

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00571 vom 28. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00571

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00571 du 28 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00571 del 28 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

Die 1961 im Kosovo geborene X.____ meldete sich am 7. Dezember 2016 (Eingangsdatum) wegen Kniebeschwerden erst mals bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7 / 14). Gleichzeitig meldete sie sich zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (Urk. 7/15). Nach Abklärungen in beruflich-erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Februar 2017 einen Leistungsanspruch (Urk. 7 / 30). Mit Verfügung vom 25. April 2017 verneinte sie zudem einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 7 /38). Die gegen die Verfügung vom 23. Februar 2017 erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 12. September 2018 ab (Urk. 7/42).

Am 17. März 2021 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte erneut wegen Kniebeschwerden zum Leistungsbezug an (Urk. 7/43). Die IV-Stelle trat mit Vorbescheid vom 20. April 2021 vorerst nicht auf das neue Begehren ein, da eine Veränderung der Verhältnisse nicht glaubhaft gemacht worden sei (Urk. 7/51). Nach Einreichung eines Arztberichts

des Spitals Z.____

vom 5. Mai 2021 (Urk. 7/5

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.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

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). 1. 3

Adipositas bewirkt grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folge schäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbs tätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

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). 2.

E. 2

) trat sie schliesslich

doch auf das Gesuch ein (Urk. 7/53) und tätigte beruf lich-erwerb liche sowie medizinische Abklärungen. Nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Vorbescheid vom 1. Juni 2022 [Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin erwog, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerde führerin vorübergehend in ihrer Tätigkeit als Küchenhilfe eingeschränkt gewesen sei. Inzwischen sei es ihr aber wieder möglich, in ihrer bisherigen Tätigkeit zu arbeiten. Sie sei in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit mit wechselnder Körperhaltung weiterhin vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe und sie gemäss den Angaben der behandelnden Ärzte nicht mehr arbeitsfähig sei und auch nicht zu erwarten sei, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit in Zukunft wiedererlangen werde (Urk. 1). 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin leidet seit mehreren Jahren an Kniebeschwerden. Am 9. Februar 2021 wurde im Kniegelenk rechts aufgrund eines fokalen Knorpelschadens ein Knorpeldébridement und eine Pridiebohrung am medialen Femur kondylus durchgeführt (Urk. 7/54/19 f.). Am 20. Juli 2021 folgte bei fortgeschrittener Varusgonarthrose eine Operation am linken Knie (Knie total endo pro these , Urk. 7/59/3 f.). 3.2

RAD-Ärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in ihrer Stellungnahme vom 26. April 2022 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Folgende: - St. n. Knorpeldébridement und Pridiebohrung medialer Femurkondylus Kniegelenk rechts am 09.02.2021 bei medial betonter Gonarthrose - St. n. Knie total endoprothese links bei Varusgonarthrose am 20.07.2021 - Retropatellare Chondropathie beidseits - Chronisches Schmerzsyndrom - Chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen - Adipositas BMI 34 - Chronisches Handgelenk - Arterielle Hypertonie - Autoimmunhypothyreose - Refluxösophagitis - Osteopenie - Nebennierenadenom

Sie stellte fest, dass Einschränkungen für ständig kniende Tätigkeiten vorliegen würden. Lange Gehstrecken und häufiges Treppensteigen sollten nicht erfolgen. Für eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig. Ein Gesundheitsschaden, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten

oder

angepassten Tätigkeit auswirke, könne nicht festgestellt werden. Weiter hielt sie fest, dass bei der Beschwerdeführerin auch nach Implantation einer Totalendoprothese linkes Knie Juli 2021 und einer Knorpelanbohrung rechts Knie Februar 2021 nicht nur dort weiterhin Beschwerden bestünden, sondern auch lumbal, an beiden Unterschenkel- und Oberschenkelaußenseiten. Sitzen sei für 30 Minuten, Gehen für 15 Minuten möglich. Die Beschwerdeführerin bewege sich an Unterarmgehstützen. Eine entzündlich - rheumatische Erkrankung sei im Dezember 2021 ausgeschlossen worden. Die Beweglichkeit der

Kniegelenke sei frei. Es bestehe ein Druckschmerz. Auffällig sei, dass die Implantation des künstlichen Kniegelenkes keine rlei Änderung des Schmerzzustandes gebracht habe. Das sei ungewöhnlich. Auch der Rheumatologe stufe die Beschwerden eher als unspezifisches chronifiziertes Schmerzsyndrom ein. Dabei spiele auch häufig die Ernährung eine Rolle. Die Umstellung auf eine basische Ernährung könne eine Besserung der entzündlichen Komponente bewirken und führe ausserdem zu einer Gewichtsreduktion (Urk. 7/69/5 f.).
3.3

Am 8. Juli 2022 nahm die RAD-Ärztin zu den neu mit dem Einwand eingereichten Arztberichten Stellung. So würden die Beschwerden im Bericht der B.____ AG vom 28. März 2022 als Mischbild von Konditionierung, bindegewebigen Schmerz Faktoren und möglichen anteiligen neuropathischen Schmerz Komponenten eingestuft. Ergänzend würde ein Befundbericht vorgelegt, welcher über erhöhte CRP und CK sowie IgG, Gamma-GT und HbA1c berichte. Es

würden diätetische Massnahmen empfohlen, um so Gamma-GT und HbA1c zu senken.
Diätetische Massnahmen

hätten das Ziel, die gesamte Stoffwechsellage nachhaltig zu verbessern und damit die Beschwerden zu beheben. Die Beschwerdeführerin weise eine Adipositas Grad II auf. Dabei könnten insbesondere folgende – bei der Beschwerdeführerin bestehende – Erkrankungen in Folge mit höherem Risiko auftreten: Bluthochdruck, Insulinresistenz, Diabetes Typ II, Fettleber, eingeschränkte Beweglichkeit, Rücken- und Gelenkbeschwerden. Es sei bekannt, dass das Fettgewebe sich chronisch entzünden könne. So sei das CRP der Beschwerdeführerin 2021 zum Ausschluss einer rheumatischen Erkrankung noch unauffällig gewesen, aktuell sei es erhöht. Biomarker der chronischen Fettgewebeentzündung sei das C-reaktive Protein, welches hauptsächlich in der Leber gebildet und bei entzündlichen Erkrankungen als unspezifischer Parameter in das Blut abgegeben werde. Wissenschaftlich sei bewiesen, dass bei Übergewichtigen das CRP im Blut erhöht sei. Das vom Fettgewebe sezernierte CRP korreliere mit dem viszeralen Fettanteil, dem Taillenumfang und dem BMI. Die Diagnose der Fettleber sei bei der Beschwerdeführerin nicht belegt, jedoch sei es wahrscheinlich, da die Gamma-GT erhöht sei. Aus den vorliegenden Befunden sei zu erkennen, wie der Teufelskreis des Übergewichtes immer mehr das Befinden der Beschwerdeführerin beeinflusse. In diesem Zusammenhang müsse auch die erhöhte CK gesehen werden. Die Gesamt-CK sei ein Parameter für Muskelzellen im Allgemeinen. Eine weitere Differenzierung sei möglich. Im Fall der Beschwerdeführerin wäre die Unterbestimmung der CK-MM erforderlich. Diese sei ein Parameter für den Abbau der Muskelzellen des Bewegungsapparates. Diese steige bei einem Muskelschwund. Er könne bei einer Mangelernährung, im höheren Alter oder bei anhaltender körperlicher Inaktivität auftreten. Von einer deutlich reduzierten körperlichen Aktivität könne bei der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Erhöhtes Körpergewicht und die zunehmende Stoffwechselstörung zeigten die Wichtigkeit, das Körpergewicht zu senken und dadurch die Schmerzen zu lindern. Aktuell habe die Beschwerdeführerin etwa 25

kg Übergewicht. Eine Gewichtsreduktion führe auch zu einer besseren mechanischen Belastung der Gelenke. Ein weiterer Laborwert sei das erhöhte IgG bezüglich Borreliose. Allerdings sei dieser Parameter typisch für eine Durchseuchung und deute für sich alleine nicht auf eine klinisch manifeste Infektion hin, welche die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären könne. Schliesslich sei auch noch die Konditionierung zu

betrachten. Dieser Lerneffekt führe dazu, dass Schmerzen auftreten würden, obwohl kein direkter Auslöser mehr da sei. Der Schmerz werde schon vorweggenommen. Dies führe dann zu Muskelverspannungen und -anspannungen, die wiederum Schmerzen auslösen würden. Dies könne sich immer weiter ausdehnen. Die Laborparameter müssten kontrolliert werden, um andere Differentialdiagnosen auszuschließen. Jedoch sei es sehr wichtig, dass die Beschwerdeführerin ihren Lebenswandel verändere. Gewichtsreduktion mit Umstellung der Ernährung und vermehrter Bewegung könnten innerhalb weniger Wochen die Beschwerden positiv beeinflussen. Nach versicherungsmedizinischer Einschätzung sei die vorgeschlagene Lifestyle-Umgewöhnung geeignet, eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu bewirken. Ein Gesundheitsschaden, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, könne nicht festgestellt werden. Eine polydisziplinäre Beurteilung sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin sei von den behandelnden Ärzten umfangreich abgeklärt worden (Urk. 7/78/2 f.). 4. 4.1

Der Entscheid vom 30. September 2022 (Urk. 2) erfolgte gestützt auf die Beurteilungen des RAD. Danach ist der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittel schwere körperliche Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung vollumfänglich zumutbar, wobei sowohl kniende Tätigkeiten als auch lange Gehstrecken und häufiges Treppensteigen zu vermeiden sind (E. 3.2 und 3.3). Insofern der RAD auch die angestammte Tätigkeit als vollschichtig möglich erachtete, scheint er übersehen zu haben, dass die Beschwerdeführerin angestammt als Küchengehilfin tätig war, welche Arbeit zum grössten Teil im Gehen oder Stehen vorgenommen werden muss und teilweise auch schwere körperliche Tätigkeiten beinhaltet (vgl. Urk. 7/20/3). Das vom RAD festgelegte Belastungsprofil ist mit dieser Arbeit nicht vereinbar. Folgerichtig kann in der angestammten Tätigkeit daher nicht mehr von einer vorhandenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. 4.2

Die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin Dr. A.____ beruhen auf der Würdigung sämtlicher vorangegangener Arzt- und bildgebender Untersuchungsberichte. Hier bei ist festzuhalten, dass ihre Beurteilung der Diagnostik sowie der medizinisch ausgewiesenen Einschränkungen – in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit – von derjenigen der behandelnden Ärzte grundsätzlich nicht abweicht. Einzig der Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte aus, dass die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei (Urk. 7/68/4 f., 7/72/2 f.). Diese Einschätzung erfolgte allerdings ohne nähere Begründung und abgesehen vom Umstand, dass sie sich nicht mit den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte deckt, welche grundsätzlich lediglich eine Einschränkung in Bezug auf die angestammte Arbeitstätigkeit attestierten (vgl. beispielsweise Bericht von Dr.

med. D.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in welchem von Einschränkungen in Bezug auf einen stehenden Beruf die Rede ist, Urk. 7/72/4 f.), ist auch nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin in einer wechselbelastenden, allenfalls vornehmlich sitzenden, leichten oder mittel schweren Tätigkeit eingeschränkt sein soll.

Namentlich konnte trotz umfangreicher Abklärungen auch keine rheumatologische Erkrankung (vgl. Bericht von Dr.

med. E.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 3. Dezember 2021 : chronifiziertes, nicht-entzündliches, multifaktoriell bedingtes,

mittlerweile sicher auch mit einer relevanten Dekonditionierung einhergehendes, Schmerzsyndrom ,

Urk. 7/68/27 f.) und kein erheblicher Befund an der Lendenwirbelsäule (MR LWS nativ vom 21. Dezember 2021: kein Nachweis einer signifikanten Diskushernie, keine signifikante Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina , minimaler Erguss der Facettengelenke in den unteren drei Segmenten der LWS, jedoch keine aktivierte Arthrose, Urk. 7/68/29) festgestellt werden. Vielmehr wurden die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auch von Dr. med. F.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, B.____ AG, mit Bericht vom 28. März 2022 als ein Mischbild von Konditionierung, bindegewebigen Schmerz faktoren und möglichen anteiligen neuropathischen Schmerzkomponenten – bei Ausschluss einer radikulären Symptomatik – eingestuft und die Durchführung von diätetischen Massnahmen empfohlen (Urk. 7/72/8 ff.). Gemäss der Einschätzung des RAD kann dadurch die gesamte Stoffwechsellage nachhaltig verbessert , das Gewicht reduziert , die mechanische Belastung der Gelenke optimiert und die Beschwerden positiv beeinflusst werden (Urk. 7/78/2 f.) . Auch Dr.

med. G.____ , Fachärztin für Anästhesiologie und Oberärztin Schmerzmedizin im Spital Z.____ , führte in ihren Berichten vom 5. Oktober und 21. Dezember 2021 aus, dass ihres Erachtens ein Grossteil der vorliegenden Beschwerden durch eine Überlastung der Haltemuskulatur verursacht sei und eine Haltungsverbesserung und forcierte Beübung erforderlich sei, um die Beschwerden langfristig beherrschen zu können. Hierzu sei eine vorgängige akute Symptomlinderung vorzunehmen, diesbezüglich bestehe aber ein schwieriges Therapie- beziehungsweise Einnahmeverhalten der Beschwerdeführerin (Urk. 7/68/20 ff. , 7/68/31 f.).

In Bezug auf die Beurteilung von Dr. C.____

ist schliesslich auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte 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) .

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 Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates über eine für die Beurteilung der im Vordergrund stehenden Beschwerden am Bewegungsapparat angezeigte medizinische Weiterbildung. Die Stellungnahmen von Dr. A.____ vom 26. April und 8. Juli 2022 (vorstehend E. 3.2 und 3.3) erfüllen daher die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien, zumal weder die aktenkundigen Arztberichte noch die Beschwerdeführerin Aspekte aufzuzeigen vermögen, die auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer ärztlichen Feststellungen beziehungsweise an einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufkommen lassen würden (vgl. vorstehend E. 4.1) . Gestützt auf die Beurteilungen durch RAD-Ärztin Dr. A.____ ist daher davon auszugehen, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit besteht. 4.4

Von weiteren Abklärungen, insbesondere der beschwerdeweise beantragten Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 1 S. 2), sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, so dass in antizipierter Beweismässigkeit (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3) davon abzusehen ist. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdeführerin ist nicht auszumachen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die in angestammter Tätigkeit eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Valideneinkommen und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, woraus sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. 5.3

Vorliegend sind das Valideneinkommen (der Arbeitgeber reduzierte das Pensum im Jahr 2015 aus wirtschaftlichen Gründen, vgl. Urk. 7/20, 7/24) 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. 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 30. September 2022 (Urk. 2) nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - MLaw

Y.____ - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
VogelSchilling

E. 7

/ 70]; Ein wand vom 2

E. 8

. Juni 2022 [Urk. 7 / 73] verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. September 2022 einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 2 = Urk. 7 / 79) . 2.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. Oktober 2022 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und beantragte, es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Zudem sei eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. Dezember 2022 angezeigt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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