

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00076 vom 17. November 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00076

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00076 du 17 novembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00076 del 17 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1970 in Serbien geborene und am 24. Februar 2021 in die Schweiz eingereiste X.____ meldete sich am 22. April 2024 (Ein gangdatum) unter Hinweis auf eine rezidivierende fokale Epilepsie unklarer Ätiologie bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk.

E. 1.1

Versichert nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind Personen, die gemäss den Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b IVG). Obligatorisch versichert nach dem AHVG sind unter anderem die natürlichen Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben (Art. 1a Abs. 1 lit . a und b AHVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 IVG sind ausländische Staatsangehörige, vorbehältlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität (Versicherungsfall) während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Ist die dreijährige Mindestbeitragsdauer mittels schweizerischer Versicherungszeiten nicht erfüllt, sind für Schweizer Bürger und für Staatsangehörige von EU- und EFTA-Staaten Beitragszeiten, die in einem EU- oder EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitzuberücksichtigen (vgl. Art. 6 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit).

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine

Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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

prozentuale

Anteile zwischen 25 und 47.5 % einer ganzen Rente (Abs. 4).

E. 1.5

Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. (Art. 4 Abs. 2 IVG). Im Falle einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die Voraussetzungen nach Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt sind.

E. 1.6

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 unbeschrieben 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, 13

E. 1.7

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).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung bereits vor Einreise des Beschwerdeführers in die Schweiz bestanden habe beziehungsweise die Epilepsie bereits zuvor im Ausland diagnostiziert und therapiert worden sei. Damit sei der Beschwerdeführer mit Einschränkungen eingereist, weshalb die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Anzeichen zusätzlicher relevanter Erkrankungen im somatischen oder psychiatrischen Fachbereich nach der Einreise würden sich nicht ergeben (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass die Beurteilung des RAD nicht schlüssig sei. Um Art. 43 Abs. 1 ATSG gerecht zu werden, hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vornehmen müssen. Da sie zudem in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiere, stehe nicht fest, dass der Beschwerdeführer bei Einreise in die Schweiz allein infolge der Epilepsie bereits in rentenbegründendem Ausmass in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Es müsse vielmehr davon ausgegangen werden, dass damals kein rentenbegründender IV-Grad erreicht worden und damit der Versicherungsfall Rente noch nicht eingetreten sei (Urk. 1).

3. 3.1

Dr.

med. Z.____, Facharzt FMH für Neurologie, äusserte in seinen Berichten vom 19. Juli (Urk. 6/26) und 25. November 2022 (Urk. 6/27) den Verdacht auf eine Temporallappenepilepsie mit rezidivierenden komplex-partiellen und sekundär-generalisierten Anfällen. Er verwies auf die bereits im Jahr 2020 in Serbien gestellte Diagnose einer Epilepsie.

Ferner stellte er fest, dass sich im Schädel-MRI ein altersentsprechend unauffälliger Befund ohne Nachweis einer epileptogenen strukturellen Läsion gezeigt habe. Dem Beschwerdeführer sei bis auf weiteres untersagt, ein motorisiertes Fahrzeug zu lenken. Grundsätzlich sei er als arbeitsfähig einzustufen, allerdings sollte er nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten. 3. 2

In den Berichten der Klinik A.____ AG vom 11. Mai (Urk. 6/28), 31. Mai (Urk. 6/25) und 14. September 2023 (Urk. 6/24) wurde als Hauptdiagnose der Verdacht auf eine fokale Epilepsie unklarer Ätiologie und als Nebendiagnosen der Verdacht auf dissoziative Anfälle, EM 2020 (ICD-10 F44.5), bei noch zu klärendem psychiatrisch/psychodynamischem Grundmorbus,

DD Synkopen, sowie arterielle Hypertonie gestellt. 3. 3

In den Berichten des Spitals B.____ vom 25. Januar (Urk. 6/3/22 ff.),

16. Juni 2023 (Urk. 6/23),

10. April (Urk. 6/8) und

4. September 2024 (Urk. 6/31) wurden folgende Diagnosen aufgeführt: - Fokale Epilepsie unklarer Ätiologie, EM 2020 - Verdacht auf funktionelle Anfälle - Arterielle Hypertonie Der Beschwerdeführer erleide grosse und kleine Anfälle. Zuletzt habe etwa alle drei Monate ein Anfallsereignis stattgefunden. Die Fahrtauglichkeit sei nicht gegeben. 3.4

Med. pract. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin,

äusserte in seinem Bericht vom 16. September 2024 (Urk. 6/22) den Verdacht auf einen Angstzustand und stellte als Nebendiagnosen chronische HWS-Beschwerden, eine chronische depressive Störung, eine arterielle Hypertonie sowie eine Dyslipidämie. Für die angestammte Tätigkeit sowie für schwere und mittel schwere Tätigkeiten attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich einer leichten angepassten Tätigkeit sei eine Beurteilung aus psychiatrischer Sicht sowie aus Sicht der epileptischen Anfälle erforderlich. 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. September 2024 (Urk. 6/21) eine organische Angststörung (ICD-10 F06.4), bestehend seit mehr als einem Jahr. Er führte aus, dass der Beschwerdeführer starke psychische Einschränkungen zeige: eine rasche Ermüdung, mangelnde Konzentration, eine sehr reduzierte Belastbarkeit sowohl beruflich als auch im Alltag und ein verlangsamtes Tempo. Ansonsten sei er kontaktfreudig. Aus rein psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen zumutbar. 3. 6

RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Neurologie, stellte in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2024 (Urk. 6/36/2 ff.) folgende Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Fokale Epilepsie mit rezidivierenden komplex-partiellen und sekundär generalisierten Anfällen - DD funktionell (01/23, 04/24,

Neurologie B. ___) - MRI 06/22: kein Nachweis einer epileptogenen strukturellen Läsion - Kurzzeit-EEG 01/23, 07/23, 12/23, 04/24: ohne epilepsietypische n Potentiale - EEG-Video - EEG 05/23: trotz Abdosierung keine Anfälle und keine epilepsietypische n Potentiale - Kurzzeit - EEG 07/23-03/24 intermittierender leichter Verlangsamungsherd frontotemporal links, einmalig (08/23) einzelne interiktale epilepsietypische Potentiale - Unter Monotherapie (09/24) Auftreten von rund 4 Anfällen pro Jahr, dabei isoliert nächtliche generalisierte tonisch-klonische Anfälle

Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie folgende:
- Dissoziative Anfallsereignisse - V erdacht

a uf Beckenboden Schmerzsyndrom (07/22) - Minimale erosive Ileitis terminalis - DD NSAR-assoziiert, M. Crohn, TBC - Pulmonale Rundherde bis 6 mm Durchmesser, Verlaufskontrolle in 6-12 Monaten empfohlen - Arterielle Hypertonie - Chronische HWS-Beschwerden - Dyslipidämie - V erdacht

a uf depressive Epis o de (bezüglich F06.4 siehe Fazit)

Sie führte aus, dass es bereits vor der Einreise in die Schweiz zu rezidivierenden Episoden mit Bewusstlosigkeit gekommen sei. Die Diagnose einer Epilepsie sei im Mai 2020 gestellt und eine antikonvulsive Therapie eingeleitet worden. Darunter sei der Beschwerdeführer bis etwa Mai 2022 anfallsfrei gewesen. Anschliessend habe sich die genaue Zuordnung der Ereignisse schwierig gestaltet. Einerseits habe der Beschwerdeführer eine Vielzahl von Manifestationen geschildert, in den Be richten würden mindestens fünf verschiedene Anfallstypen unterschieden. Andererseits seien die Zusatzabklärungen vorerst unauffällig gewesen. Diese hätten eine altersentsprechende Bildgebung sowie zahlreiche EEG-Untersuchun gen ohne Nachweis epilepsiespezifischer Potentiale umfasst. Eine zweimalige Langzeitableitung in der Klinik A. ___ AG sei ebenfalls unauffällig gewesen, trotz Reduktion der Antikonvulsiv a hätten keine klinischen Anfälle oder EEG - Veränderungen provoziert werden können. Vor dem Hintergrund einer Stress abhängigkeit der Anfälle mit Ereignissen nach emotionaler oder beruflicher Belastung und auffälligem interpersonellem Verhalten sei initial am ehesten von dissoziativen Ereignissen ausgegangen worden. Nach A usscheiden der antikon vulsiven Medikation sei es jedoch zu weiteren Ereignissen gekommen. Dabei sei en im August 2023 einmalig einzelne epilepsietypische Potentiale im EEG beschrie ben worden, so dass die ursprüngliche Epilepsiediagnose bestätigt worden sei. Im jüngsten Verlauf sei eine antikonvulsive Monotherapie erfolgt. Darunter trete rund alle drei Monate ein nächtlicher generalisierter Anfall auf. Aktuell erfolge eine Therapieoptimierung. Die Fahreignung sei nicht gegeben. An weiteren somatischen Beschwerden seien Unterbauchschmerzen im Mai 2022 urologisch abgeklärt worden. Zudem sei im Ok tober 2022 eine erosive Ileitis terminalis festgestellt worden. Bei fehlenden aktuellen Symptomen könne davon ausge gangen werden, dass diese am ehesten medikamentös induziert gewesen sei. Eine augenärztliche Untersuchung im März 2023 habe beidseitig einen vollen Visus ausgewiesen. Der Hausarzt habe im September 2024 geschildert, dass er die Ereignisse weder eindeutig als epileptisch noch als funktionell beurteilen könne. Zudem würden psychische Veränderungen bestehen, der Beschwerdeführer

mache einen depressiven Eindruck. Deshalb sei eine psychiatrische Behandlung eingeleitet worden. Die vom Psychiater erhobenen Befunde entsprächen allerdings dem klinischen Eindruck des Psychiaters, während eine entsprechende Testdiagnostik nicht aus dem

Bericht hervorgehe. Die von ihm gestellte Diagnose einer organischen Angststörung sei sodann nicht nachvollziehbar, da die diagnostischen Kriterien nicht erfüllt seien. Gemäss ICD handle es sich dabei um eine Störung, welche durch die wesentlichen deskriptiven Merkmale einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und/oder einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) charakterisiert sei, jedoch als Folge einer organischen Störung auftrete. Beide Diagnosekriterien würden hier nicht vorliegen. Einerseits fehl ten gemäss Psychostatus die erwähnten deskriptiven Merkmale von F41.1 und F41.0. Andererseits bestünden keine Hinweise auf eine hinreichend schwerwiegende organische Schädigung. Gemäss aktuellem Kenntnisstand würden beim Be schwerdeführer seltene, isoliert nächtliche generalisierte epileptische Anfälle auftreten, das interiktale EEG sei unauffällig und Anzeichen einer epileptischen Encephalopathie würden fehlen. Es sei damit sehr unwahrscheinlich, dass eine organische neurologische Störung von demjenigen Ausmass vorliege, welche für eine sekundäre psychiatrische Symptomatik verantwortlich sein könnte. Aus fachärztlicher Sicht könne damit die Diagnose F06.4 nicht unterstützt werden. Eine Depression, wie vom Hausarzt vermutet, sei fachpsychiatrisch nicht festgehalten, und es erfolge keine entsprechende Therapie.

Zusammenfassend leide der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer fokalen Epilepsie mit aktuell unter antikonvulsiver Therapie nur noch selten auftretenden, isoliert nächtlichen generalisierten Anfällen. Anzeichen zusätzlicher relevanter Erkrankungen im somatischen oder psychiatrischen Fachbereich würden sich keine ergeben. Aufgrund der Epilepsie würden Einschränkungen im Belastungsprofil bestehen. In einer derartig angepassten Tätigkeit könne jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. 4. 4.1

Der Entscheid vom 16. Dezember 2024 (Urk. 2) erfolgte gestützt auf die Beur teil lung de r RAD -Ärztin Dr. E.____. Danach ist de m Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Staplerfahre r aufgrund der fokalen Epilepsie, welche das Führen von Fahrzeugen verunmöglicht, nicht mehr zumutbar. Ebenso dürfen keine Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten oder in einer H ö he über 1 m, keine Tätigkeiten mit gefährdenden Objekten (Maschinen, Materialien) oder in gefähr licher unübersichtlicher Umgebung, keine alleinige Beaufsichtigung von Schutz befohlenen und keine Schichttätigkeiten ausgeführt werden. In einer diesbe züglich angepassten Tätigkeit ist jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/36/3) . 4.2

Die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin beruhen auf der Würdigung sämt licher vorangegangener Arzt- und bildgebender Untersuchungsberichte. Hier bei ist festzuhalten, dass ihre Beurteilung der Diagnostik sowie der medizinisch aus gewiesenen Einschränkungen von de njenigen der somatisch behandelnden Ärzte grund sätzlich nicht ab weicht. In Bezug auf angepasste Tätigkeiten wurden insbesondere keine Einschränkungen formuliert und auch der Hausarzt nahm diesbezüglich keine Einschätzung vor , sondern verwies auf die Beurteilungen der anderen Fachärzte.

Einzig in Bezug auf die psychiatrische Beurteilung setzte sich Dr. E.____ deutlich von der Diagnosestellung sowie Folgenabschätzung des Psychiaters ab und verwies auf die fehlende Herleitung sowie Begründung der Diagnose durch Dr. D.____. Dieser

stellte eine organische Angststörung (F06.4) fest und ging aus psychiatrischer Sicht davon aus, dass nur mehr eine geschützte Tätigkeit möglich sei. Eine organische Angststörung (ICD-10 F06.4), wie von ihm diag nostiziert, wird charakterisiert durch wesentliche

Merkmale einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1), einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) oder einer Kombination von beiden, wobei der Zustand als Folge einer organischen Störung entsteht, die eine zerebrale Funktionsstörung verursacht (vgl. Dilling/ Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 2015, S.

E. 6

/ 4). Die IV Stelle tätigte daraufhin beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 5. November 2024 stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, mit der Begründung, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits vor der Einreise in die Schweiz bestanden hätten (Urk. 6/ 37). Mit Verfügung vom 16. Dezember 2024 wies sie das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2 [= Urk. 6/ 41]).

2.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Januar 2025 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und beantragte, dass die Verfügung vom 16. Dezember 2024 aufzuheben und ihm eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzusprechen sei. Eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen zu treffen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. März 2025 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. März 2025 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

8) . Dr. E.____ zeigte schlüssig auf, dass die Diagnosekriterien hierfür nicht vorliegen. So fehlt es einerseits an den erwähnten deskriptiven Merkmalen einer generalisierten Angst- oder Panikstörung. Andererseits bestehen – bei unauffälligem interiktalem EEG und fehlenden Anzeichen einer epileptischen Enzephalopathie – keine Hinweise auf eine hinreichend schwerwiegende organische neurologische Schädigung, welche für eine sekundäre psychiatrische Symptomatik verantwortlich sein könnte. Damit kann auf die von Dr. D.____ gestellte Diagnose sowie die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen 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). Nachdem keine Anzeichen zusätzlicher relevanter Erkrankungen im somatischen oder psychiatrischen Fachbereich vorhanden sind (vgl. Urk. 6/36 / 4), ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt sein sollte.

4.3

Vorliegend führte die RAD-Ärztin zwar keine eigene Untersuchung durch. Ihr standen aber sämtliche medizinischen Akten zur Verfügung, und sie setzte sich mit diesen genügend auseinander. Die gezogenen Schlüsse begründete sie in nachvollziehbarer Weise. Zudem verfügt sie als Fachärztin für Neurologie über eine für die Beurteilung der im Vordergrund stehenden Beschwerden im Zusammenhang mit der fokalen Epilepsie angezeigte medizinische Weiterbildung. Die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 5. November 2024 (vorstehend E. 3. 6) erfüllt daher die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige

medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien, zumal weder die aktenkundigen Arztberichte noch der Beschwerdeführer Aspekte aufzuzeigen vermögen, die auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der RAD-Ärztin beziehungsweise an einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufkommen lassen würden (vgl. vorstehend E. 4. 2). Gestützt auf die Beurteilung der

RAD-Ärztin ist daher davon auszugehen, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit besteht. 4.4

Von weiteren Abklärungen gemäss dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 , 124 V 90 E. 4b) davon abzusehen ist. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdegegnerin ist nicht auszumachen. 5.

Gemäss dem Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über soziale Sicherheit vom 11.

Oktober 2010 sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt (Art.

4 Abs.

1). Entgegen der Beschwerdegegnerin vermag eine bei Einreise in die Schweiz vorbestehende Krankheit

beim Beschwerdeführer, der Serbischer Staatsangehöriger ist, die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht in Frage zu stellen. Zudem erhellt aus den Berichten der behandelnden Ärzte, dass die Epilepsie beim Beschwerdeführer zwar bereits vor seiner Einreise

diagnostiziert und behandelt worden war, deswegen jedoch keine Einschränkungen in leidensangepasster Tätigkeit aktenkundig sind,

und er wegen der Epilepsie zum Zeitpunkt seiner Einreise nicht zu mindestens 40 % (vgl. nachfolgend E. 6) und damit nicht in einem den Anspruch auf eine Invalidenrente begründenden Ausmass invalid war (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG). Mithin

war der Versicherungsfall Rente in Bezug auf die Epilepsie (und auch sonstige Beschwerden) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten (E. 1.5). 6. 6. 1

Zu prüfen bleibt, wie sich die in angestammter Tätigkeit eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6. 2

Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, woraus sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. 6. 3

Vorliegend sind das Valideneinkommen

(aus den Akten und insbesondere dem IK-Auszug lassen sich hierzu keine verlässlichen Werte entnehmen) und das Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenwert

(Hilfsarbeitertätigkeit) zu berechnen, weshalb sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.2.2). Dies stellt keinen «Prozentvergleich» im Sinne von BGE 104 V 135 E. 2b dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

Da in einer angepassten Erwerbstätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, besteht vorliegend – unabhängig von der Höhe eines allenfalls zu berücksichtigenden Leidensabzuges – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. 7.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene

Verfügung vom 16. Dezember 2024 (Urk. 2) im Ergebnis der Leistungsablehnung zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - 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 FehrSchilling

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