17. März 2016 bis 13. September 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit und vom 17. September 2016 bis 9. März 2017 wieder eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab 10. März 2017 bis 30. Juni 2017 sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und ab 1. Juni 2017 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/88). 3.6

Im Bericht vom 21. November 2017 teilte Dr. C.\_\_\_\_ mit, die talonavikuläre

Arthrode sei verheilt. Es bestehe ein Knickfuß rechts sowie ein Verdacht auf Osteopenie rechter Fuss. Orthopädisch sei die Behandlung nun abgeschlossen. Es empfehle sich, mit der Beschwerdeführerin ein von der IV unterstütztes Beschäftigungsprogramm in einem 50 %-Pensum durchzuführen (Urk. 7/92). 3.7 3.7.1

Im bidisziplinären

A.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. April 2019 wurde aus internistischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/127/6-7, Urk. 7/127/40). Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnose gestellt (Urk. 7/127/6-7, Urk. 7/127/56):

Nach Insuffizienzfraktur des Os naviculare Fuss rechts und atropher Pseudoarthrose des Os naviculare mit • Anbohrung der Pseudoarthrose und Revision sowie Osteosynthese am 27. August 2014 • Re-Osteosynthese und Spongiosa-Plastik des Os pedis am 18. März 2015 • Schraubenwechsel und Revisionsosteosynthese am 13. Januar 2016 • komplexer Arthrode am 14. September 2016: Versteifung des rechten medialen Mittelfusses (Chopart-Gelenk) • radiologisch sichtbare Gelenkflächen und Veränderungen ohne Zeichen des vollständigen Durchbaus. Reizlos einliegendes Osteosynthesematerial, noch einsehbare Gelenkspalte nach stattgehabter Arthrode: - Teilversteifung des rechten Mittelfusses - Metatarsalgie rechts - Belastungsminderung rechter Fuss

Den weiteren orthopädischen Diagnosen einer Gonarthrose beidseits, einer Coxarthrose beidseits, eines Lumbalsyndroms beidseits bei rechtskonvexer thoraxlumbaler Wirbelsäulenskoliose sowie Osteochondrose und Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule und Senkspitzfüßen beidseits wurden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 7/127/6-7, Urk. 7/127/56).

Aus internistischer Sicht wurde festgehalten, die Untersuchung habe bis auf die Onychomykose der Füße beidseits sowie die Interdigitalmykose an den Zehen links III / IV und rechts IV/V

das Bild einer 51-jährigen adipösen, kardiopulmonal kompensierten Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Abdominal bestehe eine Hepatomegalie, neurologisch ein verminderter Vibrationssinn an den Grosszehen und Malleolen beidseits, am ehesten einer diabetischen Neuroopathie entsprechend bei einem 2005 diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2. Im Labor vom 6. März 2019 fanden sich eine leichte Polyglobulie, eine

Leukozytose mit leichter Linksverschiebung und ein HbA1c von 7,4 % . Die übrigen Laborwerte seien unauffällig. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Betreffend die intermittierend auftretenden Hustenanfälle lasse sich kein organisches Korrelat in der kleinen oder grossen Lungenfunktionsprüfung nachweisen. Wegen der Verdachtsdiagnose eines metallassozierten Infekts im Bereich der Osteosynthesen des Os naviculare sei am 18. März 2019 eine Skelettszintigraphie einschliesslich SPECT-CT Fuss rechts durchgeführt worden. Dies habe den Befund eines mangelnden Knochendurchbaus in den Arthrodesen des Chopart -Gelenks und Os cuneiforme mediale mit dem Os naviculare ohne Anhaltspunkte für einen Infekt ergeben. Der seit 2005 bekannte Diabetes mellitus Typ 2 sei mässig gut eingestellt. Aus internistischer Sicht bestünden keine funktionellen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/127/40-41). Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, die aktuelle Beschwerdesymptomatik sei erstmals am 11. März 2014 festgestellt worden. Seither bestünden anhaltende Schmerzen des rechten Fusses. Insgesamt seien wegen der Pseudoarthrose des Os naviculare vier operative Behandlungen erforderlich gewesen. Die zuletzt durchgeführte Operation vom 14. September 2016 habe zur klinisch stabilen Arthrodesed es Mittelfusses geführt. Radiologisch sei zum heutigen Zeitpunkt der Gelenkspalt einsehbar. Die Lage des eingebrachten Osteosynthesematerials sei im Vergleich zu den radiologischen Voruntersuchungen vom 3. April 2016 unverändert, so dass von einer straffen fibrösen Überbrückung nach Arthrodesese ausgegangen werden könne. Die klinische Untersuchung zeige im Bereich der oberen Gliedmassen eine freie Beweglichkeit der Schulter-, Ellbogen und Handgelenke; nach CTS-Operationen beidseits liege eine reizlose Narbe beidseits vor. Im Bereich der Wirbelsäule finde sich eine leichte Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule mit Schober'schem Mass von 10/12,5 cm, ein segmentaler Provokationsschmerz im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und im Kreuzbein-Darmbein-Gelenk (ISG). Radiologisch seien eine rechtskonvexe thorakolumbale Wirbelsäulenskoliose von 15° sowie fortgeschrittene degenerative Veränderungen L1-L5 ersichtlich. Die Hüftgelenke seien frei beweglich. Radiologisch finde sich eine initiale Coxarthrose beidseits. Im Bereich der Kniegelenke liege bei leichtem Genu varum und stattgehabter Innenmeniskektomie eine beginnende Gonarthrose vor, die klinisch reizlos sei. Das obere Sprunggelenk (OSG) weise rechts eine leichte Funktionseinschränkung mit Heben und Senken von 15-0-50° auf. Radiologisch sei eine beginnende Arthrosis deformans festzustellen. Im Röntgenbild finde sich ein klinisch asymptomatischer Fersensporn. Der untere Mittelfuss sei operativ teilweise versteift. Die Weichteilverhältnisse seien gut und die Narbe stabil. Der Fuss sei beim Barfussgang schmerzfrei und zumindest für kurze Strecken belastbar. Die Funktionseinschränkungen ergäben sich aus den erhobenen Befunden der stattgehabten operativen Behandlung der Os naviculare pedis -Pseudoarthrose rechts. Aufgrund der festgestellten Gesundheitsstörungen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, seien Tätigkeiten im Stehen und Gehen nicht mehr durchführbar. Dazu gehöre auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verkäuferin. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei wie folgt einzuschätzen: 0 % vom 11. März 2014 bis 16. März 2016, 100 % vom 17. März 2016 bis 13. September 2016, 0 % vom 14. September 2016 bis 9. März

2017, 50 % vom 1 0. März 2017 bis 3 0. Juni 2017 und 80 % vom 1. Juli 2017 bis auf Weiteres ( Urk. 7/127/7-8, Urk. 7/127/57-59). 3.7.2

Das A.\_\_\_\_ führte in einem Mail zuh anden der IV-Stelle vom 6. März 2019 aus , dass die Beschwerdeführerin heute begutachtet worden sei. Der internistische Teilgutachter erachte die Durchführung einer grossen Lungenfunktionsprüfung für notwendig. Diese werde bei Dr. E.\_\_\_\_ , FMH Innere Medizin Pneumologie, stattfinden. Weiter habe die IV-Stelle einen Bericht von B.\_\_\_\_ , Psychotherapeut, zu organisieren ( Urk. 7/124).

Einer Telefonnotiz der zuständigen IV-Sachbearbeiterin vom 7. März 2019 ist zu entnehmen, dass die IV-Stelle dem A.\_\_\_\_ gegenüber bestätigte, dass sie einen Bericht bei B.\_\_\_\_ einholen werde. Weiter sei das A.\_\_\_\_ informiert worden, dass die IV-Stelle laufende Fristen zum Gutachten nicht stoppen könne. Die Frist werde eingegeben und die Mahnung automatisch ausgelöst. Die Gutachter seien gebeten worden, frühzeitig zu informieren, falls mehr Zeit für die Erstellung des Gutachtens benötigt werde. Die Mahnfrist werde dann angepasst ( Urk. 7/123). 3.8

Lic. phil. B.\_\_\_\_ , diagnostizierte im Bericht vom 2 6. November 2019 ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z 73.0), hervorgerufen durch eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom mit einer Einschränkung sozialer Aktivitäten (ICD-10 F62.80) bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) , und eine nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung (ICD-10 F09). Dazu komme eine chronische Bronchitis, nicht näher bezeichnet, und Rauchen. Damit verbunden sei eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine Somatisierungsstörung des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.33) bzw. eine Störung des Schlaf-Wachrhythmus (ev. Schlafapnoe). Ausserdem bestehe eine Familienzerrüttung durch Trennung und Scheidung so wie ein Mangel an körperlicher Bewegung . Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin sei am 9. Dezember 2015 das erste Mal zu ihm in die Behandlung gekommen. Ihr Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ habe sie überwiesen . Er selber habe sie ungefähr ein Jahr lang begleitet. Nach ihrer ungefähr dritten Fussoperation habe sie sich nicht mehr gemeldet. Die Beschwerdeführerin leide an einer Chronifizierung ihrer Schmerzsyndrome. Eine Arbeitsfähigkeit, auch in einer reduzierten, körperlich angepassten Tätigkeit , sei nicht mehr gegeben . Im Übrigen äusserte sich lic. phil. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht zum bidisziplinären

A.\_\_\_\_ -Gutachten, welches er als nicht beweistauglich einstufte ( Urk. 7/136). 3.9

Der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in der Stellungnahme vom 3 0. Januar 2020 fest, es sei richtig, dass mit einer zusätzlichen Bodylethysmographie (grosse Lungenfunktionsprüfung) in kurativer Hinsicht weitere Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Dies gelte jedoch nicht in Hinblick auf die Beurteilung allenfalls bestehender funktioneller Einschränkungen, da zuvor eine Spirometrie (kleine Lungenfunktionsprüfung) durchgeführt worden sei ( Urk. 7/139/9).

In der Stellungnahme vom 8. September 2020 konkretisierte Dr. F.\_\_\_\_ das Zumutbarkeitsprofil und hielt fest, dass als angepasste Tätigkeit eine ausschliesslich sitzend ausgeübte Tätigkeit mit gelegentlicher, leichter Wechselbelastung, eben erdig gehend, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg zu verstehen sei ( Urk. 7/148/3). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin moniert im Wesentlichen die von den A.\_\_\_\_ -Gutachtern abgegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie aufgrund der unterbliebenen grossen

Lungenfunktionsprüfung und fehlenden psychiatrischen Untersuchung eine ungenügende Abklärung des Sachverhalts. 4.2

Die A.\_\_\_\_-Gutachter begründeten ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht näher (Urk. 7/127/9, Urk. 7/127/59). Offen sichtlich übernahmen sie dabei die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. Z.\_\_\_\_. Der Beschwerdeführerin ist beizupflichten, dass dessen Einschätzung, wonach (zwischenzeitlich) vom 17. März 2016 bis 13. September 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestand, nicht einleuchtet.

Dr. Z.\_\_\_\_

stützte sich für seine Einschätzung auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. März 2016 (Urk. 7/69/8).

Die Aussagen von Dr. C.\_\_\_\_

zur Arbeitsfähigkeit in diesem Bericht

sind nicht eindeutig. Er vermerkte zwar, dass eine sitzende Tätigkeit möglich sei. Gleichzeitig sprach er davon, dass die körperliche Leistungsfähigkeit um 100 % vermindert sei. Die Frage nach der Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag beantwortete er schliesslich dahingehend, dass sitzende Tätigkeiten möglich seien (Urk. 7/55). Wie diese Angaben nun genau zu verstehen sind, kann offenbleiben, da aus dem (späteren) Bericht vom 11. April 2016 zu schliessen ist, dass er bei dieser Beurteilung von einer medizinischen Grundlage ausging, die er später revidieren musste. Im Bericht vom 11. April 2016 führte er aus, dass aufgrund der operativen Therapie - also der Operation vom 13. Januar 2016 - die Beschwerden auf der Höhe des Mittelfusses rückläufig seien. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Pathologie im Bereich des Os naviculare nicht mehr symptomatisch sei. Vielmehr bestehe nun ein Verdacht einer Transfermetatarsalgie oder eines Faszitiis

plan taris

(Urk. 7/62/5).

Jedoch ergaben die weiteren bildgebenden Abklärungen vom 2. Juni 2016 eine (nach wie vor) fehlende ossäre

Durchbauung des Os naviculare. Gestützt darauf diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Juli 2016 eine Pseudoarthrose Os naviculare und sah die Indikation für eine Arthrodesese gegeben (Urk. 7/67/1; E. 3.2 hiervor). Damit erweist sich der Bericht vom 17. März 2016 als überholt. Darauf gehen der RAD-Arzt

Dr. Z.\_\_\_\_ und auch die A.\_\_\_\_-Gutachter indessen nicht ein. Es fehlt damit an einer nachvollziehbaren Erklärung für die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit vom 13. März 2016 bis 13. September 2016. 4.3

Der RAD -Arzt

Dr. Z.\_\_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin ein zweites Mal am 9. März 2017. Ab 10. März 2017

attestiert er ihr für eine leidensangepasste Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis 30. Juni 2017, ab 1. Juli 2017 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung übernahmen

die A.\_\_\_\_ -Gutachter. Eine nähere Begründung dazu gaben sie nicht ab, was insbesondere angesichts dessen, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ um eine Prognose gehandelt hatte, jedoch angezeigt gewesen wäre. 4.4

Die IV-Stelle begegnet dem Vorwurf der unterbliebenen grossen Lungenfunktionsstörung mit dem Hinweis, dass ein Gutachter selbst entscheide, welche technischen Zusatzuntersuchungen benötigt werden. Überdies sei eine kleine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt worden. Von einer grossen Lungenfunktionsprüfung seien in Bezug auf die funktionelle Leistungsfähigkeit keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten (Urk. 2, Urk. 7). Es trifft zu, dass es im Ermessen der begutachtenden Ärzte liegt, zu entscheiden, ob zusätzliche Abklärungen erforderlich sind, um den Gesundheitszustand einer versicherten Person beurteilen zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3). Der Argumentation der IV-Stelle ist aber entgegen zu halten, dass der internistische Teilgutachter die Durchführung einer grossen Lungenfunktionsprüfung für notwendig erachtet hatte, und dies nachdem im Rahmen der Begutachtung eine kleine Lungenfunktionsprüfung (mit und ohne Ventolin) durchgeführt worden war (Urk. 7/124, Urk. 7/127/38-39). Warum letztlich davon abgesehen wurde, ergibt sich weder aus dem Gutachten noch aus den weiteren Akten. Zu vermuten ist, dass der Fristendruck dabei eine Rolle spielte (vgl. Urk. 7/123). Wie dem auch sei, das A.\_\_\_\_ -Gutachten erweist sich in diesem Punkt als aktenwidrig, wird doch darin explizit ausgeführt, dass sich für die Hustenanfälle kein organisches Korrelat in der kleinen und grossen Lungenfunktionsprüfung habe nachweisen lassen (Urk. 7/127/4; Urk. 7/127/40; E. 3.7.1 hiervor). Vor diesem Hintergrund hätte die Beschwerdegegnerin zumindest mit dem internistischen Teilgutachter Rücksprache nehmen müssen, was die Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 31. August 2020 übrigens beantragt hatte (Urk. 7/144). Die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2020 (E. 3.9 hiervor) als Facharzt für Chirurgie vermag jedenfalls die Stellungnahme eines Pneumologen

nicht zu ersetzen. 4.5 4.5.1

Die Beschwerdeführerin hatte im Einwand vom 3. September 2018 zum Vorbescheid vom 1. Juni 2018 ergänzende medizinische (orthopädische, pneumologische und psychiatrische) Abklärungen beantragt. Indessen machte sie in der Einwandbegründung keine Ausführungen zu allfälligen psychischen Problemen (Urk. 7/107). Dr. D.\_\_\_\_ hatte im Bericht vom 28. April 2016 auf eine depressive Entwicklung hingewiesen (Urk. 7/64/1). Seine weiteren Berichte wie auch die weiteren bis zur bidisziplinären Begutachtung vorliegenden Akten enthielten jedoch keine Hinweise auf ein relevantes psychisches Leiden.

Seitens der IV-Stelle obliegt es grundsätzlich dem RAD, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer erforderlichen Begutachtung zu beteiligen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2018 vom 24. Februar 2019 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Angesichts der damals bestehenden Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle ein bidisziplinäres (internistisches-orthopädisches) Gutachten ins Auge fasste. Gegen die beabsichtigte, bloss bidisziplinäre Untersuchung opponierte die Beschwerdeführerin denn auch nicht (Urk. 7/110, 7/114, Urk. 7/115). 4.5.2

Den Gutachtern muss es frei stehen, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (vgl. BGE 139 V

349 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2.1). Dies taten die A.\_\_\_\_-Gutachtern nicht, jedoch verlangten sie von der IV-Stelle, dass diese einen Bericht beim behandelnden Psychologen lic. phil. B.\_\_\_\_ einhole ( Urk. 7/124).

Lic. phil. B.\_\_\_\_ reichte seinen Bericht schliesslich erst am 26. November 2019 ein, also einige Zeit nach der Erstattung des Gutachtens am 16. April 2019 ( Urk. 7/136).

Diesem Bericht sind keine (fachärztlich) gestellten psychiatrischen Diagnosen (BGE 140 V 193 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts vom 8C\_398 /2018 vom 5. Dezember 2018 E. 5.1) oder die hierfür notwendigen klinischen Befunde zu entnehmen, die sich ausserdem lediglich auf den kurzen Zeitraum seiner therapeutischen Behandlung von Dezember 2015 bis August 2016 beziehen könnten. Auch ist lic. phil. B.\_\_\_\_ nicht berufen, zu den Schlussfolgerungen der somatischen Gutachter Stellung zu nehmen. Angesichts des Umstandes, dass die Gutachter jedoch einen solchen Bericht einforderten und sie im Nachhinein nicht dazu Stellung nahmen, mangelt es ihrer Einschätzung an der für die Beweiskraft eines Gutachtens notwendigen umfassenden Aktenkenntnis. Ferner ist nicht auszuschliessen, dass je nach Ergebnis der pneumologischen Abklärung (E. 4.4) die asthmatischen Husten anfälle mit hierbei geklagten Panikanfällen allenfalls auch einer psychiatrischen Abklärung bedürfen. 4.6

Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen tätige und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen. 5. 5 .1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind sie auf Fr. 700. -- festzusetzen.

Die Rückweisung an die Verwaltung gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5 .2

Die vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung ( § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer). Die der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin auszurichtende Prozessentschädigung ist unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ermessensweise auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. Januar 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Sonderegger

#### **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).

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