

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00124 vom 23. Oktober 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00124](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00124)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00124 du 23 octobre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00124 del 23 ottobre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass die Beschwerdeführerin seit dem 17. September 2022 in der angestammten Tätigkeit im Verkauf arbeitsunfähig gewesen sei, womit das Wartejahr begonnen habe. Gemäss den Abklärungen habe die Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf des Wartejahres noch 70 % betragen, ab November 2023 sei sie wieder zu 70 % arbeitsfähig. Somit sei die höhergradige Einschränkung nach Ablauf der einjährigen Wartezeit nicht längerdauernd und darum nicht berücksichtigt worden. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer Angaben als voll erwerbstätig zu qualifizieren. Das Valideneinkommen sei anhand der aktuellen Tätigkeit in einem vollen Pensum festgesetzt worden. Dem sei der Tabellenlohn gemäss der

vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) im Detailhandel im Kompetenzniveau 2 in einem 70

%-Pensum gegenüberzustellen (TA1, Monatlicher Bruttolohn [ Zentralwert ] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 47 Detailhandel, Frauen, Kompetenzniveau 2), woraus ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 34

% resultiere (Urk. 2).

### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor (Urk. 1), dass sie nach Ablauf des Wartejahres weiterhin zu 70 % arbeitsunfähig gewesen sei, womit sie die Voraussetzungen für die Entstehung eines Rentenanspruches erfülle. Damit stehe ihr ab September 2023 eine ganze Rente zu. Beim Valideneinkommen gehe die Beschwerdegegnerin vom zuletzt erzielten Einkommen aus und rechne dies es hoch auf ein volles Pensum. Dabei werde übersehen, dass sie über zwei abgeschlossene Ausbildungen verfüge. Entsprechend sei auch in der Verfügung vom 26. September 2016 festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit als Büroangestellte tätig wäre. Die Rente sei damals lediglich entfallen, da sie als Verkaufsleiterin im Unternehmen ihres Mannes angestellt gewesen sei, welcher mittlerweile verstorben sei, so dass das Unternehmen den Betrieb einstellen müssen. Die Stelle im Y. \_\_\_\_ sei leicht und wechselbelastend gewesen, so dass ihr eine 80%ige Arbeitstätigkeit möglich gewesen sei. Das Valideneinkommen sei damit gestützt auf den Tabellenlohn als Bürokräft festzusetzen (T17, Monatlicher Bruttolohn [ Zentralwert ] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor, Ziff. 4, Bürokräfte und verwandte Berufe,

Total, Frauen). Für das Invalideneinkommen sei auf das aktuelle Einkommen als Kundin Beraterin im Y. \_\_\_ abzustellen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Behandler zuerst zu 70 %

und dann zu 60 % arbeitsunfähig gewesen sei. Selbst gestützt auf die

Stellungnahme der RAD-Ärztin sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % zwischen Oktober 2023 und April 2024 auszugehen. Erst ab Mai 2024 bestehe laut RAD-Ärztin eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, wobei unklar sei, ob sich dies auf ein 100

%- oder 80

%-Pensum beziehe. Damit bestehe selbst bei Abstellen auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin zuerst ein Anspruch auf eine ganze Rente und ab Juli 2024 immer noch auf eine 60%ige, eventualiter eine 47.5%ige Rente.

Eventualiter sei die Stellungnahme der RAD-Ärztin nicht beweiskräftig :

Sie habe die Beschwerdeführerin nicht untersucht, besitze keinen Facharztstitel Kardiologie und habe in der Stellungnahme nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 einen schweren Bandscheibenvorfall erlitten habe ,

womit sie für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Entsprechend sei die Angelegenheit eventualiter zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. 2.

2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung - wie vorliegend - auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V

198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr einen anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_234/2023 vom 4. September 2023 E. 1.2, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a). 2.2

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

liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7

Abs. 2 ATSG). 2.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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

2.4 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.). 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 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). 2.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die

Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im

Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativ expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 139 V 99 E. 1.1, 137

V

210 E. 4.4.1.4 m.w.H. ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) .

### **E. 1.3**

Mit Einwand vom 21. Oktober 2024 beantragte die Versicherte die Bestellung von Rechtsanwältin Petra Oehmke Schiess als unentgeltliche Rechtsvertreterin im Verwaltungsverfahren ( Urk. 14 /171). Mit Verfügung vom 6. März 2025 wies die IV-Stelle das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren ab ( Urk. 14/185 ). Hiergegen erhob die Versicherte am 17. März 2025 Beschwerde am hiesigen Gericht, welche mit Urteil heutigen Datums gutgeheissen wurde ( Verfahrensnr . IV.2025.00215).

2.

Gegen die Verfügung vom 31. Januar 2025 erhob die Versicherte am 11. Februar 2025 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2025 aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. September 2023 eine (unbefristete) ganze Rente aus der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und es sei ihr vom 1. September 2023 bis 30. Juni 2024 eine ganze und ab dem 1. Juli 2024 eine 60%ige, eventuell eine 47.5%ige IV-Rente zuzusprechen. Subeventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Beiladung der Pensionskasse Y.\_\_\_\_ sowie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung von Rechtsanwältin Petra Oehmke Schiess als unentgeltliche Rechtsvertreterin ( Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. April 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 10 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 14/1-187), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. April 2025 in Kenntnis gesetzt wurde. Gleichzeitig wurde die Pensionskasse Y.\_\_\_\_ zum Verfahren beigegeben ( Urk. 15), welche sich nicht vernehmen liess, worüber die Parteien am 1. Juli 2025 in Kenntnis gesetzt wurden ( Urk. 17). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

### **E. 3**

Die aktuelle medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

### **E. 3.1**

Med. pract. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 28. März 2023 zuhanden der Krankentaggeldversicherung fest, dass die Beschwerdeführerin im letzten Jahr zunehmend stark beeinträchtigende Symptome wie Schwäche, Schwindel und Herzrasen entwickelt habe. Es sei eine Herzinsuffizienz und eine Aorteninsuffizienz diagnostiziert worden. Eine koronare Herzkrankheit habe ausgeschlossen werden können. Es sei

eine Operation der Herzklappe nötig geworden, so dass am 12. Oktober 2022 der

Aortenklappenersatz bei schwerer Aortenklappeninsuffizienz erfolgt sei, postoperativ habe sich eine schwer eingeschränkte systolische LV-Funktion (LVEF

32 %) gezeigt, welche symptomatisch gewesen sei mit weiterhin Schwäche und Schwindel und welche einer ausgedehnten Medikation bedürftig habe. Es sei eine kardiale ambulante Rehabilitation erfolgt. Die ab dem 9. Januar 2023 zu 30 % wiederaufgenommene Tätigkeit habe noch nicht gesteigert werden können.

Die kardiologische Verlaufskontrolle am 20. März 2023 habe erfreulicherweise eine deutliche Besserung der Pumpfunktion auf eine LVEF 50-55 % gezeigt.

Unklar sei noch, ob die Besserung im Rahmen der medikamentösen Herzinsuffizienz oder durch die verbesserte Klappenfunktion oder beides bedingt sei. Es sei vorgesehen, die Medikation langsam zu reduzieren mit Erhalt der kardialen Funktion und Besserung der Beschwerden und besserer Belastbarkeit. Der Verlauf sei abzuwarten, die Arbeitsfähigkeit könne beim aktuellen Pensum belassen werden. Könne die Medikation reduziert werden und sofern die Pumpleistung darunter stabil und die Beschwerdeführerin belastbarer werde, werde eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit angestrebt (Urk. 14/146/56).

### **E. 3.2**

Die Krankentaggeldversicherung holte bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, eine kardiologische Kurzbeurteilung vom 12. Mai 2023 ein (Urk. 14/146/78-83). Dr. A.\_\_\_\_ notierte folgende Diagnose (Urk. 14/146/81): - Valvuläre Kardiopathie mit initial mittel bis schwer eingeschränkter LV Funktion - Stenosefreie Koronarien (Koro Juli 2022) - Status nach Bio-Aortenklappenersatz Oktober 2022 bei schwergradiger Aortenklappeninsuffizienz - normalisierte systolische LV-Funktion und LV-Diameter - körperlicher Dekonditionierungszustand - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Status nach Nikotin, Hypercholesterinämie

Dr. A.\_\_\_\_ hielt fest, dass keine relevante kardiale Funktionseinschränkung mehr vorliege. Insgesamt bestehe ein erfreulicher postoperativer Verlauf mit Normalisierung der initial mittel-schwergradig reduzierten Herzpumpfunktion, wobei die LV-Dysfunktion und Dilatation durch eine schwergradige Aortenklappeninsuffizienz hervorgerufen worden sei, die mittels Bioprothese behandelt worden sei. Die aktuell noch eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei nicht mit einer kardialen Ursache erklärbar und am ehesten im Rahmen einer körperlichen Dekonditionierung bei langem Krankheitsverlauf und Trainingsmangel zu sehen.

Die Beschwerdeführerin sollte weiterhin an einem medizinisch-therapeutischen Training zur Förderung der körperlich-muskulären Kondition teilnehmen.

Als Kassiererin übe sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit nur leichtgradigem körperlichem Belastungsgrad aus. Aus kardiologischer Sicht sei eine weitere Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht begründbar. Aus rehabilitativer Sicht werde bei prolongiertem Krankheitsverlauf und dadurch mitbedingter körperlicher Dekonditionierung eine Arbeitsfähigkeit von ab sofort 50 % empfohlen. Nach vier Wochen sollte nochmals evaluiert werden, ob nicht eine weitere Steigerung möglich sei. Aus kardiologischer Sicht spreche in Anbetracht der Befundlage nichts dagegen, der Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf eine volle Arbeitsfähigkeit als Kassiererin zu attestieren.

Aus kardiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen mehr in einer angepassten Tätigkeit.

### **E. 3.3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, notierte im Bericht vom 16. August 2023 zuhause der Hausärztin, dass er den Verdacht auf eine Verschlechterung der kardialen Situation bestätigen könne. Aufgrund des Verlaufs habe nicht wie vorhergehend vermutet nur die schwere Aortenklappeninsuffizienz zur Problematik beigetragen. Das Absetzen der Herzinsuffizienzmedikamente sei keine gute Idee gewesen, da sie offensichtlich eine langfristige medikamentöse Herzinsuffizienzmedikation benötige, welche nun langsam wieder aufgebaut werde (Urk. 14/146/121-122).

### **E. 3.3.2**

Im von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Bericht vom 1. Dezember 2023 erklärte Dr. B.\_\_\_\_, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Herzoperation vorübergehend gebessert, danach aber stark verschlechtert habe. Dies wohl deshalb, weil die Herzinsuffizienzmedikamente reduziert worden seien aufgrund der Vermutung, dass die schwer eingeschränkte systolische LV-Funktion auf die schwere Aortenklappeninsuffizienz zurückzuführen sei. Das sei aufgrund des Verlaufs jedoch nicht der Fall. Offensichtlich bestehe nicht nur eine Valvulopathie, sondern auch eine dilatative Kardiomyopathie. Es lägen weiterhin eine Belastungsintoleranz, Schwäche, Ödeme und Dyspnoe vor.

Die Situation habe sich objektiv etwas verbessert (Verbesserung der LVEF), das subjektive Empfinden hinke jedoch nach respektive zeige sich höchstens eine leichte Verbesserung der Klinik. Es sei grundsätzlich noch mit einer gewissen Verbesserung zu rechnen.

Da die dilatative Kardiomyopathie nicht heilbar sei, bestehe wohl auch langfristig trotz optimaler Therapie eine gewisse Leistungseinschränkung.

Er könne die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen (Urk. 14/146/117).

### **E. 3.4.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 15. Januar 2024 folgende, gekürzt wieder gegebenen Diagnosen (Urk. 14/146/156): - Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) multifaktorieller Ätiologie - Valvuläre Herzkrankheit sowie vormals dilatative Kardiomyopathie - Schwere allergische Reaktion auf Metamizol/ Novalgin Oktober 2022

Es sei die klinische Verlaufskontrolle bei HFrEF unter optimal- medical - therapy (OMT) erfolgt. Die Beschwerdeführerin beschreibe grundsätzlich einen guten Verlauf. Es bestehe aber noch eine Dyspnoe NYHA II. Die Beschwerdeführerin sei kardiopulmonal kompensiert mit einem tiefen Blutdruck unter vierfacher Herzin suffizienz-Therapie, heute bei 92/81 mmHg . Elektrokardiographisch zeigten sich weiterhin eine unspezifische QRS-Verbreiterung und eine Niedervoltage . Echo kardiographisch zeige sich erfreulicherweise eine Bestätigung der verbesserten LVEF (weiterhin nunmehr leicht eingeschränkt mit 47 % ). Damit zeige sich nach drei Monaten OMT ein unveränderter Befund.

Er empfehle die Medikation unverändert fortzuführen und eine Kontrolle in drei Monaten.

#### **E. 3.4.2**

Im Bericht vom 24. Mai 2024 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest ( Urk. 14/153/9-11), dass die Beschwerdeführerin beschreibe, dass es ihr nicht gut gehe, sie häufig an einem Völlegefühl leide und eine Leistungsreduktion habe. Er sehe eine kardiopulmonal kompensierte Beschwerdeführerin mit einem tief-normalen Blutdruckwert von 109/80 mmHg und einem hochnormalen Puls von 94 bpm. Elektrokardiographisch zeigten sich ein Sinusrhythmus und eine vorbekannte Niedervoltage . Seit der letzten Konsultation und der Reduktion der Medikation hätten sich keine relevanten Veränderungen ergeben. Die häuslichen Blutdruckwerte seien eher im tiefen Bereich um 95-100 mmHg systolisch. Werte kleiner als 80 mmHg systolisch habe sie nicht mehr gehabt. Echokardiographisch ergebe sich heute erstmals ein LVEF-Wert grösser als 50 % und damit auch die Beurteilung einer doch erhaltenen systolischen Funktion.

Die Herzfunktion habe sich im direkten Bildvergleich innerhalb der letzten Monate normalisiert. An der aktuellen Medikation wolle er daher keine Änderungen vornehmen. Er habe die Beschwerdeführerin bei Angabe der Leistungsschwäche noch ergometrisch belastet. Hier ergebe sich tatsächlich eine unter durchschnittliche Leistungsfähigkeit trotz Ausbelastung. Warum dies so sei, könne er aktuell nicht sagen. Möglicherweise bestehe tatsächlich eine Dekonditionierung und/oder eine pulmonale Begleiterkrankung. Auch funktionelle Beschwerden schliesse er nicht aus.

Er denke nicht, dass das Völlegefühl kardial bedingt sei. Die sich bessernde systolische Funktion des Herzens passe nicht zum subjektiven Gefühl der Verschlechterung seitens der Beschwerdeführerin. Es sollten eine pneumologische und eine gastroenterologische Kontrolle erfolgen. Er sehe die Indikation für eine kardiale stationäre Reha.

#### **E. 3.4.3**

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 3. Juni 2024 konstatierte Dr. C.\_\_\_\_ ( Urk. 14/153/3-7), dass er selbst keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt habe. Prognostisch sei die Beschwerdeführerin 50 % arbeitsfähig, die Langzeit-Prognose sei offen. Sie sei eingeschränkt durch eine Leistungsreduktion , welche objektivierbar sei bis 45 % der Soll-Leistung.

#### **E. 3.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Pneumologie, führte im Bericht vom 16. Juli 2024 aus, dass sich die Beschwerdeführerin zur pneumologischen Standortbestimmung bei einer unklaren Belastungsdyspnoe vorgestellt habe. Lungenfunktionell zeige sich ein Normalbefund trotz floriden Rauchkonsums. Hinweise für eine Diffusionsstörung zeigten sich nicht. Er

empfehle eine ambulante Physiotherapie zum Ausbau der Leistungsfähigkeit ( Urk. 14/161).

### **E. 3.6**

Med. pract . Z.\_\_\_\_

stellte im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 13. August 2024 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Herzinsuffizienz multifaktorieller Ätiologie - aktuell HFpEF 53 % - Aortenklappeninsuffizienz mit dilatativer Kardiomyopathie - Aortenklappenersatz Oktober 2022

In den letzten Monaten habe sich keine Besserung eingestellt. Es sei aber auch zu keiner Verschlechterung gekommen, vom Verlauf her scheine zeitnah keine höhere Belastbarkeit als 30 % möglich. In der bisherigen Tätigkeit als Kassierin/Mitarbeiterin im Baumarkt erreiche die Beschwerdeführerin nach drei, maximal vier Stunden das Limit und brauche ab drei Stunden mehr Pause. Prognostisch sei soweit beurteilbar aktuell eher eine Stabilisierung statt eine Besserung zu erwarten, eine andere Tätigkeit werde die Belastbarkeit nicht wesentlich ändern können. Sie habe seit dem 27. August 2023 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert ( Urk. 14/159).

### **E. 7**

RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie, beurteilte in ihrer Stellungnahme vom 19. August 2024 ( Urk. 14/166/4-6) die valvuläre Herzkrankheit im Rahmen einer dilatativen Kardiomyopathie als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte sie (1) eine allergische Reaktion auf Metamizol Oktober 2022 und (2) eine Belastungsdyspnoe. Versicherungsmedizinisch theoretisch sei die Beschwerdeführerin vom 17. September 2022 bis zum 3. Januar 2023 voll arbeitsunfähig, vom 4. Januar bis Oktober 2023 sei eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (wegen LVEF 39 %), seither sei von einer Reduktion auf eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne schwere körperliche Tätigkeiten, ohne Nacharbeit und ohne extreme Hitze oder Kälte, entsprächen dem Belastungsprofil der Beschwerdeführerin.

Zusammenfassend hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass nach einer Herzoperation wegen einer valvulären Kardiopathie eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe. Nach stattgehabter Herzoperation mit Thorakotomie werde von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit für eine Dauer von sechs Monaten ausgegangen (d.h.

bis ca .

April

2023). Ab Januar 2023 habe die Beschwerdeführerin bereits wieder in der angestammten Tätigkeit an der Kasse gearbeitet. Die Hausärztin habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2023 attestiert. Die Beschwerdeführerin habe aber laut Eingliederungsbericht (EB) weiterhin nur 30 % gearbeitet. Gemäss kardiologischem Bericht habe sich die Pumpleistung des Herzens sukzessive verbessert im Zeitraum von Oktober 2023 bis Mai 2024. In der Fahrradergometrie habe sich eine Belastbarkeit von 60 Watt bei einem MET von 3.6 gezeigt (dies

entspreche einer Belastbarkeit von beispielsweise Spazierengehen, Staubsaugen, Golfspielen, Pilates etc.). Es finde sich keine Erklärung für die unter durchschnittliche Leistungsfähigkeit. Auch in der pneumologischen Beurteilung finde sich kein Korrelat. Ein Rauchstopp und eine stationäre kardiale Rehabilitation seien durch den Kardiologen als indiziert angesehen worden.

Es sei anhand der Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehbar, warum die Beschwerdeführerin nur in einem 30 % - Pensum arbeite. Die Tätigkeit als Kassiererin werde als leicht eingestuft und würde dem Belastungsprofil bereits entsprechen.

Dauerhaft sei anhand der aktuellen kardiologischen Befunde von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (wegen 10 % verringerter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf). Die Einschätzung gelte ab Mai 2024, zwischen Oktober

2023 und April 2024 habe aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden (jeweils bezogen auf das angestammte 80 % -Pensum) . Über Therapiebemühungen (wie die empfohlene Physiotherapie oder kardiale Rehabilitation) sei nichts

bekannt , was auf einen lediglich mäßigen Leidensdruck hinweise.

#### 4. 4.1

##### 4.1.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich zur Beurteilung der versicherungsmedizinisch theoretischen Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ . Diese hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. August 2024 fest, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsunfähig gewesen sei vom 17. September 2022 bis zum 3. Januar 2023. Vom 4. Januar bis Oktober 2023 sei sie zu 70 % arbeitsunfähig gewesen, danach sei eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 30 % bis dato erfolgt ( Urk. 14/166/5).

Weiter führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, dass sie dauerhaft von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgehe (wegen 10 % verringerter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf). Dies gelte seit Mai 2024. Zwischen Oktober 2023 und April 2024 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden , jeweils bezogen auf das angestammte Pensum von 80 % ( Urk. 14/166/6). 4.1.2

Dr. E.\_\_\_\_

hielt fest, dass die Beschwerdeführerin durch eine anhaltende Leistungsminderung, Erschöpfung, Völlegefühl und Schwindel in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei (E. 3.7) . Die behandelnden Ärzte konnten allerdings keine kardiologisch oder pneumologisch objektivierbaren Befunde erheben, welche die ergometrisch erhobene Leistungsminderung erklären könnten , sondern gingen von einer Dekonditionierung aus (E. 3.4 und E. 3.5) . Eine Dekonditionierung stellt in der Regel allerdings keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden dar ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen ).

Es ist darüber hinaus nicht schlüssig nachvollziehbar, inwieweit sich die ergometrisch erhobene unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und bereits angepassten Tätigkeit als Kassiererin auswirken soll bzw.

in dieser leichten Tätigkeit zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit und erhöhtem Pausenbedarf führen soll (vgl. E. 3.7).

#### 4.1.3

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.4.3) und med. pract. Z.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.6) fehlt in der Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_.

Anhand der Akten kann darüber hinaus nicht ausgeschlossen werden, dass aus orthopädischer Sicht das Belastungsprofil bzw. die Leistungsfähigkeit eingeschränkt sein könnte (vgl. hierzu Feststellungsblatt vom 26. September 2016, Urk. 14/117; Verfügungsteil 2, Urk. 14/121).

Zusammenfassend bestehen Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_. Dies aufgrund des Umstandes, dass sie die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat und ihre quantitative Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit jenen der übrigen Ärzte nicht in Einklang zu bringen ist und dies - in Bezug auf die konkrete Schätzung - nicht erklärt wird. 4.2

Die weiteren im Recht liegenden Berichte lassen ebenfalls keine abschliessende Beurteilung allfälliger funktioneller Einschränkungen zu: 4.2.1

Die von med. pract. Z.\_\_\_\_

seit August 2023 durchgehend unverändert attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % ist nicht schlüssig nachvollziehbar aufgrund der fehlenden objektivierbaren Befunde (E. 3.6 ; vgl. auch E. 3.1 ).

Dr. C.\_\_\_\_ seinerseits attestierte auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, allerdings ohne genauere Angabe der funktionellen Einschränkungen oder eines angepassten Tätigkeitsprofils (E. 3.4).

Dr. D.\_\_\_\_ äussert sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl.

E.

3.5).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten ist des Weiteren auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.2. 2

Die Kurzbeurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ datiert vom 12. Mai 2023 und damit noch vor der unbestritten eingetretenen ( allenfalls vorübergehenden) Verschlechterung infolge der Medikamentenreduktion und der damit einhergehenden veränderten Diagnosestellung. Entsprechend ist seine Kurzbeurteilung nicht geeignet, eine abschliessende Beurteilung allfälliger funktioneller Einschränkungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2). 4. 3

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. dessen funktionelle Auswirkungen (auch im zeitlichen Verlauf) in geeigneter Weise abklärt, wobei allfällig noch bestehende orthopädische Probleme mit zu beurteilen

sind . Danach hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Neuanschuldung (E. 2.1) neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden. 5. 5.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Bei diesem Ausgang hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Diese ist gestützt auf Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2' 5 00.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. 5.3

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwältin Petra Oehmke Schiess als unentgeltliche Rechtsvertreterin erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. Januar 2025 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 Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke Schiess - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Y.\_\_\_\_ - 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 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Gräub Casanova

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