

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00164 vom 30. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00164)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00164 du 30 octobre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00164 del 30 ottobre 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1969, ist Mutter von drei Kindern (geb. 1990, 1994, 1998; Urk. 8/8/3 Ziff. 3). Ab 3. Oktober 2016 war sie als Betriebsmitarbeiterin Küche bzw. Hilfsköchin im Pensum von 80 % bei der Stadt Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, tätig (Urk. 8/8/6 Ziff. 5.4, Urk. 8/55). Am 26. November 2021 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf Long Covid - Schäden (Herzschwäche, Lungenschädigung, Atembeschwerden und Überfunktion der Schilddrüse) zum Leistungsbezug an (Urk.

8 / 8 /6 Ziff.

6.1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle ,

klärte im Folgenden den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab . Sie setzte die Versicherte am 18. März 2022 darüber in Kenntnis, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk.

8/ 22 ). Im weiteren Verlauf holte die IV-Stelle ne bst einem Arbeitgeberbericht (Urk.

8/ 55 ) abermals

medizinische Akten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein .

Mit Vorbescheid vom 5. April 202

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 202 2.

Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im November 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Mai 2022

beziehungsweise ab Ablauf des Wartejahres

ausgerichtet werden (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

### **E. 1.2**

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).

### **E. 1.3**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

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). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, mit den gesundheitlichen Einschränkungen eine angepasste Hilfstätigkeit im 80 % - Pensum auszuüben und damit ein Einkommen im bisherigen Ausmass zu erzielen (Urk. 2 S. 1 f. ).

Gemäss Stellungnahme des Arztes ihres regionalen ärztlichen Dienstes ( RAD ) vom 28. November 2024 sei die andauernde subjektive Leistungseinschränkung durch die kardiale gesundheitliche Situation nicht zu erklären. Laut dem letzten kardiologischen Bericht des Stadtsitals B.\_\_\_\_ vom 4. März 2024 (richtig wohl : des Stadtsitals C.\_\_\_\_ vom

7. März 2024; vgl. Urk. 8/71/1-3) sei die Beschwerdeführerin für körperlich leichte Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig und es sei von einer guten Prognose auszugehen. Medizinisch-theoretisch könne ab Juni 2022 bei noch leichtgradig reduzierter Herzfunktion von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und spätestens ab Juni 2023 bei normalisierter Herzfunktion von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei keine versicherte gesundheitliche Beeinträchtigung zu begründen (Urk. 2 S. 2). 2.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 24. Februar 2025 im Wesentlichen geltend, es könne zum einen nicht von einem lückenlosen Befund und einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden. Zum anderen stünden die RAD-Stellungnahmen im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Oberärztin in der Long Covid - Sprechstunde des Stadtspitals C.\_\_\_\_, habe in ihren Berichten vom 2. September 2024 und 12. November 2024 festgehalten, es könne nicht beurteilt werden, welcher Anteil der gesundheitlichen Beschwerden auf Long Covid und welcher auf eine Depression zurückzuführen sei. Demnach seien eine psychologische Beurteilung und eine antidepressive Medikation notwendig. Eine polydisziplinäre Begutachtung erscheine aufgrund der komplexen Symptomatik mit Überlagerung angezeigt (Urk. 1 S. 6 f.). 3.

### 3.1

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Herzkrankheiten (Kardiologie), Leiter Kardiologie im Stadtspital C.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 26. November 2021 (Urk. 8/15/6) folgende, gekürzt wiedergegebene Diagnosen: - Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion bei unklarer dilatativer Kardiomyopathie, Erstdiagnose (ED) am 5. Juli 2021 - Substituierte Hypothyreose - Chronischer Husten, am ehesten bei Angiotensin-Converting-Enzyme

(ACE)-Hemmer Als Nebendiagnose nannte er einen Status nach Covid-19 - Infektionen im Mai und Juli 2021. In seinem Bericht vom 8. April 2022 bezeichnete er nur die dilatative Kardiomyopathie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/23/8 Ziff. 2.5). Aus kardiologischer Sicht sei vom 15. bis 23. Juli 2021 ein Zeugnis mit Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgestellt worden (Urk. 8/23/7 Ziff. 1.3).

Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit hänge vom subjektiven Wohlbefinden und dem Verlauf der Herzinsuffizienz ab. Aktuell sei keine konkrete Aussage möglich (Urk. 8/23/8 -9 Ziff. 2.7 und Ziff. 3.1). Hinsichtlich des Potenzials für die Eingliederung sei mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen (Urk. 8/23/10 Ziff. 4). 3.2

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Herzkrankheiten (Kardiologie) und Intensivmedizin, Leiter der Arzt Kardiologie im Stadtspital B.\_\_\_\_, stellte im Herzkatheter-Bericht vom 22. Dezember 2021 (Urk. 8/15/14) folgende Diagnosen: - Unklare Kardiopathie, Differenzialdiagnose

(DD) idiopathisch mit einer mittelschwer eingeschränkten

LV Funktion (EF 35%)

- Paroxysmales Vorhofflimmern Die Koronarangiographie zeige lediglich leichte Wandunregelmäßigkeiten im Ramus interventricularis anterior

( RIVA ) . Eine koronare Ursache der Herzinsuffizienz/Kardiopathie sei somit ausgeschlossen. 3.3

Der seit 13. Dezember 2019 behandelnde Hausarzt H.\_\_\_\_ , Praktischer Arzt, erstattete am 25. Januar 2022 ( Posteingang, Urk. 8/15/1-4) und am 30. Januar 2022 (Urk. 8/16/1-4)

Bericht. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

nannte er im Wesentlichen eine unklare Kardiomyopathie mit reduzierter Pumpfunktion, Herzinsuffizienz, eine m

Status nach

Virusmyocarditis und

tachycardem Vorhofflimmern (VHF; Urk. 8/15/1 Ziff. 1.2, Urk. 8/16/2 Ziff. 2.5).

Es liege eine stark eingeschränkte kardiale Belastbarkeit vor (Urk. 8/15/1 Ziff. 1.3). Die Prognose sei infaust, da die Kardiomyopathie eher progredient sei (Urk. 8/16/2 Ziff. 2.7, vgl. Urk. 8/15/2 Ziff. 3.3).

Massnahmen der Wiedereingliederung seien allenfalls versuchshalber für zwei Stunden, jedoch nur mit leichten Arbeiten , möglich (Urk. 8/15/2 Ziff. 4.2) . Die Zumutbarkeit

einer angepassten Tätigkeit sei nicht beurteilbar und die Verminderung der Leistungsfähigkeit betrage gegen 80 % (Urk. 8/15/1 Ziff. 2.1 f.).

Am 30. Januar 2022 gab er an, die Beschwerdeführerin sei

- soweit lesbar - wenigstens ab April 2021 durchgehend arbeitsunfähig als Köchin und vorläufig sei keine Wiedereingliederung denkbar. Die Herzerkrankung mit unklarer Progredienz stehe einer Eingliederung im Wege (Urk. 8/16/2 -4 , Ziff. 1.3, 3.1 und 4.3 f.).

3.4

Weder Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Hormonkrankheiten und Diabetes (Endokrinologie-Diabetologie) ,

noch Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Lungenkrankheiten (Pneumologie) und Allgemeine Innere Medizin, attestierte n der Beschwerdeführerin in den

Berichten

vom 19. Februar 2022 (Urk. 8/18) ,

vom 7. März 2022 (Urk. 8/19) und vom 27. Juli 2022 (Urk. 8/37/18 f.)

eine Arbeits - unfähigkeit. Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, die Hustensymptomatik sei seit der Umstellung weg von Ramipril deutlich regredient gewesen und im Verlauf verschwunden (Urk. 8/37/18). 3.5

Dr. F.\_\_\_\_

bestätigte am 10. Juni 2022

die bereits gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.1) . Im Sechs-Minuten-Gehtest sei die Beschwerdeführerin sehr eingeschränkt belastbar gewesen und habe nur 180

Meter weit laufen können (Urk. 8/27/2 , vgl. Urk. 8/29 und Urk. 8/26/2 Ziff. 1.3) .

Am 21. Juni 2022 hielt Dr. F.\_\_\_\_ im Formular bericht fest, die linksventrikuläre Funktion habe sich leichtgradig verbessert auf eine LVEF von 40-45 % bei initial 20 %. Das Herz sei jedoch weiterhin dilatiert und habe eine deutlich eingeschränkte diastolische Dysfunktion. Es könne auch eine Long

Covid -Problematik eine Rolle spielen, weshalb die Beschwerdeführer in in der Long Covid -Sprechstunde des Stadt spitals

C.\_\_\_\_ abgeklärt werde (Urk. 8/26/2 Ziff. 1.3 , vgl. Urk. 8/31/2 ). Die Beschwerdeführer in sei als Reinigungskraft zu 100 % arbeitsunfähig und könne auch keine körperliche Leistung für zwei Stunden am Tag erbringen (Urk. 8/26/4 Ziff. 4.2).

Dr. F.\_\_\_\_ führte gemäss Bericht vom 3. August 2022 am 21. Juli 2022 eine Echokardiographie durch , die eine normalisierte linksventrikuläre Funktion (LVEF 56 %) gezeigt habe . Anamnestisch st ünden mehr die Müdigkeit und Kraftlosigkeit im Vordergrund als die Dyspnoe. Im klinischen Status sei die Beschwerdeführer in kardial vollständig kompensiert (Urk. 8/37/14) .

3.

#### **E. 4**

stellte sie der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht , da keine mindestens 40%ige lang

anhaltende Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk.

8/ 74 ), wogegen diese am 3. Mai 2024 Einwand erhob (Urk.

8/ 80 ) sowie am 6. Juni 2024 die ergänzende Begründung des Einwandes (Urk. 8/86) und einen Arztbericht (Urk. 8/ 85) einreichte. Daraufhin holte die IV-Stelle zusätzliche medizinische Akten ein (Urk. 8/93-100), zu welchen sich d ie Versicherte am 3. Januar 2025 äusserte (Urk. 8/103). Am 23. Januar 2025 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk.

2 = Urk.

8/ 105 ).

2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 24. Februar 2025 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die Verfügung vom 23. Januar 2025 sei aufzuheben und die Sache sei zur

Durchführung von weiteren medizinischen Abklärung en an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen . In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) . Mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7 ), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Mai 2025 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk . 9 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Diese gab in der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 26. November 2021 an, sie sei seit 1 3. Mai 2021 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk.

8/8/4). Allerdings bescheinigte der Hausarzt im Bericht vom 30. Januar 2022 bereits ab April 2021 eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit als Köchin (Urk. 8/16/3), was zur Eröffnung des Wartjahres in jenem Zeitpunkt führt, so dass die Entstehung des Rentenanspruches im Mai 2022 im Raum steht.

Die befassten Arztpersonen attestierten übereinstimmend eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, schweren Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin der Küche, wovon zu Recht auch die Parteien ausgehen.

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Hauptsache auf die Zumutbarkeitsbeurteilung der RAD - Ärztin

Dr. N.\_\_\_\_ vom 28. November 2024 sowie auf den Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 7. März 2024; laut letzterem

sei die Beschwerdeführerin für körperlich leichte Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig. Ab Juni 2022 sei wegen der leichtgradig reduzierten Herzfunktion von einer 50%igen und ab Juni 2023 bei normalisierter Herzfunktion von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit auszugehen (vgl. Urk. 2 S. 2 unten).

#### **E. 4.2**

Nachdem im Juli 2021 die Herzinsuffizienz erhoben worden war (Urk. 8/15/6), berichtete Dr. F.\_\_\_\_ noch im Juni 2022 von einer eingeschränkten Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin könne auch nicht für zwei Stunden am Tag eine körperliche Leistung erbringen (Urk. 8/26/4). Am 3. August 2022 sprach er zwar von einer kompensierten kardialen Situation (Urk. 8/37/14), aber auch von der im Vordergrund stehenden

Müdigkeit und Kraftlosigkeit, weswegen er eine Long Covid- Abklärung in die Wege leitete und am 24. März 2023 weiterhin nur eine niedrigprozentige Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt

als begrüssenswert erachtete (Urk. 8/44/2). Erst am 7. März 2024 bescheinigte er aus kardialer Sicht eine Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten (Urk. 8/71/1-3).

Während die RAD-Ärztin

Dr. M.\_\_\_\_

unter Berücksichtigung der kardialen Problematik und des Pausenbedarfs eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ab April 2023 als zumutbar erachtete, postulierte die RAD-Ärztin

N.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die nurmehr leichtgradig reduzierten Herzfunktionen bereits ab Juni 2022 eine Arbeitsfähigkeit von 50% und ab April 2023 eine solche von 80%

(vorstehend E. 3.12). Diese widersprüchlichen Angaben zum Zeitpunkt des Wiedererlangens der 80%igen Arbeitsfähigkeit, die zudem für den Zeitraum vor März 2024 von jener des behandelnden Kardiologen abweicht, haben die RAD-Ärztinnen nicht erläutert. Dieser Widerspruch wird aufzulösen sein unter Berücksichtigung, dass Dr. F.\_\_\_\_ am 21. Juni 2022 weiterhin eine deutlich eingeschränkte diastolische Funktion festgestellt hatte.

Da grundsätzlich im Mai 2022 ein Rentenanspruch hätte entstehen können, hätte die Beschwerdegegnerin selbst der Darstellung von Dr. N.\_\_\_\_ folgend eine allenfalls befristete Teilerwerbsunfähigkeit prüfen müssen; dies wird sie nachzuholen haben. Bereits aus diesem Grund ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und zur weiteren Abklärung und

anschliessenden Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. 4. 3 Weiter fällt auf, dass die RAD-Ärztinnen auf das von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte Post-Covid-Syndrom nur insofern eingingen, als sie wegen der bestehenden Fatigue und dem damit erhöhten Pausenbedarf aus versicherungs-theoretischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % anerkannten (vorstehend E. 3.12). Die übrigen von Dr. D.\_\_\_\_ im Verlauf und im Bericht vom 2. September 2024 geschilderten Symptome wie Kopf-, Muskel- und Thoraxschmerzen, Antriebslosigkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (vgl. Urk. 8/94/1 Ziff. 1) diskutierten die RAD-Ärztinnen nicht. Auch setzten sie sich nicht mit der Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_, welche von einer starken Einschränkung im Haushalt wegen Covid und/oder einer Depression und einer Arbeitsfähigkeit von lediglich wenigen Wochenstunden sprach,

auseinander. Verfügungsweise unterblieb eine Erörterung der Post Covid-Problematik gänzlich.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat im Zusammenhang mit Long-Covid erkannt, dass diese für die Invalidenversicherung ein neues, ernst - zunehmendes Krankheitsbild

dar stellt, mit häufig drastischen Auswirkungen für die Betroffenen. Zwar eröffnet die Diagnose als solche keinen Anspruch auf Leistungen, doch ist es Aufgabe der IV-Stelle, eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit sorgfältig abzuklären. Dabei verwies das BSV auf die Swiss Insurance Medicine (SIM), welche Empfehlungen zur versicherungsmedizinischen Abklärung von Long-Covid-Fällen herausgegeben hat (vgl.

<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/monitoring-langzeitfolgen.html>, zuletzt besucht am 17. Oktober 2025). Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin ein Post Covid-Syndrom und betonte unter anderem namentlich die Müdigkeit und Post-exercise Malaise Fatigue, aber auch ausgeprägte Erschöpfungszustände (Urk. 8/37/9-12). Es fällt indes auf, dass sie ihre Beurteilung praktisch ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und/oder ihrer Tochter stützte (Urk. 8/37/9, Urk. 8/58/2). Dabei hielt sie in ihrem Bericht vom 27. Juni 2023 fest, dass sie aufgrund der Sprachbarriere keine genaue Erfassung der Symptome vornehmen können, wies jedoch gleichzeitig darauf hin, dass es sicher ersehe, dass die Symptomschwere weiterhin invalidisierend sei (Urk. 8/58/2). Inwiefern sie eine Diagnose stellen sowie eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne Befunderhebung vornehmen konnte, erscheint nicht nachvollziehbar. Wie Dr.

D.\_\_\_\_

selber ausführte, ist zudem unklar, ob respektive wie stark die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden auf eine depressive Symptomatik zurückzuführen sind (Urk. 8/94/3). Diesbezüglich verordnete sie eine entsprechende Medikation (Urk. 8/94/3) und empfahl die Aufnahme einer psychologischen Behandlung, welche gemäss Angaben der Beschwerdeführerin inzwischen aufgenommen wurde (Urk. 8/103). Auch wenn der Beschwerdegegnerin insofern beizupflichten ist, als dass eine Gesundheitsbeeinträchtigung von einem Facharzt oder einer Fachärztin diagnostiziert werden muss (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1), womit fraglich erscheint, welche Erkenntnisse ein Bericht über eine kürzlich aufgenommene psychologische Behandlung bringen kann (Urk. 2), ist vorliegend zu

berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lediglich mittels Akten durch den RAD beurteilt wurde. Rechtsprechungsgemäss genügen jedoch schon geringe Zweifel, um deren Beweiskraft in Frage zu stellen. Vor dem Hintergrund dessen, dass die RAD-Ärztinnen sich nur unzureichend mit der Einschätzung von Dr. D. \_\_\_ auseinandersetzten und – trotz Hinweisen darauf, dass eine psychiatrische Komponente vorliegen könnten – in psychiatrischer Hinsicht keine Abklärungen getätigt wurden, erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 4. 4

Nach dem Gesagten erweist sich nicht nur der kardiologische, sondern der gesamte medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Es fehlt vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zur Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen im Sinne eines polydisziplinären Gutachtens. Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist folglich in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen und zu erneuter Entscheidung über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5.

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. 700.-- 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweist sich das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Januar 2025 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrO'Hara

## **E. 6**

Dr. D.\_\_\_\_ , Oberärztin in der Long C ovid- Sprechstunde des Stadspitals C.\_\_\_\_ , diagnostizierte in ihrem Bericht vom 9. November 2022 in ihrem Fachgebiet ein Post-C ovid- Syndrom mit den Leitsymptomen Müdigkeit, Fatigue mit post

exercise Malaise (PEM), Kopf- und Muskelschmerzen, Thoraxschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Urtikaria (Urk. 8/37/8).

Trotz weitgehend normalisierter Ejektionsfraktion bestünden die invalidisierenden Erschöpfungszustände weiter. Zentral sei die Vermeidung von Überbelastungen mit anschliessend massiver Verschlechterung der Symptomatik im Sinne einer PEM. Aufgrund der Schwere der Symptomatik, die selbst einfache Alltagstätigkeiten oder kurzzeitiges Gehen verunmögliche, sei die Beschwerdeführer in weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Die Entlastung durch die weitere Arbeitsunfähigkeit solle durch vorsichtige Rekonditionierung unter Vermeidung von Überbelastungen ( Pacing ) im Rahmen einer Long Covid - spezialisierten Physiotherapie im Hause unterstützt werden . Es sei zu hoffen, dass diese Massnahmen zur Verbesserung der Symptomlast führen und im Verlauf allenfalls ein sehr niedrig-prozentiger Arbeitsversuch gestartet werden könne , gegebenenfalls in eine r geschützten Umgebung und nicht im bisherig körperlich belastenden Beruf. Sie empfehle den Start mit ca. 10-20 % und eine langsame graduelle Steigerung in 5-10 % - Schritten frühestens alle sechs bis acht Wochen (Urk. 8/37/11). 3.

## **E. 7**

Gemäss Bericht von Dr . F.\_\_\_\_

vom 20. März 202 3 zeigte die am 16. März

2023 durchgeführte Echokardiographie weiterhin einen deutlich dilatierten, nicht-hypertrophierten linken Ventrikel mit normaler globaler systolischer Funktion (LVEF 55 %). Weiter best ünden eine apikale Hypertra - bekularisierung , ein kleines apikales Aneurysma sowie einen leicht dilatierten rechten Vorhof. Die diastolische Funktion sei normal ( Urk. 8/45/1).

Im Formular bericht vom 24. März 2023 führte er aus, dass es von kardiologischer Seite zu keiner relevanten Verschlechterung gekommen sei. Die Beschwerdeführerin sei persistierend müde und in ihrer Alltagsaktivität deutlich eingeschränkt. Ein normales Angestelltenverhältnis erscheine unrealistisch. Aus ärztlicher Sicht würde er eine niedrigprozentige Tätigkeit in einer geschützten Umgebung in einer sozialen Institution begrüssen. Die Müdigkeit könne möglicherweise auch durch eine Long Covid -Problematik

aggraviert worden sein. Die bestehende Kardiomyopathie könne sich jederzeit verschlechtern, sodass weitere Therapieoptimierungen nötig sein würden. Ob zusätzlich eine depressive Komponente vorliege, sei möglich, könne von ihm jedoch nicht abschliessend beurteilt werden. Dies sollte allenfalls von einem Psychiater ergänzt werden (Urk. 8/44/2 ; vgl. auch Bericht vom 6. September 2023 , Urk. 8/56 ) . 3.

#### **E. 8**

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 27. Juni 2023, die Symptomschwere scheine weiterhin invalidisierend zu sein. Auch in der Physiotherapie seien Fortschritte schwierig zu fassen, die Beschwerdeführerin zeige sich jedoch sehr motiviert , daran teilzunehmen und die empfohlenen Übungen zu Hause durchzuführen. Bezüglich Fatigue empfehle sie die Weiterführung der bereits begonnenen Physiotherapie, den Beginn einer Ergotherapie für das Energiemanagement sowie eine mindestens einmalige Vorstellung bei der hausinternen Psychologin, um der Niedergeschlagenheit auf den Grund zu gehen und die Begleitsymptome einer Depression besser erfassen zu können (Urk. 8/50/2) . 3.

#### **E. 9**

Dr. F.\_\_\_\_

empfahl am 7. März 2024 bei stationärem Gesundheitszustand ,

bezüglich des Ressourcenprofils für eine berufliche Tätigkeit und der Arbeitsfähigkeit mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen. Aus kardiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für leichte Arbeiten arbeitsfähig (Urk. 8/71/1-3 Ziff. 2.1 und 4.1 f.). 3.1 0

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Herzkrankheiten (Kardiologie), untersuchte die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Hausarztes und

führte in seinem Bericht vom 8. Mai 2024 aus, die Grunderkrankung und die Polypharmazie mit extrem hohem Risiko einer orthostatischen Hypotonie seien eine Kontraindikation für die weitere Anstellung im angestammten Beruf der Küchenhilfe (Hitze, Risiko einer Dehydrierung und die erschwerte Homöostase). Er erachtete die im Vorbescheid vom 5. April 2024 gestützt auf die Beurteilung des RAD (Urk. 8/73/11) angenommene 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ( Urk. 8/ 74) , die er jedoch auf die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe bezog, als unverständlich. Die Situation sei zudem stark psychisch überlagert mit eindeutigen Zeichen einer Belastungsstörung im Zusammenhang mit der schweren Herzkrankheit. Eine ganzheitliche Behandlung, die sowohl die körperlichen als auch die psychischen Aspekte dieser Problematik berücksichtige , sei dringend erforderlich (Urk. 8/85/1). 3.1 1

Dr.

D.\_\_\_\_

berichtet am 2. September 2024 (Urk. 8/94/3) , die Beschwerdeführerin sei weiterhin massiv in Alltagstätigkeiten eingeschränkt. Wie viel der Probleme auf Long Covid oder eine Depression zurückgeführt werden könnten, sei bei vielen Long Covid -Patienten schwierig zu beurteilen, insbesondere bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Fremdsprache. Sie gehe von einer (zusätzlichen) depressiven Episode aus und habe eine antidepressive Medikation verordnet. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der schweren Symptombelastung weiterhin nicht gegeben (vgl. auch den Formularbericht vom 12. November 2024 Urk. 8/93/2-4 Ziff. 1.3 und Ziff. 3.3) . Sie befürworte die Idee der

Tochter, einen Arbeitsversuch im geschützten Rahmen durchzuführen ,

anfangs ca. zwei mal zwei Stunden pro Woche (vgl. auch Urk. 8/93/2 -5 Ziff. 1.3 , Ziff. 2.7 und Ziff. 4.1 ) . Eine einfache Tätigkeit ohne kognitive und/oder physische Belastung, ohne Multitasking – wie z.B. Briefe etikettieren oder ähnliches – sei im Rahmen dieser zwei mal zwei Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 8/93/5 Ziff. 4.2). Zentral sei die Vermeidung von Überbelastungen jeglicher Art , da diese zu einer Verschlechterung führen könnten. Daher sei die Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit betroffen (vgl. Urk. 8/93/2 Ziff. 1.3). Falls die Depression einen grösseren Anteil an der Symptomatik habe, könne allenfalls eine leichte Aktivierung unter Berücksichtigung von Pacing -Massnahmen erfolgen (vgl. Urk. 8/93/3 Ziff. 2.7) .

Die Prognose sei schlecht, da ein lang andauerndes Post

Covid-Syndrom in den bekannten Fällen chronifiziere (Urk. 8/93/5 Ziff. 4.3). 3.1 2

Den Ärztinnen und Ärzten des RAD wurden die Akten mehrfach zur Beurteilung unterbreitet .

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , führte am 2. August 2022 zu den Berichten von Dr. F.\_\_\_\_ aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Angabe, dass keine Tätigkeit mehr möglich sei und de r LVEF von 40-45 % , mit welche r die Beschwerdeführe r in rein objektiv eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sollte

ausüben können. Allenfalls spielten die restlichen Erkrankungen noch eine zusätzliche relevante Rolle (Urk. 8/73/5). RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ , Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie, hielt am 11. April 2023 dafür , es läge ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke. Ein Post Covid- Syndrom sei möglich. Je nach Ausschöpfen der ambulanten Massnahmen sei auch ein Rehabilitationsaufenthalt zu empfehlen (Urk. 8/73/ 8 ). Aus de n Physiotherapiebericht en

(vgl. Urk. 8/65-66) gehe hervor, dass die physische Belastbarkeit vor allem infolge einer Dekonditionierung begründet sei. Es sei ein Programm zur Rekonditionierung, Instruktion eines Pacing , Atemtherapie und Übungen zur Rumpfstabilisation erstellt worden (Urk. 8/73/9). Am 11. März 2024 ergänzte Dr.

M.\_\_\_\_ , gemäss kardiologischer Verlaufsbeobachtung habe sich die Herzfunktion erfreulicherweise stabil verbessert. Der Kardiologe schätze aufgrund der gebesserten Situation, dass die Beschwerdeführerin für leichte Tätigkeiten arbeitsfähig sei. Andere objektivierbare Einschränkungen fehlten. Die angestammte Tätigkeit in einer Küche werde als eher anstrengende Tätigkeit beurteilt, welche sie vermutlich nicht mehr ausführen könne. Eine leichte körperlich weniger anstrengende Tätigkeit solle jedoch möglich sein. Wegen der bestehenden Fatigue und damit erhöhtem Pausenbedarf werde aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit der kardiologischen Beurteilung vom April 2023 gesehen (Urk. 8/73/10 f.). Dr. med. N.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

vom RAD berichtete am 28. November 2024, die Beschwerdeführerin sei aus kardialer Sicht für leichte Tätigkeiten arbeitsfähig. Im Echokardiogramm vom 20. März 2023

habe sich eine normale Herzfunktion (EF 55 %) gezeigt , die sich im weiteren Verlauf stabilisiert habe. Medizinisch - theoretisch könne ab Juni 2022 bei noch leichtgradig

reduzierter Herzfunktion (EF 40-45 %) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und spätestens ab April 2023 bei normalisierter Herzfunktion von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit ausgegangen werden. Die 20%ige Arbeitsunfähigkeit begründe sich durch einen noch gesteigerten Erholungs- und Pausenbedarf (Urk. 8/104/4). Dr. M.\_\_\_\_ führte ebenfalls am 28. November 2024 aus, dass der im Einwand vorgebrachte Hinweis, dass eine psychologisch-psychiatrische Behandlung empfohlen und eingeleitet worden sei, im Sprechstundenbericht des Stadtsitals C.\_\_\_\_ vom August 2024 (nicht aktenkundig; vgl. jedoch Urk. 8/101, Urk. 8/93/2 Ziff. 1.4, Urk. 8/94) nicht habe bestätigt werden können. Gesamthaft ergäben sich keine neuen medizinisch relevanten Aspekte und es würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht, somit werde an der RAD-Stellungnahme vom 11. März 2024 festgehalten (Urk. 8/104/4 unten). 4.

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