



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. April 2014 (720 13 312)

Invalidenversicherung

Kein Anspruch auf eine IV-Rente infolge vollständiger Arbeitsfähigkeit in einer rein sitzenden Verweistätigkeit.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1969 geborene A.____ arbeitete zuletzt bis Ende Januar 2011 als Küchengehilfe im Restaurant B.____. Bereits am 29. November 2010 hatte er das linke Knie an einer Garagentüre angeschlagen und sich dabei eine Meniskusläsion zugezogen. Nachdem er sich am 26. Januar 2011 beim Anheben einer schweren Kiste eine Rippenfraktur zugezogen hatte, blieb er bedingt durch einen Korbhenkelriss des medialen Meniskus links in der Folge arbeitsunfähig. Am 13. Juli 2011 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leis-

tungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse verfügte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) am 27. September 2013 nach durchgeführtem Vorbeurteilungsverfahren gestützt auf einen IV-Grad von 0% die Rentenablehnung.

B. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, am 25. Oktober 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass die IV-Stelle bei der Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse ihre Untersuchungspflicht verletzt habe. Gestützt auf den Umstand, dass die behandelnden Ärzte den Versicherten über weite Strecken zu 100% arbeitsunfähig geschrieben hätten, könne nicht ohne weitere Abklärungen alleine auf die Einschätzung des Arztes des Regional-Ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt werden. Bei der Bemessung des Valideneinkommens habe die IV-Stelle ausserdem statt auf den tatsächlich zuletzt erzielten Lohn fälschlicherweise auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturhebung (LSE) abgestellt. Da der Beschwerdeführer den zur Invalidität führenden Gesundheitsschaden noch während seines letzten Arbeitsverhältnisses erlitten habe, seien keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auch auf das zuletzt tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen abzustellen sei. Eventualiter sei für die Bemessung des Valideneinkommens auf das Anforderungsprofil 3 statt 4 abzustellen, da der Beschwerdeführer über einen Berufsabschluss als Koch verfüge.

C. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 28. Oktober 2013 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 8. Januar 2014 auf Abweisung der Beschwerde. Zusammenfassend machte sie unter Hinweis auf eine erneute Stellungnahme des RAD geltend, dass aus medizinischer Hinsicht kein Anlass bestehe, von der angefochtenen Verfügung abzuweichen. Auf den zuletzt erzielten Verdienst könne nicht abgestellt werden, da der Beschwerdeführer seine Anstellung aufgrund der Pensionierung des Arbeitgebers per Ende Januar 2011 ohnehin verloren hätte. Dass deshalb auf das Anforderungsniveau 4 der LSE abgestellt worden sei, sei nicht zu beanstanden, da er der vorhandenen Aktenlage zufolge über keine Berufsausbildung im Gastronomiebereich verfüge.

D. Mit Replik vom 11. Februar 2014 hielt der Beschwerdeführer sowohl an seinen Rechtsbegehren als auch an seiner diesbezüglichen Begründung fest. Die IV-Stelle hielt mit Duplik vom 26. Februar 2014 am Abweisungsantrag fest.

Auf die übrigen Vorbringen der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bilden die Verfügungen der IV-Stelle vom 27. September 2013, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. September 2013 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung]). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die

Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des EVG mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

3.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung sind allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht zu vergessen. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur vom Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2013, 8C_733/2012, E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden kann, liegen folgende medizinische Berichte von Relevanz in den Akten:

4.1 Dem Bericht des Spitals C._____ zufolge seien residuelle Portalschmerzen nach arthroskopischer Zystenresektion und nach Fixation einer partiellen Korbhenkelruptur des medialen Meniskus am linken Knie vom 29. Juni 2011 zu diagnostizieren. Anamnestisch bestünde zwischenzeitlich eine deutliche Verbesserung der Beschwerden. Der Patient habe lediglich Schmerzen bei Vollbelastung. Als Küchenhilfe habe bisher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Patient sei nunmehr angehalten worden, die Stöcke wegzulassen und das Knie voll zu belasten. Bis Ende November 2011 bestehe noch eine volle Arbeitsunfähigkeit, ab 1. Dezember 2011 werde jedoch keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert. Dies sollte auch so eingehalten werden.

4.2 Gemäss Bericht des Spitals C._____ vom 14. Dezember 2011 habe bis Ende November 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 26. Oktober 2011 könne der Patient die Gehstöcke weglassen und das linke Kniegelenk wieder voll belasten. Seit dem 1. Dezember 2011 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

4.3 Gemäss Bericht des Spitals C._____ vom 3. August 2012 sei der Versicherte am 20. Juli 2012 erneut in Behandlung gestanden. Zu diagnostizieren sei ein Verdacht auf eine Reizung des Ramus infrapatellaris am Nervus saphenus links bei Status nach Arthroskopie sowie nach Meniskus-Naht bei medialer Korbhenkel-Läsion. Medial bestünden weiterhin persistierende Beschwerden am linken Knie mit Einklemmungsgefühl. Das Gehen sei nur an Stöcken möglich. Eine Re-Ruptur der Korbhenkel-Läsion könne nicht ausgeschlossen werden, was die Schmerzsymptomatik jedoch nicht erkläre. Es bestehe eindeutig eine Diskrepanz zwischen dem

klinischen und subjektiven Befund. Nach Durchführung eines erneuten MRI werde eine erneute Beurteilung erfolgen können.

4.4 Gemäss Operationsbericht des Spitals C._____ vom 23. August 2012 sei am 14. August 2012 eine erneute Operation am linken Knie unter anderem mit einer Ankerentfernung am medialen Hinterhorn und einer Entfernung subkutaner Knoten erfolgt. Hinsichtlich des postoperativen Vorgehens werde eine Vollbelastung nach Massgabe der Beschwerden und die Fadenentfernung 14 Tage nach postoperativ gesicherter Wundheilung empfohlen.

4.5 Dem ambulanten Bericht des Spitals C._____ vom 6. September 2012 zufolge habe die Fadenentfernung auf der medizinischen Poliklinik nicht vollständig durchgeführt werden können, da ein Knoten im Gewebe hängen geblieben sei. Es sei gelungen, den verbleibenden Restfaden im Rahmen der Sprechstunde zu entfernen. Klinisch bestünden absolut reizlose Wundverhältnisse. Es fände sich kein Kniegelenkserguss, jedoch eine Druckdolenz über dem medialen Retinakulum. Die Beweglichkeit des Knies sei noch deutlich eingeschränkt. Der Patient dürfe weiterhin voll belasten und sollte intensive Physiotherapie durchführen, um das Flexionsdefizit abzubauen.

4.6 Gemäss einem undatierten Arztbericht des Spitals C._____, eingegangen bei der IV-Stelle am 27. August 2012, bestünden weiterhin residuelle Kniebeschwerden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Versicherte seit dem 29. Juni 2011 vollständig arbeitsunfähig. Mit Blick auf die anstehende Re-Operation am 14. August 2012 sei die Prognose aktuell nicht beurteilbar. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste und wechselbelastende Verweistätigkeit sei ab dem 10. August 2012 noch im Umfang von 50% zumutbar, wobei in Bezug auf eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit zunächst die Operation vom 14. August 2012 abgewartet und dann entschieden werden müsse.

4.7 Gemäss Arztbericht der Klinik D._____ vom 28. September 2012 bestünden seit der im Juni 2011 durchgeführten Arthroskopie starke, belastungsabhängige Schmerzen im linken Knie. Arbeiten im Stehen oder mit längeren Gehstrecken seien nicht mehr zumutbar, ebenso wenig Knien, Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppenlaufen oder Heben und Tragen von Lasten. Als Koch sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Einen stehenden Beruf könne der Patient nicht mehr ausüben. Eine sitzende Tätigkeit wäre jedoch vollschichtig möglich. Es werde eine Umschulung zu einer Tätigkeit empfohlen, die vor allem im Sitzen ausgeübt werden könne. Bei Belastung des Knies werde es ansonsten immer wieder zu Reizzuständen und damit zu Ausfällen kommen. Dem entsprechenden Beiblatt zu diesem Arztbericht kann weiter entnommen werden, dass eine rein sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar sei.

4.8 Gemäss Beurteilung des regional-ärztlichen Dienstes RAD vom 8. März 2013 könne in einer rein sitzenden Verweistätigkeit ab 27. Oktober 2011 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit nach den Kniegelenksoperationen vom 29. Juni 2011 und 14. August 2012 ausgegangen werden. Diese Beurteilung für eine leidensangepasste Verweistätigkeit stimme mit Ausnahme der Beurteilung des bei der IV-Stelle am 27. August 2011 eingegangenen Arztberichts des Spitals C._____ mit den behandelnden Ärzten überein.

4.9 Gemäss Austrittsbericht des Spitals C._____ vom 7. Mai 2013 sei am 3. Mai 2013 eine unikompartimentelle Knieprothese medial links eingesetzt worden. Es sei ein komplikationsloser postoperativer Verlauf festzustellen. Der Versicherte sei in gutem Allgemeinzustand und problemlos treppenmobil nach Hause entlassen worden. Die radiologische postoperative Kontrolle habe eine regelrechte Lage der Prothesenteile gezeigt. Vom 2. Mai bis 14. Juni 2013 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden.

4.10 Gemäss Beurteilung des RAD vom 9. Juli 2013 gestalte sich der postoperative Verlauf gemäss Bericht des Spitals C._____ bisher zufriedenstellend, so dass bis maximal sechs Wochen nach der Operation noch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit, danach aber von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für rein sitzende Tätigkeiten auszugehen sei. Falls der Heilungsverlauf weiterhin gut verlaufe, sei das Verweisprofil anzupassen. Es sei zu erwarten, dass dem Versicherten dann auch wechselbelastende Tätigkeiten mit gehenden und stehenden Anteilen zumutbar seien.

4.11 Gemäss Beurteilung des RAD vom 25. November 2013 sei in den medizinischen Berichten dokumentiert, dass die geklagten Schmerzen des Versicherten nicht ausreichend mit den medizinischen Befunden erklärt werden könnten. Daher sei teilweise von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte abzuweichen. Es sei aber zu betonen, dass den behandelnden Ärzten bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf überwiegend gefolgt worden sei.

5.1 Der Beschwerdeführer lässt im Zusammenhang mit seiner ihm noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit vorbringen, dass das medizinische Dossier nur dünn ausgefallen sei und ohne ergänzende Abklärungen nicht auf die Einschätzung des RAD abgestellt werden könne. Die von der IV-Stelle vorgenommene Sachverhaltseinschätzung erweise sich als nicht überwiegend wahrscheinlich, und die von ihr vorgenommene Sachverhaltsabklärung sei insbesondere mit Blick auf die unveränderte Schmerzsituation unzureichend. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Mit Blick auf die nach Ablauf des Wartejahres am 13. Juli 2012 massgebenden Verhältnisse liegen diverse ärztliche Unterlagen in den Akten, welche in Bezug auf die dem Beschwerdeführer zumutbare Verweistätigkeit insgesamt ein schlüssiges und kongruentes Bild ergeben. Der Beschwerdeführer weist in seiner Beschwerde zu Recht darauf hin, dass ein Aktegutachten durchaus beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen einzig um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2). Diese Voraussetzungen liegen hier in Bezug auf die Berichte des RAD aber vor. Die Einschätzungen des RAD-Arzttes vom 8. März sowie 9. Juli 2013 stützen sich auf fachärztliche Unterlagen, welche allesamt die geklagten Beschwerden des Versicherten, die anlässlich der fachärztlichen Untersuchungen erhobenen Befunde sowie schliesslich auch den verbleibenden Funktionsumfang hinreichend genau umschrieben haben. Sie decken sich darüber hinaus mit der bereits durch die behandelnden Ärzte formulierten Einschätzung der dem Versicherten noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit in einer ihm zumutbaren, sitzenden Verweistätigkeit. So ist dem Arztbericht der Klinik D._____ vom 28. September 2012 zu entnehmen, dass der Versicherte als Koch zwar

vollständig arbeitsunfähig, eine rein sitzende Tätigkeit jedoch vollschichtig und ganztags möglich und zumutbar sei. Diese Schlussfolgerung ist denn auch ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal dem Versicherten im Nachgang zu seiner zweiten Knieoperation Mitte August 2012 bereits nach kurzer Zeit gar die Vollbelastung seines Knies empfohlen worden war (vgl. Operationsbericht des Spitals C.____ vom 23. August 2012, ebenso ambulanter Bericht des Spitals C.____ vom 6. September 2012). Hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit kann dem Beschwerdeführer deshalb nicht beigelegt werden, dass ihn die behandelnden Ärzte über weite Strecken arbeitsunfähig geschrieben hätten. Die entsprechenden, neuerlichen Eintragungen der behandelnden Ärzte auf dem replicando eingereichten Unfallschein UVG (vgl. Beilage zur Replik vom 11. Februar 2014) betreffen dessen angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe; sie treffen keine differenzierte Aussage hinsichtlich der notorisch unterschiedlichen Belastung in einer entweder stehenden oder rein sitzenden Tätigkeit. Darüber hinaus vermögen sie aus grundsätzlichen Überlegungen nicht zu überzeugen. Die Eintragungen auf dem Unfallschein erfolgten ohne Begründung. Auch geht daraus nicht hervor, dass und weshalb sich die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wegen neu aufgetretener Beschwerden verschlechtert hätte. Insofern vermag der Beschwerdeführer auch nichts aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abzuleiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, E. 2.3.2), wonach die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden dürften. Das Bundesgericht hat in der gleichen Erwägung nämlich klargestellt, dass es nicht angehe, solche Zeugnisse stets zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangten. Vorbehalten blieben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdränge, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen würden, die im Rahmen der medizinischen Einschätzung bisher unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien. Dass dies mit Blick auf eine dem Beschwerdeführer weiterhin zumutbare, rein sitzende Tätigkeit der Fall gewesen wäre, geht aus dem fraglichen Unfallschein nicht hervor und ist deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan.

5.2 Nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer im Weiteren aus der Tatsache der weiterhin engmaschigen Betreuung sowie einer erneuten bildgebenden Untersuchung. Zum einen bildet der Verfügungserlass vom 27. September 2013 rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Eine allfällige, seither eingetretene Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse kann daher ohnehin keine Berücksichtigung mehr finden (vgl. oben, Erwägung 2). Hinzu tritt, dass die geklagten Beschwerden den vorliegenden Unterlagen zufolge bisher nicht objektiviert werden konnten (vgl. bereits Bericht des Spitals C.____ vom 3. August 2012). Mithin kann auch nicht davon gesprochen werden, die Sichtweise des RAD habe das Schmerzgeschehen ausgeblendet. Dessen Einschätzung deckt sich nicht nur mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Klinik D.____, sondern erweist sich auch mit Blick auf die neuerliche Operation und Protheseneinsetzung vom 3. Mai 2013 als kongruent, wonach sich ein postoperativ zufriedenstellender Verlauf gezeigt hatte (vgl. Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 7. Mai 2013). In Übereinstimmung mit der vom Beschwerdeführer kritisierten Beurteilung des RAD geht bereits aus dem Arztbericht der Klinik D.____ vom 28. September 2012 hervor, dass eine sitzende Tätigkeit wei-

terhin vollschichtig zumutbar ist. Nichts anderes ist dem entsprechenden Beiblatt zu diesem Arztbericht zu entnehmen, demzufolge dem Versicherten eine rein sitzende Tätigkeit ganztags zugemutet werden kann. Wenn der RAD-Arzt in seiner Beurteilung vom 8. März 2013 zum Ergebnis kommt, dass der Versicherte nach seinen Knieoperationen, insbesondere nach jener vom 14. August 2012, in einer rein sitzenden Verweistätigkeit voll arbeitsfähig gewesen ist, kann darin jedenfalls kein Widerspruch erkannt werden. Daran vermag auch der undatierte Arztbericht des Spitals C.____, eingegangen bei der IV-Stelle am 27. August 2012, nichts zu ändern. Zum einen ist kein Widerspruch darin zu erkennen, dass dem Versicherten entgegen einer vollzeitlich zumutbaren, ausschliesslich sitzenden Verweistätigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit eine nur hälftige Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist. Zum anderen geht aus dem fraglichen Bericht hervor, dass in Bezug auf eine schrittweise – mithin weitere – Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% hinaus zunächst noch die Operation vom 14. August 2012 abgewartet werden müsse. Zumal die Ärzte ebenso festgehalten hatten, dass noch keine gesicherte Prognose abgegeben werden könne, vermag diese offensichtlich kurz vor der zweiten Operation erfolgte Einschätzung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit keine verbindliche Wirkung zu entfalten. Mithin bleibt es bei der Einschätzung der Klinik D.____ in ihrem Bericht vom 28. September 2012 und mit ihr bei der mit Blick auf die Kniebeschwerden des Versicherten durch den RAD letztlich bestätigten und nachvollziehbaren Einschätzung, dass es bei einer Belastung des betroffenen Knies immer wieder zu Reizzuständen kommen könne. In Bezug auf die massgebenden, gesundheitlichen Verhältnisse resultiert deshalb, dass dem Beschwerdeführer eine lediglich sitzende Tätigkeit weiterhin ganztags zumutbar ist (vgl. Beiblatt zum Arztbericht der Klinik D.____ vom 28. September 2012).

5.3 Damit aber ist nicht ersichtlich, inwiefern hier eine - erneute - gerichtliche Begutachtung weitere Erkenntnisse hervorbringen würde. Auf die vom Beschwerdeführer beantragte medizinische Abklärung kann deshalb verzichtet werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

6.1 Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob ein Invalid unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob er die ihm verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2007, 9C_610/2007, E. 4; Urteil des EVG vom 16. Juni 2004, I 824/02, E. 2.2.1 zu Art. 28 Abs. 2 aIVG). Gemäss der oben (vgl. Erwägung 2.2 hiavor) zitierten Bestimmung von Art. 16 ATSG ist bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades deshalb von einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage auszugehen. Der Begriff umfasst einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwi-

schen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten (BGE 110 V 276 E. 4b). Das restliche erwerbliche Leistungsvermögen hat sich somit in einem fiktiven Arbeitsmarkt zu bewähren, der definitionsgemäss unter anderem konjunkturell ausgeglichen ist (Urteil des EVG vom 17. Dezember 2002, I 601/01, E. 4.3; RUDOLF RÜEDI, Im Spannungsfeld zwischen Schadenminderungspflicht und Zumutbarkeitsgrundsatz bei der Invaliditätsbemessung nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 35). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf allerdings nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen und insbesondere dort nicht von einer Arbeitsgelegenheit gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2007, 9C_610/2007, E. 4.1 mit Hinweisen).

6.2 Diesen Vorgaben entsprechend besteht für den Versicherten durchaus eine Vielzahl von Möglichkeiten für eine Stelle auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Urteil des EVG vom 11. Mai 2004, I 112/04, E. 3.1). Einerseits werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 28 Abs. 2 IVG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des EVG vom 20. Juli 2004, I 39/04); andererseits fällt insbesondere ins Gewicht, dass die medizinische Leistungsfähigkeit in einer sitzenden Verweistätigkeit im Umfang für eine vollschichtige und mithin ganztägige Tätigkeit erstellt ist (vgl. Erwägung 5.2 hievor). Unter diesen Umständen kann nicht gesagt werden, dass es dem Versicherten nur noch möglich wäre, in einem geschützten Rahmen tätig zu sein.

6.3 Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle einen Einkommensvergleich vorgenommen hat (vgl. oben, E. 2.2 hievor). Die in diesem Zusammenhang gegen die konkrete Invaliditätsbemessung vorgebrachten Einwände des Beschwerdeführers betreffen ausschliesslich die Bemessung des Valideneinkommens. Auf der Basis der ihm vollschichtig zumutbaren Verweistätigkeit können sie allerdings sogleich offen gelassen werden. Selbst wenn das Valideneinkommen auf der Basis des Anforderungsprofils 3 (vgl. LSE 2010, Tabelle TA1, Sektor 56 Gastronomie, Männer, monatlich Fr. 4'465.—) festgelegt und den zuvor im Restaurant Schloss in Bottmingen tatsächlich erzielten Lohn gar übersteigen würde, resultiert noch immer ein IV-Grad deutlich unter dem massgebenden Schwellenwert von 40%. Das Valideneinkommen beläuft sich diesfalls auf Fr. 56'661.— ($12 \times \text{Fr. } 4'465.— / 40 \times 42,3 \text{ Wochenstunden}$). In Gegenüberstellung mit dem zwischen den Parteien zu Recht unbestritten gebliebenen Invalideneinkommen (vgl. LSE 2010, Tabelle TA1, Totalwert, Männer, Anforderungsprofil 4, monatlich Fr. 4'901.—) im Umfang von Fr. 52'636.— ($12 \times 4'901.— / 40 \times 41,7 \text{ Wochenstunden} \times 1,01 \text{ teuerungsbedingte Anpassung per 2011}$) ergibt sich selbst nach Vornahme eines leidensbedingten Abzugs im Umfang von 15% eine Erwerbseinbusse von bestenfalls Fr. 4'025.— und

damit ein IV-Grad von 7%. Bei einer vollschichtig zumutbaren, sitzenden Verweistätigkeit ist mit anderen Worten nicht entscheidrelevant, wie hoch der IV-Grad ausfällt, da der Anspruch auf eine IV-Rente mangels Erreichens des für eine IV-Rente massgebenden Schwellenwerts gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG so oder anders abzulehnen ist. Daran ändert auch nichts, dass über die ärztliche Bezeichnung der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung hinaus zusätzlichen Einschränkungen mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen ist. Im vorliegenden Fall lässt sich ein leidensbedingter Abzug von mehr als 15%, wie ihn die IV-Stelle für rein sitzende Verweistätigkeiten vorgenommen hat, nicht begründen. Damit bleibt es bei einem IV-Grad von unter 40%, woran rechnerisch im Übrigen auch ein leidensbedingter Abzug im rechtsprechungsgemäss maximal zulässigen Umfang von 25% nichts ändern würde. Die Vorinstanz hat den Rentenanspruch des Versicherten im Ergebnis demnach zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterlegene Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Dem Versicherten ist allerdings mit Verfügung vom 28. Oktober 2013 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 28. Oktober 2013 die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Honorar beträgt bei unentgeltlicher Verbeiständung für den bis Ende 2013 erbrachten Aufwand Fr. 180.— pro Stunde (§ 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 [TO], in der bis 31. Dezember 2013 gültig gewesenen Fassung) und für den ab 1. Januar 2014 erbrachten Aufwand Fr. 200.— pro Stunde (§ 3 Abs. 2 TO, in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 27. März 2014 für das vorliegende Verfahren zuzüglich nachprozessualen Aufwand einen Zeitaufwand von insgesamt 11 Stunden und 45 Minuten geltend gemacht. Hiervon wurden sechs Stunden und 25 Minuten im Jahr 2013 erbracht, vier Stunden und 20 Minuten entfallen auf das Jahr 2014. Dieser Aufwand erweist sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Gleiches gilt für die Auslagen in Höhe von insgesamt Fr. 106.—. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'297.85 (vier Stunden und 20 Minuten à Fr. 200.-- + sechs Stunden und 25 Minuten à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 106.— + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Der Beschwerdeführer wird allerdings ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet werden kann, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'297.85 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.