

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00448 vom 19. August 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-08-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00448](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00448)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00448 du 19 août 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00448 del 19 agosto 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_ ,

geboren 1966 ,

ein in Y.\_\_\_\_ ausgebildeter Elektroingenieur , reiste im Jahr 2014 in die Schweiz ein und meldete sich am 17. Oktober 2023 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine Herzkrankheit, Arthritis, Schilddrüsen krebs, psychischen Druck und Stress bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/15). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und teilte mit Schreiben vom 11. März 2024 mit, dass aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und ein Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 10/41). Mit Vorbescheid vom 19. März 2024 ( Urk. 10/43 ) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 7. April 2024 Einwand erhob ( Urk. 10/44 ). Nach weiteren Abklärungen und der Einholung einer Aktenstellung nahme von Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Fachärztin für Innere Medizin und Infek tiologie, des r egionalen ä rztlichen Dienstes ( RAD, Urk. 10/48/2 f.) erliess die IV-Stelle am 28. Mai 2024 erneut einen leistungsabweisenden Vorbescheid (Urk.

10/49). Der Versicherte erhob hiergegen keinen Einwand und die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 8. Juli 2024 ab (Urk. 2).

### E. 2

. August 2024 ( Postaufgabe ) Beschwerde und beantragte sinngemäss, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm eine Rente zuzusprechen sei. In prozessualer Hinsicht ersuchte er sinngemäss um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1) . Mit Verfügung vom 21.

August 2024 wurde die Beschwerdegegnerin zur Einreichung der Beschwer de antwort aufgefordert. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer eine Frist von 30 Tagen angesetzt, um das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürf tigkeit einzureichen unter Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen werde, dass keine prozessuale Bedürftigkeit bestehe (Urk. 4). Der Beschwerde führer reichte das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit am

#### E. 2.1

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

Sozialversicherungsrechts , ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.3**

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.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

### **E. 2.4.1**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht

alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

#### **E. 2.4.2**

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen 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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C\_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen ). 3.

Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar: 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, notierte in ihrem Bericht vom 2. Juni 2023 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (Urk. 10/29): - Herzinsuffizienz mit mittelschwer reduzierter linksventrikulärer Pump funktion (visuell 35-40 %) , Erstdiagnose 2. Juni 2023 - Status nach akuter Perikarditis mit hämodynamisch nicht relevantem Perikarderguss, am ehesten idiopathisch , Erstdiagnose 5. Oktober 2021 - Allergische Reaktion Typ I nach Kontrastmittelgabe am 5. Oktober 2021 - Follikulärwachsendes papilläres Schilddrüsenkarzinom, Erstdiagnose 1996

Die Zuweisung erfolge aufgrund von rezidivierenden Thoraxschmerzen sowie einer chronischen Belastungsdyspnoe, partiell einhergehend mit typischer Angina pectoris . 2021 habe er eine Perikarditis gehabt, damals sei die linksventrikuläre Pumpfunktion mit 53 % beschrieben worden. Im Status zeige er sich leicht hypertensiv, wobei bis anhin keine arterielle Hypertonie bekannt sei. Das Ruhe-EKG zeige unspezifische Repolarisationsstörungen . Die Echokardiografie, die aufgrund des Habitus qualitativ reduziert sei, zeige eine mittelschwer reduzierte Pu m pfunktion von visuell 35-40 % bei globaler, sepalbetonter

Hypokinesie . Der rechte Ventrikel weise eine noch normale systolische Funktion auf. Relevante Klappenvitien liessen sich nicht dokumentieren, noch seien die Vorhöfe normal gross. Der linke Ventrikel sei nicht dilatiert und auch nicht hypertroph, der longitudinale Strain sei deutlich reduziert mit dem Bild des apical

sparing , obschon sonst keine weiteren Merkmale für eine Amyloidose vorlägen. Primär komme hier natürlich eine ischämische Kardiomyopathie infrage, sodass sie im nächsten Schritt eine Koronarangiografie veranlasst habe. Differentialdiagnos tisch könne es sich sicher natürlich auch um eine genetische Kardiomyopathie oder auch eine Adipositas-/Diabetes-assoziierte Problematik handeln. Sie habe in Annahme einer koronaren Herzkrankheit (KHK) die medikamentöse Therapie entsprechend eingeleitet. Der Beschwerdeführer werde einen zeitnahen Termin für eine Koronarangiografie erhalten (Urk. 10/29). 3.2

Im Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals B.\_\_\_\_

(B.\_\_\_\_ ) vom 27. November 2023 wurden folgende (gekürzt wieder gegebenen) Hauptdiagnosen notiert: - Sch i lddrüsen-Carcinom, Erstdiagnose 1996 (Histologie und initiales Tumorstadium nicht bekannt) - Status nach 2 Radiojodtherapie mit insgesamt 11.1 GBq I-131, zuletzt am 16. September 2022 - Herzinsuffizienz mit leicht eingeschränkter

linksventrikulärer Pumpfunktion, Erstdiagnose 2. Juni 2023

Als Nebendiagnosen wurden (1) eine akute Perikarditis mit hämodynamisch nicht relevantem Perikarderguss, a.e. idiopathisch, differentialdiagnostisch TBC, Erst diagnose Oktober 2021, (2) eine allergische Typ-I-Reaktion nach Kontrastmittelgabe 5. Oktober 2021, (3) Klaustrophobie, und (4) eine ausgeprägte asymmetrische Gynäkomastia vera links betont festgehalten.

Das Gewicht sei bei 120 kg stabil. Die Schlafstörung habe sich zwischenzeitlich gebessert, der Beschwerdeführer leide aktuell unter rezidivierenden hypertensiven Krisen und stehe hierfür unter kardiologischer Behandlung. Er habe die vereinbarte Dosiserhöhung von Euthyrox seit der letzten regulären Tumornachsorge nicht ausgeführt. Er versichere, dies ab dem 28. November 2023 zu tun. Ansonsten bestünden keine schilddrüsen-spezifischen Beschwerden, es bestehe allgemeines Wohlbefinden.

Sonographisch und klinisch gebe es keinen Hinweis auf ein Rezidiv des Schilddrüsenkarzinoms. Das TSH sei deutlich oberhalb des Zielbereichs, der Thyreoglobulin-Anstieg sei proportional zum TSH-Anstieg, aktuell sei es nicht rezidiv-verdächtig. Eine wiederholte Beurteilung erfolge im Rahmen der nächsten Nachsorge (Urk. 10/27). 3. 3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, hielt in seinem Bericht vom 15. Dezember 2023 folgende Diagnosen fest (Urk. 10/34): - Kompensierter Tinnitus auris links - Funktionelle Nasenatmungsbehinderung bei - Septumdeviation, Hyperplasie untere Muscheln - differentialdiagnostisch Engpasssyndrom beidseits - Hochgradiger Verdacht auf symptomatisches obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS)

Er empfehle ein CT der Nasennebenhöhlen (NNH) zur definitiven Beurteilung der Belüftung der Nebenhöhlen, dann eine Septumplastik und eine Turbinoplastik. Durch die Septumplastik könne eine Verbesserung des OSAS um bis zu 70 % erreicht werden. 3.4

Dr. A.\_\_\_\_ führte im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 29. Januar 2024 aus, dass mittlerweile eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden können (vgl. hierzu Herzkatheterbericht Klinik D.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2023, Urk. 10/39). Ursprünglich sei ein Herz-MRI geplant gewesen, welches der Beschwerdeführer aufgrund von Klaustrophobie habe abbrechen müssen. Der rezeptierte Betablocker sei nicht vertragen worden, das Entresto nehme er in minimaler Dosis ein. Ob die Blutdruckwerte zuhause gut seien, bleibe für den Moment unklar. Echokardiografisch zeige sich im Vergleich zum Sommer eine leichte Zunahme der LVEF auf aktuell 45 % und sonst keine wesentliche Befundänderung. In Zusammenschau der Befunde könne es sich hier durchaus um eine hypertensive Herzkrankheit handeln, möglicherweise auch eine gewisse Adipositas-Assoziation. Für den Moment setze sie einen SGLT2-Inhibitor ein, der bei Herzinsuffizienz jeglicher Art empfohlen sei. Zudem empfehle sie dringend die Durchführung einer 24h-Blutdruckmessung. Bis dahin habe sie ihm empfohlen, das

Entresto morgens und abends einzunehmen. Sollte die Blutdruckeinstellung tatsächlich adäquat sein, denke sie, spreche im Moment nichts gegen die geplante Nasenseptumdeviationskorrektur (Urk. 10/33). 3.

**E. 5**

Med. pract . E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 11. Januar 2024 , dass der Beschwerdeführer lediglich an drei Terminen im November und Dezember 2022 sowie am 17. März 2023 bei ihr vorstellig gewesen sei. Sie notierte eine Anpassungsstörung im Rahmen der Zwangserkrankung des Sohnes (ICD-10 F43.2). Ein aktueller Befund liege nicht vor, der Beschwerdeführer habe wiederholt Termine kurzfristig abgesagt, so dass keine neuen mehr vereinbart worden seien (Urk. 10/23). 3.

### **E. 5.1**

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat (Urteile des Bundesgerichts 8C\_285/2020 vom 15. September 2020 E. 4.1 und 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2, je mit Hinweisen).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

### **E. 5.2**

Die Beschwerdegegnerin ging von einer Arbeitsfähigkeit von

### **E. 5.3**

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

Bei dieser Sachlage kann offen bleiben , ob der Beschwerdeführer, der seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahre 2014 nie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist, überhaupt als (vollzeitlich) Erwerbs tät iger zu qualifizieren ist.

6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Arnold Gramigna  
Casanova

## **E. 6**

Med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, notierte in seinem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Bericht vom 27. Februar 2024, dass sich der Beschwerdeführer seit Dezember 2021 bei ihm in hausärztlicher Betreuung befindet. Er sei wegen Herzproblemen in der Herzpraxis in Behandlung sowie bei einem Hals-, Nasen-, Ohrenarzt und in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des B.\_\_\_\_. In Bezug auf die Schilddrüse und die Herzdiagnostik verweise er auf die beigelegten Berichte.

Der Beschwerdeführer leide darüber hinaus unter chronischen Knieschmerzen seit vier Jahren mehr rechtsbetont als medial bei schwerer rechtsbetonter Gonarthrose. Im Vordergrund stünden Anlauf- und Ermüdungsschmerzen. Auch die Ruhe sei teilweise gestört, das Treppensteigen sei schmerzhaft.

Des Weiteren leide er unter ständiger Angst, Anspannung, Zukunftsangst und Perspektivlosigkeit, Angst aufgrund seiner Herzerkrankung und des Schilddrüsenkrebses sterben zu müssen. Er habe ausgeprägte Schlafstörungen, könne nur mit Surmontil 50 mg schlafen. Der rezidivierende Schilddrüsenkrebs bereite ihm Sorgen. Er klage auch über

allgemeine Müdigkeit, Erschöpfung, Interesselosigkeit und habe sich sozial sehr zurückgezogen, lebe sehr insoliert und habe nur Kontakt zu seiner Frau und seinem Kind, grüble den ganzen Tag über die somatischen und psychischen Probleme und sehe keinen Ausweg mehr. Sein einziges Kind sei psychisch krank und leide an Schizophrenie, was ihm noch mehr Sorgen bereite. Auch sein Asylstatus sei nicht stabil. Mit seinem F-Ausweis könnte er jederzeit die Schweiz verlassen müssen, was ihm ebenfalls grosse Sorgen bereite. Während seiner Zeit in der Schweiz habe er erfahren, dass seine Eltern gestorben seien, ohne dass er sie habe besuchen oder sehen können.

Der Beschwerdeführer sei auch wegen einer mittelschweren depressiven Episode in psychiatrischer Behandlung bei med. pract .

E.\_\_\_\_ .

Er mache sowohl somatisch als auch psychisch einen sehr labilen Eindruck, er sei völlig dekompensiert. Er müsse weiterhin nuklearmedizinisch, kardiologisch, psychiatrisch, physiotherapeutisch und rheumatologisch (Kniearthrose) betreut werden. Möglicherweise benötige er eine Knieprothese.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit betrachte er den Beschwerdeführer aufgrund aller genannten Beschwerden als voll arbeitsunfähig. Er sei der Ansicht, dass er zu 100 % IV-berechtigt sei (Urk. 10/28). 3.7

RAD-Ärztin Dr. Z.\_\_\_\_ notierte in ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2024 (Urk. 10/48/2 f.)

als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende s : -  
Herzinsuffizienz

mit

leicht bis mittelschwerer

eingeschränkter

Pump funktion

( Erstdiagnose

Juni

2023 ) - TTE 01/2024: LVEF ca 45% - Herz MRI wegen

Klaustrophobie

nicht

durchgeführt - Ausschluss KHK ( Koronarangiographisch ) LVEF 45-50% - cvRF :  
Adipositas , Diabetes mellitus, Nikotinkonsum (mind . 30 py ), positive

Familienanamnese , OSAS

Ohne dauerhafte Auswirkungen hielt sie folgende Diagnosen fest: - Status nach Schilddrüsen Carcinom (Erstdiagnose 1996) - Thyreodektomie 1996 - Status nach Radio Jod Therapie (bis September 2022) - Unter Euthyrox - Letzte Tumornachsorge Kontrolle November 2023: kein Hinweis auf Rezidiv - Status nach Perikarditis mit hämodynamisch nicht relevante m Perikarderguss, am ehesten idiopathisch , Erstdiagnose

Oktober 2021 - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2 ), November 2022

In der Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei er durch eine Belastungsdyspnoe und die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

In leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten in Kälte, Hitze, mit starken Temperaturschwankungen, mit Schichtarbeit oder mit atmosphärischem Über- oder Unterdruck sei er von Juni 2023 bis Januar 2024 zu 50 % und seither zu 20-30 % eingeschränkt.

Der Beschwerdeführer lebe seit 2014 in der Schweiz und sei nie einer Tätigkeit nachgegangen. Er werde vom Sozialamt B.\_\_\_\_ unterstützt. In früheren Arztberichten sei durch med. pract. E.\_\_\_\_ (letzte Behandlung März 2023) eine Anpassungsstörung beschrieben worden. In einem Arztbericht von med. pract. F.\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin) seien ein Schilddrüsenkrebs (Thyreodektomie 1996), chronische Kniebeschwerden, sowie ein Verdacht auf eine Herzkrankheit beschrieben. Aufgrund der Berichte sei das Gesuch abgewiesen worden.

In Gesamtschau aller nun vorgelegter Berichte ergäben sich hier auf kardiologischer Ebene Einschränkungen

der körperlichen Leistungsfähigkeit. Es werde eine leicht bis mittelschwere Pumpleistung des Herzens

festgestellt. Eine KHK habe erfreulicherweise ausgeschlossen werden können. Aufgrund der eingeschränkten

Pumpleistung seien körperlich schwere und anstrengende Tätigkeiten nicht möglich. Bei leichten bis

mittelschweren Tätigkeiten

sei die Arbeitsfähigkeit um etwa 20

% eingeschränkt unter Berücksichtigung

des erwähnten Belastungsprofiles.

Die aufgeführte Diagnose des Schilddrüsenkarzinoms habe aktuell keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit,

da dieses behandelt worden sei und sich in der letzten Tumornachsorgekontrolle kein Hinweis auf ein Rezidiv gezeigt habe.

Eine fachärztliche psychiatrische Behandlung oder Diagnose, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit

begründen würde, erfolge nicht bzw. werde nicht gestellt. Der Beschwerdeführer

sei bis März 2023 in psychiatrischer

Behandlung gewesen wegen einer Anpassungsstörung, welche allgemein hin als überwindbar und nicht von

dauerhafter Natur gelte. Danach sei gemäss den vorliegenden Akten keine psychiatrische Behandlung

mehr erfolgt.

4.1

Die Aktenstellungnahme von RAD-Ärztin Dr. Z.\_\_\_\_ erfüllt sämtliche recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2. 4 ).

Die Stellungnahme wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben , würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, insbesondere auch den Bericht von med. pract . F.\_\_\_\_ . Sie berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend. 4.2 4.2.1

Med . pract . F.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 27.

Februar 2024 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer mache somatisch als auch psychisch einen sehr labilen Eindruck, er sei völlig dekompenziert. Er müsse weiterhin nuklearmedizinisch, kardiologisch, psychiatrisch, physiotherapeutisch und rheumatologisch (Kniearthrose) betreut werden. Er verwies bezüglich der Herzprobleme sowie des Schilddrüsenkarzinoms auf die beiliegenden Facharztberichte. Daneben führte er aus, dass aufgrund der rechtsbetonten Gonarthrose Anlauf- und Ermüdungsschmerzen bestünden. Er sei auch psychisch dekompenziert und sei wegen einer mittelschweren depressiven Episode in psychiatrischer Behandlung bei med. pract . E.\_\_\_\_ (Urk. 10/32, E. 3.6).

Bezüglich der von Dr. F.\_\_\_\_ festgehaltenen Gonarthrose liegen keinerlei Facharztberichte vor. Dass diesbezüglich eine weitergehende Behandlung statt findet, geht aus den im Recht liegenden Akten nicht hervor. Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte ein eingeschränktes Belastungsprofil - es seien nur leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten zumutbar. Dass die von med. pract . F.\_\_\_\_ vorgebrachten Kniebeschwerden eine darüber hinausgehende Einschränkung nach sich ziehen würden, ist gestützt auf den Bericht von med. pract . F.\_\_\_\_ nicht überwiegend wahrscheinlich. 4.2.2

Aus psychiatrischer Sicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen von med. pract . F.\_\_\_\_ lediglich vier Termine bei med. pract . E.\_\_\_\_ wahrnahm und sich seitdem - soweit aus den Akten ersichtlich - nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet. Die von med. pract . F.\_\_\_\_ diagnostizierte mittelschwere depressive Episode ist anhand der von ihm dokumentierten Befunde nicht nachvollziehbar. Med. pract . E.\_\_\_\_ diagnostizierte demgegenüber lediglich eine Anpassungsstörung . Die genaue Diagnosestellung kann in casu ohnehin offen bleiben :

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung lässt sich eine leicht- bis mittel gradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer nahm lediglich vier Termine bei med. pract . E.\_\_\_\_ wahr und befindet sich seither nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Wesentliche psychiatrische Komorbiditäten gehen weder aus dem Bericht von med. pract . E.\_\_\_\_ noch von med. pract . F.\_\_\_\_ hervor. Damit ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers funktionelle Auswirkungen nach sich zieht. 4.2.3

Der Bericht von med. pract . F.\_\_\_\_ vermag entsprechend - auch unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) - den RAD-Bericht von Dr . Z.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. 4. 3

Es liegen keine weiteren Berichte im Recht, welche die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ in Zweifel ziehen:

Aus den Berichten der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin vom 26. November 2021 (Urk. 10/31), 17. März 2022 (Urk. 10/30),

16. Oktober 2023 (Urk. 10/38) und

27. November 2023 ( E. 3.2, Urk. 10/27) gehen keinerlei funktionelle Einschränkungen hervor.

Die in den Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ festgehaltene Herzinsuffizienz sowie die klinische Belastungsdyspnoe wurden von Dr. Z.\_\_\_\_ im Rahmen des Belastungsprofils sowie der eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinreichend berücksichtigt . Aus den Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 2. Juni 2023, Urk. 10/29 E. 3.1 ; Bericht vom 29. Januar 2024, Urk. 10/33 , E. 3.4) sowie der Herzklinik D.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2023 (Urk. 10/39, vgl. auch E. 3.4) gehen keine anderen Einschätzungen hervor.

Auch Dr. C.\_\_\_\_ attestierte keine funktionellen Auswirkungen der von ihm gestellten Diagnosen (Urk. 10/34 , vgl. auch E. 3.3 ).

Im ambulanten Bericht des Notfallzentrums des B.\_\_\_\_ vom 13. September 2021 wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/36). Die im Kurzaustrittsbericht des Departement Medizin des B.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2021 über die Hospitalisation vom 5. bis 8. Oktober 2021 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit vom 5. bis 24. Oktober 2021 vermag ebenfalls keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ zu erwecken, da diese lediglich für einen äusserst kurzen Zeitraum attestiert wurde (vgl. Urk. 10/35). 4. 4

Zusammenfassend ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit, ohne Tätigkeiten in Kälte, Hitze, mit starken Temperaturschwankungen, mit Schichtarbeit, mit atmosphärischem Über- oder Unterdruck seit Januar 2024 - mithin nach Ablauf des Wartjahres - zu 70-80 % arbeitsfähig ist.

Von weiteren Abklärungen

sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird. 5 .

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit.

## **E. 7**

5 % aus und nahm den Einkommensvergleich anhand des Tabellenlohns als Hilfsarbeiter gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

vor. Unter Berücksichtigung des gesetzlich vorgesehenen Pauschalabzuges von 10 % (Art. 26 bis Abs. 2 i.V.m . Art. 25 Abs. 3 IVV) resultiert daraus ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 32 % (vgl. Urk. 2) . Dieser Einkommensvergleich wurde vom

Beschwerdeführer nicht beanstandet, für eine nähere Prüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und 2c).

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass auch unter Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % sowie unter Berücksichtigung des Pauschalabzuges von 10 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % resultieren würde.

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