

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01366 vom 31. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01366](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01366)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01366 du 31 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01366 del 31 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1962, verheiratet, war nach Absolvierung von Lehren als Innendekorateur und als Hochbauzeichner sowie eines (berufsbegleitenden) Studiums

des Lehrgangs «Architektur und Städtebau» an der Y.\_\_\_\_ (vier Semester ohne Diplomabschluss) in seinem erlernten Beruf tätig, ab 1998 als selbständigerwerbender Architekt zusammen mit einem Partner in der (eigenen) Firma Z.\_\_\_\_, bei einer Reduktion seines Erwerbsspensums ab dem Jahre 2012 (Urk. 7/2, Urk. 7/45, Urk. 9). Am

#### **E. 1.1.1**

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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. 1.1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem

Ausmass be stimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; 143 V 40

### **E. 1.1.3**

Geht es um psychische Erkrankungen wie depressive Störungen leicht- bis mit telgradiger Natur ( BGE 143 V 409 und 143 V 418) , sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompeten sa tionspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1 mit Hinweisen ).

Systematisiert werden dabei nach BGE 141 V 281 E. 4.3.1

die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (Komplex "Gesundheitsschädigung" [ Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten ] , Komplex "Persönlichkeit" [ Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen] , Komplex "sozialer Kontext" ) und die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [ gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und behandlungs- und ein gliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck ] ) .

Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren dabei nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen möglich ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_790/2017 vom 24. Januar 2018 E. 2.1.1 und 9C\_191/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1-2) .

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [ IVV ] ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigen gutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen

– zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## **E. 2**

9. November bis zum 19. Dezember 2012 (Urk. 7/11/5, Urk.

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung ausgehend vom RAD-Bericht vom 22. August 2016 damit, die depressive Störung sei remittiert und die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sei medikamentös erfolgreich therapiert, so dass kein relevanter Gesundheitsschaden mehr bestehe.

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer zusammengefasst auf den Standpunkt, wegen der nicht behandelbaren Depression bestehe – losgelöst von psychosozialen Einflussfaktoren und der ADHS, welche nicht invalidisierend sei – aufgrund der verschiedenen A. \_\_\_ -Berichte sowie des Berichts von Dr. C. \_\_\_ vom 18. September 2016 seit längerer Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70%. Die Beurteilung im RAD-Bericht vom 22. August 2016 sei falsch. Zudem fehle es im angefochtenen Entscheid an einer genügenden Auseinandersetzung mit seinen im Einspracheverfahren erhobenen Einwänden. 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen:

Nach einer fünffachen arteriellen Bypass-Operation am 22. November 2012 und dem nachfolgenden Rehabilitationsaufenthalt in der D. \_\_\_ in der Zeit vom 29. November bis zum 19. Dezember 2012 (Bericht der D. \_\_\_ vom 24. Dezember 2012 betreffend den Rehabilitationsaufenthalt, Urk. 7/40/5-10) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, in seinem Bericht vom 27. Februar 2013 eine koronare Dreifgefäss-Erkrankung bei einem Status nach fünffacher rein arterieller

arterieller Bypass-Operation (ACBP; 22. November 2012) und einer normalen systolischen

linksventrikulären (LV) Funktion ohne Hypokinesie der Vorderwand, kardio-vaskuläre Risikofaktoren (behandelte Hypertonie, behandelte Dyslipidämie, Status

nach einem Nikotinkonsum, 30 pack year, eine Ektasie der

Aorta abdominalis mit atherosklerotischen Wandveränderungen, Carotiden beidseits bland ohne Plaques, einen Status nach Refluxösophagitis

(Grad IV; September 2012) bei einer Kontroll-Gastroskopie (Oktober 2012) mit vollständiger Abheilung und bei einer kleinen axilen

Hiatushernie, einen Status nach Depression,

eine asymptomatische Cholezystolithiasis, einen Status nach Leistenhernien-Operationen beidseits sowie einen Status nach einem Motorradunfall mit einer Beckenfraktur, einer

Fixation des oberen Sprunggelenks und einer Humerus fixation rechts (1993). Weiter führte der Arzt aus, bei dem 50 jährigen Patienten finde sich drei Monate nach erfolgter Bypass-Operation ein sehr erfreuliches Resultat . Es liege eine vollständig normale LV-Funktion bei unauffälliger echokardiographischer Untersuchung vor. Die kardiovaskulären Risikofaktoren seien zurzeit gut eingestellt ( Urk. 7/11) . 3.2

Die Ärzte der A.\_\_\_\_

– welche den Beschwerdeführer ab 31. Oktober 2006 behandelten, in der Zeit vom 17. Juni bis zum 27. Juli 2013 stationär, danach im Rahmen einer ambulanten Tagesklinik sowie ab 5. März 2014 bis Mai 2016 mittels Psychotherapie (durchgeführt durch Dr. C.\_\_\_\_, welcher die A.\_\_\_\_

im Mai 2016 verliess; Urk. 3/6, Urk. 7/9/35, Urk. 7/21/2) – gingen in ihren Berichten grundsätzlich von den Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10: F32.3), respektive einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10: F33.2), und einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) aus (vgl. Bericht e vom 26. Juli 2013 [ Urk. 7/40/1-4], vom 5. August 2013 [ Urk. 7/9/32-34], 24. April 2014 [ Urk. 7/20 ] und 2. April 2015 [ Urk. 7/33]), wobei sie im Bericht

vom 19. Dezember 2013 ( Urk. 7/24/7-8) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

Episode (ICD-10: F33.1) , und am 22. Juni 2016 ( Urk. 7/39) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

(ICD-10: F33.4) , diagnostizierten . Zur Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit machten sie, soweit sie sich dazu äusserten , folgende Angaben: 100 %

ab 1. Juli 2013, 90 % ab 5. März 2014 , 80 %

ab 12. März 2014 und danach ab etwa April 2015 wieder nahezu

(abgesehen von der Teilnahme an wenigen wöchentlichen Stunden bei Geschäftssitzungen) 100 %

( Berichte vom 24. April 2014, 2. April 2015 und 22. Juni 2016; Urk. 7/20, Urk. 7/33, Urk. 7/39). Eine Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit verneinten sie ebenfalls weitgehend . 3.3

RAD-Arzt med. pract . B.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 22. August 2016 ( Urk. 7/45) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Ohne Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0; medikamentös kompensiert ) sowie psychosoziale Belastungen (schlechte Auftragslage) bei einem Status nach Bypass-Operation bei koronarer Dreifässerkrankung. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte ab 30. April 2013 zu 0 % (laut Anmeldung), ab 31. Juli 2014 zu 20 % sowie spätestens seit Juni 2016 zu 100 % arbeitsfähig, dies bei einem gleichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. 3.4

Zuhanden der Rechtsvertreterin des Versicherten nahmen Dr. C.\_\_\_\_

im Bericht vom 18. September 2016 (Urk. 3/4) sowie die Ärzte der A.\_\_\_\_

im Bericht vom 21. Oktober 2016 (Urk. 3/6) Stellung, unter anderem zum RAD-Bericht vom 22. August 2016. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer meldete sich am 31. Oktober 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Damit steht gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG ein allfälliger Rentenanspruch ab April 2014 zur Diskussion, falls der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt während eines Jahres durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Zu prüfen ist daher eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Architekt ab April 2013 und eine Erwerbsunfähigkeit in einer den gesundheitlichen Beschwerden angepassten zumutbaren Tätigkeit ab April 2014. 4.2

Der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ setzte den Beginn der Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers auf den 30. April 2013 fest, wies indes zu Recht darauf hin, dass im Bericht der A.\_\_\_\_ vom 5. August 2013 (Urk. 7/9/32) erst ab der Hospitalisation am 17. Juni 2013 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 7/45/6). Erst im Bericht vom 2. Oktober 2013 (Urk. 7/9/35) berichtete die A.\_\_\_\_, die Arbeitsunfähigkeit sei während der Hospitalisation rückwirkend auf den 30. April 2013 festgesetzt worden. Am 22. November 2012 hatte sich der Beschwerdeführer einer Bypassoperation unterziehen müssen mit anschliessendem Rehabilitationsaufenthalt in D.\_\_\_\_ bis zum 19. Dezember 2012 (Urk. 7/40/5). Ob danach wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorlag, ergibt sich weder aus dem Bericht des Kardiologen Dr. E.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2013 (Urk. 7/11) noch aus den übrigen medizinischen Akten. Insbesondere kann aus den Berichten der A.\_\_\_\_, soweit sie sich auch zum somatischen Gesundheitszustand äussern, nicht auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit geschlossen werden, da es nicht Sache der A.\_\_\_\_ ist, somatisch bedingte Einschränkungen zu beurteilen. Das gilt – wie der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ zutreffend feststellte (Urk. 7/45/7) – auch für den Hinweis im Bericht der A.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2016, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei gleichermassen durch die psychischen wie durch die körperlichen Krankheiten eingeschränkt (Urk. 7/39/4). Die Sache ist daher bereits aus diesem Grund an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den Beginn der Arbeitsunfähigkeit einerseits und die körperlich bedingten Einschränkungen in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit andererseits abklären lasse. 4.3

Hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigungen attestierte die A.\_\_\_\_ im Zeitraum vom 17. Juni 2013, als der Beschwerdeführer erstmals in der A.\_\_\_\_ hospitalisiert war, bis zum letzten Bericht vom 22. Juni 2016 (Urk. 39) eine weitgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dabei äusserte sie sich in keinem der Berichte zur Frage, ob und in welchem Umfang dem Beschwerdeführer eine andere, seinem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar wäre und welchen Anforderungen eine solche Tätigkeit zu genügen hätte. Dr. B.\_\_\_\_ vom RAD übernahm diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, konnte sich für die zurückliegende Zeit aber naturgemäss nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äussern. Aufgrund der in den Jahren 2013 bis 2015 (Urk. 7/40/1-4, 7/9/32-34, 7/20, 7/33) diagnostizierten schweren depressiven Störung ist eine durch das psychische Leiden bedingte Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit nicht auszuschliessen. Jedenfalls durfte die IV-Stelle bei dieser medizinischen Aktenlage einen Rentenanspruch nicht ohne Weiteres verneinen. Sie wird daher auch unter diesem Gesichtspunkt Abklärungen zu treffen haben, wobei nach der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts gegebenenfalls auch eine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 vorzunehmen sein wird. 4.4

Was die Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2016 betrifft, liegen unterschiedliche ärztliche Meinungen vor. Während Dr. B.\_\_\_\_ vom RAD die Auffassung vertrat, die depressive Störung sei remittiert und unter Medikation zeigten sich keine Aufmerksamkeitsstörungen mehr ( Urk. 7/45/6), so dass wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch im angestammten Beruf vorliege, vertraten die Ärzte der A.\_\_\_\_ im Bericht vom 22. Juni 2016 ( Urk. 7/39) und im Schreiben vom 21. Oktober 2016 ( Urk. 7/54) die Auffassung, trotz Remission der depressiven Störung genüge der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Architekt den Anforderungen nicht. Nach seinen Angaben sei er kaum in der Lage, etwas Sinnvolles zu leisten, seine Tätigkeit beschränke sich weitgehend auf die beratende Unterstützung. Dieser Auffassung schloss sich sinngemäss auch Dr. C.\_\_\_\_ im Schreiben vom 18. September 2016 ( Urk. 7/55) an.

Obwohl sich aus den Berichten ergibt, dass mit der schlechten Auftragslage des Büros des Beschwerdeführers erhebliche psychosoziale Gegebenheiten vorliegen, die den Beschwerdeführer belasten, und obwohl sich die Ärzte der A.\_\_\_\_ nur zur angestammten Tätigkeit als Architekt äusserten und weitgehend auf die subjektiven Angaben abstellten, vermag der kurz gehaltene Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ eine rentenausschliessende Erwerbsfähigkeit nicht überzeugend zu begründen. Die Abklärungen, die die IV-Stelle vorzunehmen hat, werden daher auch den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Juni 2016 zu umfassen haben .

5.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzu heissen . Ob die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers durch ungenügende Begründung des angefochtenen Entscheids verletzt hat, kann bei diesem Ausgang des Verfahrens offen bleiben . 6. 6.1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 700 .-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

In Anbetracht des Verfahrensausgangs ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Da die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung als vollständiges Obsiegen gilt, ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000 .-- ( inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer ) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. November 2016 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 Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Gabrielle Mazurczak

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigFraefel

## **E. 7**

/45). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/47, Urk. 7/59 ) mit Verfügung vom 4. November 2016 ( Urk. 2) mangels Invalidität einen Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.

Dagegen liess der Versicherte am 7. Dezember 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) mit dem Antrag, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter eine Teilrente. Der Beschwerde legte er je einen Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 18. September 2016 ( Urk. 3/4) sowie der

A.\_\_\_\_

vom 21. Oktober 2016 bei ( Urk. 3/6). In der Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2017 (Urk. 6 ) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. Februar 2017 mitgeteilt wurde ( Urk. 8).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 9**

E. 4.2.1).

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