

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00565 vom 4. März 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00565](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00565)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00565 du 4 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00565 del 4 marzo 2024

## **Erwägungen**

### **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Dezember 2020

erneut anhängig gemachten IV-Anmeldung (Urk. 10/111) könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juni 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wieder gegeben, zitiert und angewendet wird.

### **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 1.

### **E. 1.5**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer ). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2023, gemäss Aktenurteilung des RAD sei der Beschwerdeführer infolge von Knieoperationen jeweils vorübergehend während drei Monaten voll in seiner Tätigkeit eingeschränkt gewesen. Mangels einer langdauernden Einschränkung könnten diese Zeiten jedoch nicht berücksichtigt werden. Eine angepasste Tätigkeit sei aus ärztlicher Sicht zu 60 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 35 %, wobei kein leidensbedingter Abzug gerechtfertigt sei (Urk. 2 S. 1 f.). Mit dem Einwand seien keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht worden. Der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe die Arbeitsfähigkeit auf fünf Stunden pro Tag abzüglich 20 % definiert. Dies ergebe eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht sei kein psychisches Leiden mit anhaltenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (Urk. 2 S. 2). 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 27. Oktober 2023 brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, es sei nicht korrekt, dass Dr. B.\_\_\_\_

eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % angenommen habe. Vielmehr habe er eine Arbeitsfähigkeit von drei bis fünf Stunden pro Woche attestiert, die aufgrund einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zusätzlich um 20 % zu reduzieren sei. Dies komme einer Arbeitsfähigkeit von maximal 10 % gleich. Selbst wenn Dr. B.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von drei bis fünf Stunden pro Tag angegeben hätte, wäre die Schlussfolgerung des RAD unzutreffend, da der Durchschnitt von vier Stunden als Basis heranzuziehen wäre. Bei einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 20 % würde eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % resultieren (Urk. 1 S. 7 f.).

Ungenügend abgeklärt sei der Sachverhalt von thoraxchirurgischer und schmerzmedizinischer Seite (Urk. 1 S. 8 f.). In psychiatrischer Hinsicht hätten die behandelnden Fachpersonen sowohl die von ihnen gestellten Diagnosen als auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit ausführlich begründet, weshalb darauf abzustellen sei. Demgegenüber sei die RAD-Stellungnahme nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 11). Gesamthaft sei aus kniechirurgischer Sicht von einer verbleibenden 10%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, während aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Der thoraxchirurgische und schmerzmedizinische Sachverhalt sei nicht hinreichend berücksichtigt worden. Es bestehe daher seit Mai 2021 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

(Urk. 1 S. 12). 3. 3.1 3.1.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Dasselbe gilt, wenn die Verwaltung rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese befristet hat (vgl. BGE 133 V 263 E. 6.1 f.). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit Verfügung vom 20. August 2020 beurteilte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals materiell (Urk. 10/100, 10/109). Dieser rechtskräftige Entscheid bildet damit den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seither in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts 9C\_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 2.1 mit Hinweis). 3.1.2

In psychiatrischer Hinsicht diente in erster Linie das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 24. April 2019 als Grundlage (Urk. 10/74). Dem damaligen Befund ist insbesondere zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ausführlich von seinen körperlichen Beschwerden berichtet habe. Die Stimmung sei etwas herabgesetzt, gelegentlich auch leichtgradig depressiv gewesen. Er habe überdies Zukunftsängste geäußert und von angstbesetzten Träumen berichtet. Beeinträchtigungen konnte Dr. A.\_\_\_\_

namentlich weder in Bezug auf die Orientierung noch auf die Konzentration, das Denken oder die Intelligenz erkennen. Ebenso wenig vermochte er einen verminderten Antrieb, Störungen der affektiven Modulationsfähigkeit oder Zwangsgedanken bzw. -handlungen auszumachen (Urk. 10/74/19). Er stellte die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), wobei er zur Begründung anmerkte, der Beschwerdeführer leide seit drei Knieoperationen und zwei Operationen im Thoraxbereich unter andauernden Schmerzen, weswegen er sich nicht mehr arbeitsfähig fühle. Aus somatischer Sicht wäre ihm eine adaptierte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Der Beschwerdeführer sei sich bewusst, dass er in seinem Alter und mit seinen körperlichen Einschränkungen kaum mehr Chancen auf einen Arbeitsplatz habe. Er sei auch durch die angespannte finanzielle Situation belastet. Des Weiteren mache ihm seine Ehefrau Vorwürfe, da er nicht arbeite. Vor dem Hintergrund dieser Belastungen sei von einer psychischen Überlagerung der körperlichen Beschwerden auszugehen. Im Rahmen der chronischen Schmerzstörung leide der Beschwerdeführer auch unter leichten depressiven Verstimmungen und leichtgradig ausgeprägten Ängsten, v.a. betreffend die Zukunft. Er zeige auch eine gewisse Freudlosigkeit, sei belastet durch die finanziellen Schwierigkeiten, das mangelnde Verständnis seiner Ehefrau und die fehlende Hoffnung auf Besserung (Urk. 10/74/20). Aus psychiatrischer Sicht sei seit August 2018 sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/74/23).

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ging in seiner RAD-Stellungnahme vom 12. November 2019 von

folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 10/75/10): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Funktions- und Belastungsminderung des linken Kniegelenks mit/bei Status nach Arthroskopie mit Knochenabtragungen (25. Februar 2019), Knie-Totalprothese links (4. Mai 2017), Arthroskopie mit Teilmeniscektomie (November 2016).

Seit November 2016 sei der Beschwerdeführer aus somatischen Gründen dauerhaft zu 100 % in seiner bisherigen Tätigkeit als Restaurantmitarbeiter bzw. Koch eingeschränkt. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestehe seit April 2019 eine gebesserte Situation mit einer gesamthaft 80%igen Arbeitsfähigkeit, nämlich

einer 100 % somatischen, abzüglich einer 20 % psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die psychischen Beschwerden würden durch die somatischen Beschwerden und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit, die fehlenden beruflichen Perspektiven sowie die wirtschaftlichen Schwierigkeiten ausgelöst (Urk. 10/75/11). 3.1.3

Gestützt auf diese medizinische Einschätzung sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. August 2020

für den befristeten Zeitraum vom 1. November 2017 bis 30. Juni 2019 ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zu. Ab April 2019 ging sie von einer wesentlichen gesundheitlichen Verbesserung aus, was sich in einer vollumfänglich en Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste namentlich körperlich leichte und mehrheitlich sitzend ausgeübte Tätigkeiten niedergeschlagen habe. Dem Beschwerdeführer sei es seither möglich gewesen, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften.

Die psychischen Einschränkungen seien psychosozialer Natur und daher aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich

(Urk. 10 / 100/1, 10/109 ). 3.2 3.2.1

Aus den nach der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug am 1. Dezember 2020 (Urk. 10/111)

bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen medizinischen Unterlagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 14. Juli 2020 aufgrund persistierender Schmerzen erneut am linken Knie operiert worden war, wobei Dr.

B.\_\_\_\_ einen totalen einseitigen Wechsel der im Jahr 2017 implantierten Teilprothese auf eine Knie totalendoprothese vorgenommen hatte (Operationsbericht vom 15. Juli 2020, Urk. 10/114/16-17). Postoperativ klagte der Beschwerdeführer im Rahmen von Verlaufskontrollen nach wie vor über Knieschmerzen (vgl. Urk. 10/114/8, 10/114/11 und 10/114/13). Mit Bericht vom 28. April 2021 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, es bestünden vorwiegend belastungsabhängige Schmerzen am gesamten medialen Gelenkkompartiment insbesondere des Tibiakopfes sowie eine anhaltende Schwellungsneigung. Nach längerer Mobilisation komme es auch zu Nacht- und Ruheschmerzen. Eine Gelenksinstabilität werde nicht beklagt. Das Treppensteigen sei erschwert und es erfolge eine regelmässige Analgetikaeinnahme (Urk. 10/116/8). Die Steh- und Laufdauer sei deutlich reduziert und es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich anspruchsvollen Tätigkeit wieder eingegliedert werden könne. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne ihm für vier bis sechs Stunden täglich zugemutet werden (Urk. 10/116/9). 3.2.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies mit Bericht vom 15. Juli 2021 ebenfalls auf die linksseitigen chronischen Kniegelenks schmerzen hin. Praktisch ständig vorhanden seien darüber hinaus Thoraxschmerzen, die derzeit im Schmerzambulatorium des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ behandelt würden. Nach erfolglosen lokalen Infiltrationen und Schmerzmedikamenten würden momentan Ketamin-Infusionen durchgeführt, bisher jedoch nur mit sehr kurzfristigem Erfolg. Weiter wies er auf eine Leistenhernie hin, deren chirurgische Sanierung in die Wege geleitet sei, und auf die reaktive depressive Entwicklung, die mit einer psychiatrischen Behandlung angegangen werde. Die Arbeitsfähigkeit betrage aktuell 20 % (Urk. 10/124/1-2). 3.2.3

Lic. phil. F.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 26. Juli 2021 neben einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.1) eine Angststörung (ICD-10 F41.9). Anlässlich der Exploration sei der Leidensdruck spürbar gewesen. Die Stimmungslage präsentiere sich mittelmässig depressiv und bedrückt mit reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer wirke im Affekt eingengt und zeige einen geminderten Antrieb.

Sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Konzentration und Merkfähigkeit seien reduziert. Frei flottierende oder situativ bzw. interpersonell ausgelöste Ängste seien in Bezug auf die ungewisse Entwicklung der somatischen Beschwerden deutlich spürbar. Im Lebensalltag trete eine vermehrte Reizbarkeit mit einer Neigung zu explosiven Gefühlsausbrüchen auf. In der Interaktion zeigten sich Einbussen der sozialen Kontaktfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei kritikunfähig und aufgrund der gesundheitlichen Probleme in seiner Urteilskraft deutlich eingeschränkt. Die psychischen Beschwerden seien nicht psychosozialer Natur, sondern eine depressive Reaktion auf die somatischen Diagnosen und deren schwierigen Behandlungsverlauf. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bis auf Weiteres zu 100 % eingeschränkt (Urk. 10/124/

#### **E. 4**

##### 5). 3.2.4

Gemäss Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2021 habe der Beschwerdeführer

nach wie vor über anhaltende Knie schmerzen geklagt, weswegen das Stehen und Gehen auf maximal 10-15 Minuten beschränkt sei und er auch nicht für längere Zeit sitzen könne. Röntgenuntersuchungen hätten eine unveränderte Implantatlage, eine zentriert liegende Patella und keine Lockerungszeichen ergeben (Urk. 10/124/7). Nach Durchführung einer SPECT-CT-Untersuchung hielt Dr.

B.\_\_\_\_ sodann mit Bericht vom 29. Juli 2021 fest, es hätten sich eine gereizte Kniescheibe im Sinne einer Hot Patella, jedoch keine Hinweise für eine Lockerung des Implantats gezeigt. Es könnten ein sekundärer Patellarückflächenersatz sowie eine Erhöhung des Inlays empfohlen werden, wobei der Beschwerdeführer zunächst wegen eines Magenleidens operiert werden müsse. Aktuell liege auch für optimal angepasste Tätigkeiten maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 10/127/2). 3.2.5

Vom

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. In medizinischer Hinsicht basiert die Beurteilung der Beschwerde gegnerin in erster Linie auf den

#### Stellungnahmen

des RAD-Arztes Dr. C.\_\_\_\_ und der RAD-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_. Praxisgemäss kommt diesen der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu, weshalb sich die Frage ihres Beweiswerts danach beurteilt, ob wenigstens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen bestehen (vgl. vorstehende E. 1. 4). Ergänzend ist überdies festzuhalten, dass eine reine Aktenbeurteilung wie diejenige des RAD beweiskräftig ist, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_373/2023 vom

#### E. 4.2

5

Vor diesem Hintergrund erweisen sich weitere medizinische Abklärungen in Nachachtung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) als unumgänglich,

da aktuell über die für die Beurteilung des streitigen Rentenanspruchs erforderlichen Tatsachen keine hinreichende Klarheit besteht und es insbesondere an einer ganzheitlichen fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit allfälligen Wechselwirkungen der somatischen und psychischen Störungen mangelt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kommt eine direkte Leistungszusprache im Streitfall einzig gestützt auf die

nach dem Gesagten ohnehin nur beschränkt aussagekräftigen

Angaben der behandelnden Fachpersonen kaum je in Frage (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_125/2023 vom 8. August 2023 E. 5.7 [zur Publikation vorgesehen] und 9C\_8/2022 vom 6. März 2023 E. 5.3, je mit Hinweisen). Das von der Beschwerdegegnerin einzuholende polydisziplinäre Gutachten wird sich zu einer im Vergleich zum Jahr 2020 allfällig eingetretenen erheblichen Verschlechterung in Bezug auf Diagnosen, vor allem auf funktionelle Beeinträchtigungen und Arbeitsfähigkeit während des gesamten Zeitraums seit 2020 analog zu den Revisionsvorschriften (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1) zu äussern und sich in psychiatrischer Hinsicht insbesondere an den in BGE 141 V 281 definierten Standardindikatoren zu orientieren haben. Im Weiteren wird der Verlauf der Leistungsfähigkeit näher zu betrachten sein, da ein wenigstens befristeter Rentenanspruch nach den Operationen mit gänzlichen Arbeitsunfähigkeiten postoperativ nicht ohne Weiteres ausser Betracht fällt. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die medizinische Sachlage für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit des Invaliditätsgrades als ungenügend abgeklärt erweist. Die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2023 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin

zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch erneut verfüge. 6.

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Ausgangsgemäss erweist sich das vom Beschwerdeführer gestellte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. Oktober 2023 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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, zuzustellen.

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 Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

**E. 4.2.1**

In Bezug auf die angestammte Tätigkeit als (Hilfs-) Koch ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit November 2016 dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen ausgewiesen, was vom RAD-Arzt Dr.

C.\_\_\_\_

sowohl

in seiner früheren Beurteilung vom 12. November 2019 (Urk. 10/75/11) als auch in derjenigen vom

#### **E. 4.2.2**

Im Gegensatz dazu ist strittig, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Tätigkeit verhält. Während die Beschwerdegegnerin zwar von einer gegenüber der gesundheitlichen Situation im Vergleichsjahr 2020 eingetretenen Verschlechterung mit einer nur noch 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht, jedoch nur die somatisch bedingten Einschränkungen für invalidenversicherungsgesetzlich relevant erachtet (Urk. 2 S. 1 f.), macht der Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und eine 10%ige Restarbeitsfähigkeit aus orthopädischen Gründen geltend (Urk. 1 S. 12).

Vorwegzuschicken ist, dass die von der Beschwerdegegnerin angenommene Arbeitsfähigkeit von 60 % entgegen ihrer Auffassung nicht mit einer Arbeitsfähigkeit

von fünf Stunden pro Tag abzüglich einer 20%igen Leistungseinschränkung gleichgesetzt werden

kann (Urk. 2 S. 2). Ausgehend von der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche bzw. 8.34 Stunden pro Tag (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, T

03.02.03.01.04.01) entsprechen vier Stunden pro Tag (fünf Stunden abzüglich 20 %) vielmehr einer Arbeitsfähigkeit von rund 48 %.

Unabhängig davon vermag jedoch weder die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte noch diejenige des RAD zu überzeugen, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

#### **E. 4.2.3**

Vom behandelnden Orthopäden Dr. B.\_\_\_\_

sind drei unterschiedliche Beurteilungen aktenkundig. Zunächst ging er im Bericht vom 28. April 2021 von einer Arbeitsfähigkeit von vier bis sechs Stunden pro Tag für leistungsgerechte Tätigkeiten aus, wobei er angesichts der deutlichen Belastungsintoleranz des linken Kniegelenks mit Schmerzen am Tibiakopf und einer Schwellungsneigung eine deutlich reduzierte Steh- und Laufdauer als funktionelle Einschränkung umschrieb (Urk. 10/116/9). Am 29. Juli 2021 bescheinigte Dr. B.\_\_\_\_

sodann eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei sich die Symptomatik anamnestisch unverändert zur letzten Konsultation präsentiert habe. Es traten aber auch nach längerem Sitzen Beschwerden auf (Urk. 10/127/2). Mit Bericht vom 11. Juli 2022 ging er schliesslich von einer

deutlich reduzierte n Arbeitsfähigkeit von drei bis fünf Stunden pro Woche sowie eine r um 20 % herabgesetzten Leistungs fähigkeit aufgrund der vorliegenden Diagnosen und Nebendiagnosen aus (Urk.

10/151/2). Dies ist nur schon deswegen nicht nachvollziehbar, da Dr.

B.\_\_\_\_ gleichzeitig auf einen gebesserten Gesundheitszustand schloss (Urk. 10/151/1). Zudem legte er nicht dar, aufgrund welcher objektiver Befunde und funktionelle r

Beeinträchtigungen für angepasste Tätigkeiten eine derart erhebliche Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen sollte.

Bezüglich der somatischen RAD-Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

lassen sich Zweifel ebenfalls nicht von der Hand weisen . Es leuchtet zwar ein, dass während der Phasen der operationsbedingten Rekonvaleszenz jeweils für drei Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand (Urk. 10/169/8) , wobei der RAD nur die Eingriffe am linken Kniegelenk , nicht jedoch die im Spital H.\_\_\_\_ und im E.\_\_\_\_ im Oktober und November 2021 zwecks Behandlung von Inguinalhernien

bzw. Entfernung eines Adenokarzinoms an der Lunge erfolgten Operationen einbezog (vgl. Urk. 10/132/9-10, 10/137).

Nicht näher erläutert wurde des Weiteren die ab November 2020 grundsätzlich attestierte 40%ige Arbeitsunfähig keit. Dr. C.\_\_\_\_

legte das medizinische Belastungsprofil für leidensadaptierte Tätigkeiten zwar detailliert fest (Urk. 10/169/8), hinsichtlich der quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verwies er allerdings einzig auf die Ein schätzung von Dr. B.\_\_\_\_ , der dafür in seinen Berichten ebenfalls keine schlüssige Erklärung lieferte. Überdies ist auch in Bezug auf die RAD-Beurteilung anzumerken, dass eine 40%ige Arbeits un fähigkeit nicht einem Pensum von fünf Stunden pro Tag abzüglich einer 20%igen Leistungseinschränkung entspricht.

#### **E. 4.2.4**

In psychiatrischer Hinsicht ist den Akten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit August 2018 bei lic. phil. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ in Behandlung befindet (Urk. 10/47, 10/52 /2 ). Im Rahmen des Vorbescheidver fahrens legte der Beschwerdeführer deren Bericht vom 26. Juli 2021 vor, wobei ihm vor dem Hintergrund einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen und einer Angststörung unverändert (vgl. Urk. 10/52/2) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 10/124/5). Mit Blick auf den im Wesentlichen gleich

gebliebenen objektiven Befund ( vgl. Urk. 10/52/2-3, 10/124/4-5

sowie den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 9. August 2022 [Urk. 4/5] ) und die fehlende Auseinandersetzung mit dem psy chiatrischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ , welcher im Oktober 2019 insbesondere bezüglich Arbeitsfähigkeit zu einer abweichenden Einschätzung gekommen war (Urk. 10/74/23), wird die Erfahrungstatsache bekräftigt, wonach behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten angesichts ihrer auftragsrechtlichen Ver trau ens stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen ( BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die kritische Sichtweise auf die Ausführungen der behandelnden Fachpersonen d urch die RAD-Ärztin I.\_\_\_\_ erscheint unter diesen Umständen zwar grund sätzlich gerechtfertigt.

Dem Beweiswert ihrer Aktenbeurteilung vom 25.

Septem ber 2023 ist jedoch einerseits abträglich, dass es sich beim aktuellsten ihr vorgelegten medizinischen Bericht um denjenigen der behandelnden Fachpersonen vom 26. Juli 2021 handelte (Urk. 10/176/4). Insofern erscheint nur schon in Anbetracht des dazwischenliegenden Zeitraums von über zwei Jahren fraglich, ob der praxisgemäss notwendige lückenlose Befund (vgl. vorstehende E.

4.1) vorlag und daher auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers verzichtet werden konnte. Andererseits greift die Argumentation zu kurz, dass keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mehr diagnostiziert worden sei und daher ihr Nichtvorhandensein angenommen werden könne (Urk.

10/176/4). So gingen die behandelnden Fachpersonen bereits früher nicht von diesem Krankheitsbild aus (vgl.

Urk.

10/52/3) . Demgegenüber stellte der psychiatrische Gutachter Dr.

A.\_\_\_\_ diese Diagnose und mass ihr zusammen mit leichtgradig ausgeprägten depressiv-ängstlichen Verstimmungen eine 20%ige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 10/74/20, 10/74/23). Dr. I.\_\_\_\_ äusserte sich zwar auch skeptisch zu dieser Diagnose ; es gilt jedoch zu betonen, dass es für die Belange der Invalidenversicherung nicht so sehr auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.4 mit Hinweisen). Anhaltspunkte für eine erhebliche Besserung der Schmerzsituation seit der Begutachtung sind indes nicht ersichtlich .

Vielmehr deutet die derzeitige medizinische Aktenlage eher darauf hin, dass sie nach wie vor besteht und von somatischer Seite nicht (vollständig) erklärt und therapeutisch angegangen

werden kann (vgl. Urk. 10/158/3, Urk. 4/4 S. 2). Soweit Dr. I.\_\_\_\_ im Übrigen auf den Schweregrad der depressiven Störung Bezug nimmt, ist hervorzuheben, dass rechtsprechungsgemäss grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 409, 418). Daran fehlt es in der RAD-Aktenbeurteilung ebenso, weshalb darauf insgesamt nicht abgestellt werden kann.

## **E. 5**

bis 7. Oktober 2021 war der Beschwerdeführer zwecks operativer Versorgung bilateraler Inguinalhernien im Spital H.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei laut Austrittsbericht vom 22. Oktober 2021 bis zum 19. Oktober 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei (Urk. 10/132/9-10). Ein weiterer operativer Eingriff fand sodann am 25. November 2021 im E.\_\_\_\_ , Klinik für Thoraxchirurgie statt, als ein mässig differenziertes Adenokarzinom an der Lunge entfernt wurde. Gemäss Austrittsbericht vom 28. November 2021 habe sich klinisch postoperativ ein erfreulicher Verlauf mit deutlich gebesserter pulmonaler Leistungsfähigkeit gezeigt (Urk. 10/137/2-3). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 19.

Januar 2022 habe sich sowohl klinisch als auch radiologisch ein stabiler postoperativer Verlauf gezeigt, wobei der Beschwerdeführer aber über einen reduzierten Allgemeinzustand aufgrund gastroenteraler Beschwerden und leichter pulmonaler Einschränkungen geklagt habe (Urk. 10/141/13). Eine daraufhin am 4. April 2022 im E.\_\_\_\_ erfolgte Abdomensonographie

habe keine Hinweise auf eine akute Colitis ergeben ; eine segmentale Colitis sei trotzdem denkbar (Urk.

10/144/10). 3.2.6

Am 22. April 2022 nahm Dr. B.\_\_\_\_ einen weiteren operativen Eingriff am linken Kniegelenk vor ( Inlayersatz und sekundäre r

Patellarückflächenersatz ; Urk. 10/144/6-7). Am 11. Juli 2022 berichtete er sodann von einem verbesserten Gesundheitszustand (Urk. 10/151/1). Das Gangbild sei flüssig; im Seitenvergleich zeige sich aber eine deutliche Hypotrophie des Quadrizeps am linken Bein. Am Kniegelenk bestünden ein Erguss und eine leichte Weichteilschwellung. Die Patella sei zentriert geführt. Eine sehr schöne Stabilität bestehe in der frontalen und sagittalen Ebene über dem gesamten Bewegungsumfang. Für die bisherige Tätigkeit als Hilfskoch liege eine Arbeitsunfähigkeit vor. In einer angepassten Tätigkeit bestehe nur eine deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit von drei bis fünf Stunden pro Woche. Die Leistungsfähigkeit sei in Anbetracht der Diagnosen und Nebendiagnosen um ungefähr 20 % reduziert (Urk. 10/151/2). 3.2.7

In seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2022 ging der RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ von folgenden Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 10/169/7): - Funktions- und Belastungsdefizit des linken Kniegelenks mit/bei Status nach Wechsel des Polyethyleninlays und sekundärem Patellarückflächenersatz (20. April 2022) mit/bei Kniegelenktotalprothesen-Wechsel (14. Juli 2020) und medialer Kniegelenktotalprothese 2017 - mässig differenziertes Adenokarzinom linker apikaler Lungenoberlappen mit/bei Operation am 25. November 2021 und Operation am rechten Oberlappen am 16. Januar 2018 - schmerzhaft symptomatische postoperative Thoraxwandhernie rechts (Erstdiagnose [ED] 22. August 2018) - koronare 1- Gefäss-Erkrankung (ED 5. Juni 2018) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber ein akutes Nierenversagen (ED 18. Februar 2020), eine arterielle Hypertonie sowie ein Ileitis terminales (Urk. 10/169/7). Dem Belastungsprofil entsprechen körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Sitzgelegenheit ohne häufiges Rumpfvorneigen/Rumpfdrehen, Knien, Hocken, Kauern, Überkopparbeit, Leiter-, Gerüst- oder Podeststeigen, Begehen unebener abschüssiger Wegstrecken, schlagend-stossend-rüttelnd-vibrierende Krafteinflüsse, Umgang mit Atemwegsreizstoffen und starken Raumklimaschwankungen. Für die bisherige Tätigkeit als Hilfskoch bestehe seit 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für angepasste Tätigkeiten liege seit November 2020 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vor (fünf Stunden täglich abzüglich 20 % Leistungseinschränkung), wobei nach den Knieoperationen vom 14. Juli 2020 und 20. April 2022 jeweils eine dreimonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 10/169/8). 3.2.8

Gemäss Sprechstundenbericht des E.\_\_\_\_, Klinik für Thoraxchirurgie, vom 24. Februar 2023 habe der Beschwerdeführer über neuropathische Schmerzen im Bereich der linken Thorakotomienarbe und ein Herniationsgefühl geklagt (Urk. 10/158/2). Aufgrund einer Ground-Glass-Opazität im superioren Unter lappen segment links sei eine CT-Untersuchung des Thorax vorgenommen worden, die keine grössenrelevanten morphologischen Veränderungen oder Entzündungsprozesse gezeigt habe, welche die bereits bekannten Schmerzen erklären würden. Pulmonal sei der Beschwerdeführer kaum eingeschränkt. Eine Herniation im Bereich der apikalen Thorakotomie links könne im Moment ausgeschlossen werden (Urk. 10/158/3). 3.2.9

Am 26. Mai 2023 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ nochmals zur Sache, wobei er ausführte, der Orthopäde habe einen verbesserten Gesundheitszustand attestiert. Seitens der Thoraxchirurgie sei der Beschwerdeführer pulmonal kaum eingeschränkt und es hätten sich keine morphologischen Veränderungen oder Entzündungsprozesse feststellen lassen .

Ferner habe eine Herniation im Bereich der apikalen Thorakotomie ausgeschlossen werden können. Damit erscheine die jüngste Annahme des Orthopäden, wonach die Leistungsfähigkeit in Anbetracht der genannten Diagnosen und Nebendiagnosen auf (gemeint wohl: um) 20 % reduziert sei, nicht schlüssig respektive da fachübergreifend nicht nachvollziehbar (Urk. 10/169/9).

Mit abschliessender Stellungnahme vom 11. September 2023 hielt Dr.

C.\_\_\_\_

sodann im Wesentlichen an seiner bisherigen Beurteilung fest und verwies für den psychiatrischen Sachverhalt auf eine ergänzende fachpsychiatrische Einschätzung (Urk. 10/176/3).

Die RAD-Ärztin I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte sich am 25. September 2023 insbesondere zum Bericht von lic. phil. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2021. Der psychopathologische Befund mit depressiver Stimmungslage, gemindertem Antrieb und reduzierter Konzentration lasse keine schwere depressive Symptomatik gemäss den entsprechenden ICD-10-Kriterien erkennen. Ängste vor einer Operation und vor der ungewissen Entwicklung der somatischen Beschwerden seien weder pathologisch, noch könnten sie eine Angststörung begründen. Die Diagnosen und Einschränkungen seien aufgrund des Berichtes nicht plausibel nachvollziehbar; es sei ungefähr der gleiche Befund wie im Bericht vom 28.

Januar 2019 beschrieben worden. Da des Weiteren keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mehr diagnostiziert werde, könne davon ausgegangen werden, dass auch diese nicht mehr vorliege. Somit sei kein psychisches Leiden mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen (Urk. 10/176/4-5). 4.

## **E. 9**

. Januar 2024 E. 3 mit Hinweisen).

## **E. 12**

Juli 2022 (Urk. 10/169/8) festgestellt wurde. Dies ist angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer namentlich aufgrund des Funktions- und Leistungsdefizits des linken Kniegelenks nur noch sehr leichte und wechselbelastende Tätigkeiten zuzumuten sind ,

ohne Weiteres nach vollziehbar . Die Parteien stellen dies im Übrigen auch nicht in Frage.

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