

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00025 vom 22. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00025 du 22 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00025 del 22 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, meldete sich am 9. April 2021 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die IV-Stelle zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/16), holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 6/18, 19, 21 29, 35-40) und führte am 21. März 2022 eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt durch (Urk. 6/44). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/52) sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 29. November 2022 ab dem 1. Oktober 2021 eine unbefristete Viertelsrente sowie zwei Kinderrenten zu (Urk. 6/57, 67 = Urk. 2).

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 vorbehältlich 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 der frühest mögliche Zeitpunkt des Beginns eines Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 liegt, 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).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 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).

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 Beweis würdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen).

E. 1.6

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz . 3081 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen.

Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt mass gebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushalt führung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit

der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regel mässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 16. Januar 2023 Beschwerde und beantragte, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente auf Grundlage eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Februar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerdeführerin habe vor Eintritt ihrer gesundheitlichen Einschränkung in einem 70 %-Pensum als Reinigungskraft gearbeitet. Die restlichen 30 % entfielen auf den Haushaltsbereich. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine fortdauernde vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, wogegen in einer angepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 50 % zumutbar sei. Gestützt auf einen Einkommensvergleich resultiere im Erwerbsbereich eine Einschränkung von 50 %, was gewichtet einen Teilinvaliditätsgrad von 35 % ergebe. Im Haushaltsbereich bestehe gemäss Abklärung vom 21. März 2021 eine Einschränkung von 23.5 %, was gewichtet einen Teilinvaliditätsgrad von 7.05 % ergebe. Insgesamt resultiere ein Invaliditätsgrad von 42 %, welcher bei Erfüllung des Wartejahres am 13. September 2021 und bei Anmeldung am 9. April 2021 Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Oktober 2021 begründe (Urk. 2).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2023 fest (Urk. 5).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, sie wäre im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig. Die vom RAD vorgenommene Beurteilung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei sodann nicht nachvollziehbar. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit lasse sich aus den neuropsychologischen Beurteilungen vom 17. Juni 2021 sowie vom 6. Januar 2022 nicht ableiten. Zudem bestünden gemäss Beurteilung des RAD erhebliche qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, welchen mit einem Leidensabzug von 25 % Rechnung zu tragen sei (Urk. 1). 3. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 25. September 2020 über die Hospitalisation der Versicherten vom 14. bis 25. September 2020 folgende Diagnosen (Urk. 6/16/54): - Sinusvenenthrombose mit venöser Stauungsblutung temporo -parietal links, ED 14.09.2020 - Katarakt subcapsularis rechts>links, ED 22.09.2020

Die Übernahme der Versicherten von der neurologischen Intensivstation sei am 17. September 2020 nach einem venösen hämorrhagischen Infarkt links temporal bei ausgedehnter Sinusvenenthrombose mit klinisch Wesensveränderung, Kopfschmerzen und einer Aphasie erfolgt. Ansonsten habe sich kein fokales neurologisches Defizit gezeigt.

Nachdem die Diagnose n eines langstreckigen thrombotischen Verschlusses der Vena Labbé , des Sinus sigmoideus und der Vena jugularis interna links und ein es teilumpülte n Thrombus auch im Sinus trans versus und sigmoideus rechts mittels cMRI gestellt worden sei en , sei die Ver sicherte unter Vollheparinisierung zur Überwachung auf die Post- Stroke Unit ver legt worden. Bei klinischer Stabilität sei nach 24 Stunden der Übertritt auf die Normalstation erfolgt. Ein CT des Thorax und Abdomen zum Tumorscreening habe keinen Anhalt für eine Neoplasie ergeben. Auch eine gynäkologische Untersuchung im weiteren Verlauf sei ohne wegweisende Befunde geblieben. Im cMRI am 22. September 2020 hätten sich der venöse Infarkt links temporal und die Sinusvenenthrombose als stationär gezeigt. Es sei eine Umstellung von Heparin auf das NOAK Dabigatran erfolgt. In Zusammenschau bleibe die Ätiologie der Sinusvenenthrombose bei negativer Tumorsuche, unauffälliger Familienanamnese, keinen vorgängigen thrombo embolischen Ereignissen und ohne relevante klinische Risikofaktoren (keine orale Antikonzeption, kein Nikotinabusus) derzeit offen. Auch ein Immunologie-/Vaskulitis-Screening habe keine wegweisenden Befunde ergeben. Am 25. September 2020 habe die Ver sicherte in stabilem Zustand zur weiteren Neurorehabilitation in die Klinik Z.____

verlegt werden können

(Urk. 6/16/58 f.). 3.2

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Diagnosen nannten die Ärzte der Klinik Z.____ in ihrem Austrittsbericht über die Hospitalisation der Ver sicherten vom 25. September bis 5. November 2020 die folgenden Diagnosen (Urk. 6/16/44): - Aortenektasie (42 mm) - Adipositas Die Zuweisung sei zur neurorehabilitativen Behandlung bei Status nach links temporo -parietaler intrakranieller Stauungsblutung mit perifokalem Ödem bei Sinusvenenthrombose durch das Universitätsspital Y.____ erfolgt

(Urk. 6/16/45). Aufgrund der sprachlichen Problematik habe keine vollumfängliche neuropsychologische Diagnostik durchgeführt werden können. Die kursorische neuropsychologische Untersuchung zu Beginn der Rehabilitation habe Einschränkungen in den Bereichen Sprache, visuelle Informationsverarbeitung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und arithmetische Funktionen ergeben. Die Verlaufsuntersuchung am Ende der Rehabilitation habe keine Defizite im Bereich der Alertness mehr ergeben.

Computergestützt habe sich jedoch weiterhin ein visueller Neglect nach rechts mit mehreren Auslassungen und verlangsamter Aufmerksamkeitszuwendung nach rechts objektivieren lassen. Auch hinsichtlich der selektiven Aufmerksamkeit und Inhibitionskontrolle habe auf Testebene keine Verbesserung festgestellt werden können. Weitere Defizite hätten sich zudem im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit wegen einer verlangsamten Verarbeitung von visuellen Reizen gezeigt. Zusammenfassend habe beim Austritt eine mittel schwere neuropsychologische Funktionsstörung bestanden (Urk. 6/16/50 f.).

Die Versicherte habe in Portugal während neun Jahren die Schule besucht und arbeite aktuell als Reinigungskraft in einem Hotel. Aufgrund der noch bestehenden sprachlichen und neuropsychologischen Einschränkungen sei am Arbeitsplatz noch mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit und einer schnelleren Überforderung zu rechnen. Obwohl der Neglect rechts bei Alltagshandlungen genügend kompensiert erscheine, könne nicht ausgeschlossen werden, dass unter Stress, bei Ablenkung und/oder Müdigkeit mit Unaufmerksamkeit und Fehlern zu rechnen sei. Aus neuropsychologischer Sicht werde deshalb frühestens ab

Dezember oder je nach Verlauf ein therapeutischer Arbeitsversuch (bei noch bestehender Arbeitsunfähigkeit von 100 %) unter Supervision und einem reduzierten Arbeitspensum von etwa 40 % empfohlen (Urk. 6/16/51). 3.3

Dem Bericht über die Neuro-Ophthalmologische-Sprechstunde vom 29. April 2021 lässt sich entnehmen, dass die Versicherte von einer zunehmenden Visus verschlechterung vor allem für die Ferne berichtet habe. Diese sei am ehesten im Rahmen der Cataracta zu sehen . Der erwartete Gesichtsfelddefekt habe bei erschwerten Untersuchungsbedingungen bei anhaltenden neurokognitiven Defiziten erfreulicherweise zweimalig nicht detektiert werden können. Es sei da von auszugehen, dass sich die visuelle Situation durch eine Katarakt-Operation bei fortgeschrittener Linsentrübung verbessern lasse (Urk. 6/16/34). 3.4

Im Vergleich zu ihrem Bericht vom 25. September 2020 nannten die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, in ihrem Bericht vom 30. April 2021 zusätzlich folgende Diagnosen (Urk. 6/16/22 f.): - Erstmaliger generalisierter tonisch-klonischer Anfall am 30.04.2021 - Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des rechten posterioren Bogenganges Die Zuweisung der Versicherten sei aufgrund eines generalisierten tonisch-klonischen Anfalls per Sanität erfolgt. Auf der Notfallstation habe sie sich leicht verlangsamt gezeigt. Bis auf die vorbestehende motorische Aphasie habe die Versicherte kein anderes fokalneurologisches Defizit gezeigt. Im Labor habe sich ein erhöhtes Prolaktin ,

im EKG ein Sinusrhythmus gezeigt. Das cCT habe eine stationäre Darstellung der vorbekannten partiellen Thrombosierung linksseitig im Sinus Sagittalis transversus , Sinus sigmoideus und bis zum Bulbus jugularis rechts reichend gezeigt. Ansonsten hätten keine frische Blutung, keine Infarktszeichen und keine Liquorzirkulationsstörung festgestellt werden können. Bei erstmaligem epileptischem Anfall bei vorbestehender Sinusvenenthrombose beginne man therapeutisch mit Keppra . Zudem sei die im März beendete Therapie mit Pradaxa wieder initiiert worden. Die Versicherte habe in klinisch stabilem Zustand entlassen werden können (Urk. 6/16/24). 3.5

Im Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 17. Juni 2021 hielten die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, fest, im Rahmen der Untersuchung habe sich eine leicht nervös wirkende, freundliche und motivierte, im Testverhalten kooperative und anstrengungsbereite, 53-jährige Versicherte präsentiert. Es hätten sich jedoch Schwierigkeiten im Instruktionsverständnis, ein verlangsamtes Arbeitstempo sowie eine deutliche Ermüdung im Verlauf gezeigt. Klinisch sei die Grundstimmung gedämpft und die Versicherte häufig den Tränen nahe gewesen (Urk. 6/35/4).

Im Vergleich zu den neuropsychologischen Befunden im Bericht der Klinik Z.____ habe sich insgesamt ein vergleichbarer Gesamtschweregrad mit teils schwanken den Teilleistungen gezeigt . In der aktuellen Untersuchung hätten sich weder klinisch noch in einem Screeningverfahren Hinweise auf einen visuellen Neglect nach rechts gezeigt. Zudem habe eine normgerechte visuo -konstruktive Leistung festgestellt werden können. Demgegenüber habe sich eine leichte Verschlechterung in der Aufmerksamkeit sowie in den mnestischen Funktionen gezeigt, wobei jedoch unterschiedliche Testverfahren verwendet worden seien , was eine Vergleichbarkeit mit den Vorbefunden der Klinik Z.____ erschwere.

Insgesamt entsprechen die Befunde einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung mit Minderleistungen in den attentionalen, mnestischen, exekutiven und soweit beurteilbar sprachlichen Teilbereichen. Das Symptommuster und die deutliche Asymmetrie des Leistungsprofils mit schlechteren Leistungen in der verbalen im Vergleich zur

nonverbalen Modalität lasse sich topographisch gut mit der venösen Stauungsblutung temporo-parietal links erklären. Bei einer möglichen Restaphasie – welche aufgrund Fremdsprachigkeit nicht abschliessend beurteilbar sei – sei eine sekundäre, negative Beeinflussung der Leistung in sprachbasierten Testverfahren nicht auszuschliessen. Auch das tiefe Bildungsniveau und die affektive Situation könnten als Einflussfaktoren auf die Untersuchungsergebnisse nicht ausgeschlossen werden (Urk. 6/35/4 f.).

Bezüglich der Funktionsfähigkeit sei im Beruf eine mittelgradige neuropsychologische Störung konstatierbar, welche aus rein neuropsychologischer Sicht einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 70 % entspreche. Bei anamnestic berichteteter und klinisch beobachteter zusätzlicher Fatigue, reduzierter Belastbarkeit und Antriebsminderung sei von einer entsprechend höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine berufliche Wiedereingliederung werde aufgrund der Schwere der Defizite als derzeit nicht möglich erachtet. Vielmehr werde die Fortführung bestehender Therapien (Ergotherapie und Logopädie) empfohlen (Urk. 6/35/5). 3.6

Am 23. Juni 2021 berichteten die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, über einen guten Verlauf. Die Verlaufsbildgebung vom Mai 2021 zeige eine Teilrekanalisation der Thrombose ohne sonstige neue Aspekte. Im April sei es zu einem erstmaligen generalisiert tonisch-klonischen Anfall gekommen, wobei sich unter Kepra ein anfallsfreier Verlauf zeige und diese Medikation gut vertragen werde (Urk. 6/19/4). 3.7

Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. August 2021 über einen schleppenden Genesungsverlauf. Eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit respektive zur Eingliederung sei schwer zu stellen. Einer Eingliederung stünden sprachliche Hindernisse im Weg (Urk. 6/21/3 ff.). 3.8

Med. pract. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 29. Oktober 2021 zur Frage der bestehenden Funktionseinschränkung aus, es bestünden eine Schonungsbedürftigkeit, schnelle Erschöpfung und Überforderung sowie eine Fatigue. Die Versicherte könne sich den Weg zur Praxis nicht merken und müsse deshalb auf schriftliche Beschreibungen zurückgreifen, wo sie welches Verkehrsmittel besteigen müsse. Zu Hause könne sie sich nur unter Anleitung und Beaufsichtigung an den Hausarbeiten beteiligen (Urk. 6/29/4). Insgesamt erachte er, med. pract. B.____, eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit als unrealistisch. Einer Eingliederung stünden die kognitiven Beeinträchtigungen, die Überforderung, die Fatigue sowie die Hilfsbedürftigkeit im Weg. Die Versicherte sei mit der Verarbeitung der Verluste absorbiert und habe Mühe, sich zurecht zu finden (Urk. 6/29/5). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

17/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1). 2.

E. 9

Am 30. November 2021 hielten die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, fest, es sei eine Vorstellung der Versicherten zur Verlaufskontrolle bei symptomatischer Epilepsie nach Stauungsblutung bei Sinusvenenthrombose unter Therapie mit Keppra 500 mg 2 x täglich erfolgt. Die Versicherte habe von einem erfreulichen Verlauf ohne Anfälle oder anfallsverdächtige Ereignisse berichtet. Klinisch neurologisch habe sich ein unauffälliger Befund gezeigt. Elektroenzephalografisch habe sich der bekannte, kontinuierlich mässige Herdbefund temporal hinten links ohne epilepsietypische Potenziale, stabil im Vergleich zum Vor-EEG, gezeigt. Das durchgeführte MRI habe einen umspülten Restthrombus bei stationärem Parenchymdefekt temporal links gezeigt. Therapeutisch werde bei guter Verträglichkeit eine Fortsetzung der Medikation mit Keppra 500 mg 2x täglich empfohlen (Urk. 6/38/4 f.). 3.

E. 10

Im Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 5. Januar 2022 hielten die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Neurologie, fest, klinisch habe sich eine zeitlich leicht unscharf orientierte, freundliche und motivierte 54-jährige Versicherte präsentiert, welche im Gespräch trotz Übersetzung durch den Sohn (bei deutlich eingeschränkten Deutschkenntnissen des Sohnes) Schwierigkeiten im Instruktionsverständnis aufgewiesen habe.

Die Auffassungsgabe sowie das Arbeitstempo hätten sich vermindert gezeigt und im Laufe der Untersuchung seien leichte Ermüdungserscheinungen aufgekommen. Die Grundstimmung habe ausgeglichen und im Vergleich zur Voruntersuchung stabiler gewirkt (Urk. 6/40/5).

Im Vergleich zu den Vorbefunden vom November 2020 sowie vom Juni 2021 zeige sich insgesamt ein stabiles bis aktuell leicht verbessertes kognitives Leistungsprofil mit Leistungsschwankungen in beide Richtungen, vordergründig jedoch mit verbesserten Leistungen. Signifikante Verbesserungen würden sich im mnestischen Bereich mit aktuell unauffälligen Befunden im figuralen Gedächtnis (bessere Lern- und Abrufleistung) sowie besserer Abruf- und Speicherleistung im verbalen Gedächtnis zeigen. Zudem resultierten attentional eine schnellere Reaktionsfähigkeit und deutlich weniger Auslassungen. Exekutiv manifestiere sich eine geringere Fehleranfälligkeit in der Interferenzunterdrückung. Schlechtere Leistungen würden sich einzig in unregelmässigeren Reaktionen der geteilten Aufmerksamkeit mit deutlich mehr Fehlreaktionen sowie einer reduzierteren visuellen Erfassungsspanne zeigen (Urk. 6/40/5).

Zusammengefasst entsprächen die Befunde weiterhin einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung mit Minderleistungen in vor allem attentionalen, exekutiven, mnestischen und sprachlichen Teilbereichen. Die Defizite würden topographisch sehr gut zur venösen Stauungsblutung temporo-parietal links passen, wobei ein leistungsmindernder Einfluss durch die Fremdsprachigkeit und die erschwerte Übersetzungssituation anzunehmen sei. Überdies müsse das tiefe prämorbid kognitive Leistungsniveau bei geringer Schulbildung und damit ein hergehend beschränkt erworbener Lernstrategien mitberücksichtigt werden. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich klinisch eine deutlich ausgeglichene Versicherte gezeigt, was die leicht verbesserten Leistungen miterklären könne. Psychometrisch werde aber weiterhin eine leicht reduzierte affektive Befindlichkeit angegeben. Diesbezüglich müsse lokalimatorisch mitberücksichtigt werden,

dass die Entwicklung einer affektpathologischen Störung nach dem linksseitigen cerebralen Ereignis durch die bei depressiven Erkrankungen typische Hypofunktion der linken Hemisphäre begünstigt werden könne, weshalb die Weiterführung der bereits etablierten Psychotherapie mit erfreulichem Verlauf zentral erscheine (Urk. 6/40/5).

Eine mittelgradige neuropsychologische Störung korrespondiere mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 70 %

(Urk. 6/40/6). 3.1 1

Am 31. Januar 2022 nahm Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Neurologie, für den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung und hielt fest, die Versicherte habe im September 2020 eine Sinusvenenthrombose erlitten, wo bei es komplizierend zu einem Hirninfarkt temporo-parietal links und zu einer strukturellen Epilepsie gekommen sei. Klinisch habe die Versicherte initial eine ausgeprägte Sprachstörung und neurokognitive Defizite inklusive visueller Neglect nach rechts gezeigt. Unter der vorerst stationär und im Verlauf ambulant durchgeführten Neurorehabilitation habe sich eine recht ordentliche Besserung gezeigt. Persistiert hätten jedoch ein Restaphasie und Minderleistungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen, wobei die Beurteilbarkeit bei Fremdsprachigkeit und tiefem Bildungsniveau erschwert gewesen sei. Bezüglich Epilepsie sei die Versicherte unter Medikation vollständig anfallsfrei. Im Verlauf seien Kopfschmerzen, eine Fatigue sowie eine Dekonditionierung aufgetreten, wobei diesbezüglich eine Physiotherapie eingeleitet worden sei (Urk. 6/48/6). Gemäss hausärztlicher Beurteilung sei bei schleppendem Genesungsverlauf mit psychosozialen Einschränkungen (Fremdsprachlichkeit, Migrationshintergrund) eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sehr fraglich. Aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht könne mit ausschliesslicher Berücksichtigung der Gesundheitsschädigung maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit (leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung; sehr einfache kognitive Aufgaben; repetitive Tätigkeiten; klar strukturierte Arbeitsanleitung; Aufteilung der Arbeitsaufträge in Teilschritte; lärm- und ablenkungsfreie Arbeitsumgebung; keine auf Sprachfunktionen ausgerichtete Arbeit; Aufgrund der Epilepsie sodann keine Arbeit mit gefährdenden Werkzeugen oder Maschinen, in einer Höhe über 1 m, auf Leitern, am oder im Wasser oder alleinige Aufsicht von Schutzbefehlen sowie keine Schichtarbeit) erwartet werden. In der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei jedoch von einer längerfristigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 6/48/5 f.). 4. 4.1

Als Grundlage für ihre Verfügung vom 29. November 2022 (Urk. 2) diene der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die aktengestützte Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. C.____ vom 31. Januar 2022 (Urk. 6/48/ 4 ff.). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann auch einer Aktenbeurteilung voller Beweiswert zukommen, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (E. 1.5). Insbesondere in den Berichten des Universitätsspitals Y.____ sowie der Klinik Z.____ sind die im Verlauf erhobenen Befunde ausführlich dokumentiert. Dr. C.____, welche als Fachärztin für Neurologie über die konkret erforderliche fachärztliche Qualifikation verfügt, konnte sich anhand der ihr zu Verfügung

gestellten Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Krankheitsverlauf sowie die gegenwärtige gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin machen. Sie setzte sich

denn auch eingehend mit den ärztlichen Berichten auseinander und schlussfolgerte in ihrer Stellungnahme, dass die Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei, wobei sie der im Vordergrund stehenden mittelgradigen neuropsychologischen Störung im Rahmen des von ihr formulierten Belastungsprofils umfassend Rechnung trug und nur noch sehr einfache kognitive Tätigkeiten als zumutbar erachtete (Urk. 6/48/5).

Die Beschwerdeführerin machte geltend, die RAD-Ärztin habe ihre von der Beurteilung des Universitätsspitals Y.____ abweichende Einschätzung nicht begründet (Urk. 1 S. 7). Die Ärzte des Universitätsspitals Y.____ attestierten der Beschwerdeführerin eine 30-50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei sie von einem leistungsmindernden Einfluss der Fremdsprachigkeit sowie des tiefen Bildungsniveaus der Beschwerdeführerin ausgingen (Urk. 6/35/4 f., Urk. 6/50/4).

Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nicht berücksichtigt werden können hingegen invaliditätsfremde Gründe wie zum Beispiel die mangelnde Schulbildung sowie sprachliche Probleme (vgl. Randziffer 1018.1 der hier anwendbaren Fassung des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH, Stand 1. Januar 2021]). Die RAD-Ärztin kam denn auch zum Schluss, dass unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Gesundheitsschädigung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe (Urk. 6/48/6). Diese Einschätzung überzeugt und es bestehen keine Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5). Solche Zweifel vermag die Beschwerdeführerin

auch mit ihrem Verweis auf den Bericht des Universitätsspitals Y.____ vom 17. Juni 2021 nicht zu wecken (vgl. Urk. 1 S. 5

f. Ziff. 5). Damals war bei zusätzlicher Fatigue, reduzierter Belastbarkeit und Antriebsminderung von den Behandlern noch von einer höheren als einer 50-70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden (vgl. E. 3.5). Dies war indes am 5. Januar 2022 bei verbessertem kognitivem Leistungsprofil und deutlich ausgeglichener Stimmungslage gerade nicht mehr der Fall (vgl. E.

3.10).

Zweifel vermag schliesslich auch die vom behandelnden Hausarzt med. pract. B.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/29/4 f.) nicht zu wecken, benannte dieser doch keine Aspekte, welche die RAD-Ärztin ungewürdigt liess. Diesbezüglich gilt es denn auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, 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). 4.2

Bei dieser Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung der RAD-Ärztin abstellte und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging.

5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Der Rentenanspruch konnte frühestens nach Ablauf von

sechs Monaten nach vorgenommener Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG), in casu per 1. Oktober 2021 (Anmeldung per 9. April 2021, Urk. 6/3) entstehen, weshalb bei der Invaliditätsbemessung die Verhältnisse zu diesem Zeitpunkt massgebend sind. 5.2 5.2.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen). 5.2.2

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin gestützt auf den Abklärungsbericht vom 26. April 2022 als zu 70 % im Erwerb und zu 30 % im Haushalt tätig (Urk. 2; Urk. 6/44/3), wohingegen die Beschwerdeführerin eine 100%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall postulierte (Urk. 1 S. 4 f.). 5.2.3

Aus den Akten ergibt sich, dass die Versicherte am 1. November 2017 aus Portugal in die Schweiz einreiste (Urk. 6/3/1) und danach

seit Dezember 2017 bei der D.____

AG sowie seit März 2018 bei der E.____

AG jeweils als Reinigungskraft angestellt war (vgl. IK-Auszug, Urk. 6/13). Gemäss eigenen Angaben habe sie bei der E.____ AG ca. ein 65%iges Pensum geleistet

(Urk. 6/44/3). Dies deckt sich mit den Angaben der E.____ AG gemäss welchen die Beschwerdeführerin jeweils etwa 27.5 Stunden pro Woche gearbeitet habe, was bei einer allgemeinen Arbeitszeit im Betrieb von 42 Stunden pro Woche (Urk. 6/20/2) einem Pensum von rund 65 % entspricht. Bei der D.____ AG habe die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben sodann zwei Stunden pro Woche gereinigt (Urk. 6/44/3). Bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden entspricht dies einem Pensum von rund 5 %. Demnach

arbeitete die Beschwerdeführerin zuletzt in einem Pensum von 70 %.

Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 21. März 2022 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Familie diese Anstellungen bei guter Gesundheit nicht aufgegeben hätte,

was die Abklärungsperson als plausibel erachtete und die Beschwerdeführerin als zu 70 % im Erwerb und zu 30 % im Haushalt tätig qualifizierte (Urk. 6/44/3).

Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie habe bereits im Rahmen der Haushaltsabklärung angegeben, eine Pensumserhöhung vorgesehen zu haben (Urk. 1 S. 4). Eine konkrete Verfolgung einer Pensumssteigerung ist vorliegend indes nicht ausgewiesen, führte die Beschwerdeführerin doch gegenüber der Abklärungsperson aus, nicht aktiv nach einer weiteren Stelle gesucht zu haben (Urk. 6/44/3). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4

f. Ziff. 3) ist sodann aus ihrem IK-Auszug auch keine kontinuierliche Einkommenssteigerung bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens ersichtlich (Urk. 6/13). 5.2.4

Insgesamt kann die Frage nach dem hypothetischen Status der Beschwerdeführerin naturgemäss nicht mit Sicherheit beantwortet werden, jedoch ist die Annahme einer 70%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall – und entsprechend eines Haushaltsanteils von 30 % – angesichts der geschilderten Umstände plausibel. Ein höherer Grad einer hypothetischen Erwerbstätigkeit kann dem gegenüber nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden. Mithin ist die von der Beschwerdegegnerin festgelegte Qualifikation der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden.

Der Invaliditätsgrad ist demnach in Anwendung der gemischten Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG zu bemessen. 5.3

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teil erwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich – weiterhin – summiert (Art. 27 bis Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV) und die prozentuale Erwerbs einbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV). 5.4

Die Beschwerdegegnerin ging im Haushaltsbereich gestützt auf den Abklärungsbericht vom 26. April 2022

betreffend die Erhebung vom 21. März 2022 von einer Einschränkung von 23.5 % aus (Urk. 2; Urk. 6/44/7). Der Abklärungsbericht ist von einer qualifizierten Person in

Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse verfasst worden. Er ist hinsichtlich der Gewichtung der einzelnen Bereiche sowie auch der einzelnen Einschränkungen plausibel, begründet und angemessen detailliert, womit er diesbezüglich den an ihn gestellten Anforderungen entspricht (vgl. E. 1.6), was denn auch nicht bestritten wird. Mithin ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abstellte und gewichtet für den Aufgabenbereich einen Teilinvaliditätsgrad von rund 7 % errechnete ($23.5 \% \times 0.3$; Urk. 2).
5.5 5.5.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), konkret den Lohn für Hilfsarbeiterinnen. Dies mit der Begründung, die Beschwerdeführerin habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens nur zwei Jahre in der Schweiz gearbeitet, wobei die Einkommen schwankend gewesen seien, weshalb das Valideneinkommen nicht zuverlässig ermittelt werden könne (Urk. 6/47/1). Daran ist mit Blick auf die Akten nichts auszusetzen und dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet. 5.5.2

Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, ging die Beschwerdegegnerin betreffend das Invalideneinkommen zu Recht ebenfalls von den Tabellenlöhnen für Hilfsarbeiterinnen aus (Urk. 6/47/1). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). Ohne Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs würde die Einschränkung im Erwerbsbereich vorliegend somit 50 % betragen (Valideneinkommen 100 – Invalideneinkommen 50 = 50). 5.5.3

Die Beschwerdeführerin macht aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen leidensbedingten Abzug von 25 % geltend (Urk. 1 S. 7).

Das Bundesgericht bestätigte einen 10%igen Abzug bei folgenden, sich aus dem ärztlichen Zumutbarkeitsprofil ergebenden beträchtlichen Einschränkungen: Tätigkeit ohne Stress, Zeitdruck, erhöhte Anforderungen an geteilte Aufmerksamkeit, Umstellungs-, Anpassungsfähigkeit, Konzentration, Reaktionsvermögen, dies bei ruhigem Umfeld mit «tragendem» Betriebsklima sowie der Möglichkeit betriebsunüblicher Pausen (Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2011 E. 5.3).

Bei zumutbaren körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten bestätigte das Bundesgericht bei zusätzlichen Limitierungen, welche insbesondere den Ausschluss von bestimmten Tätigkeiten (auf Leitern und/oder Gerüsten, mit repetitivem Treppensteigen unter Gewichtsbelastung, mit Schlägen und/oder Vibrationen für das Becken) den vorinstanzlich festgelegten leidensbedingten Abzug von 5 % (Urteil des Bundesgerichts 8C_823/2021 vom 14. April 2021 E. 7.2.3).

Mit Blick auf die erwähnten vom Bundesgericht entschiedenen Vergleichsfälle rechtfertigt sich vorliegend ein leidensbedingter Abzug von maximal 15 %. Unter Berücksichtigung desselben resultiert eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 57.5 %, was zu einem gewichteten Teilinvaliditätsgrad von rund 40 % führt. Zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich von rund 7 % resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad

von rund 47 %, was Anspruch auf eine Viertelsrente gibt. 5.6

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 29. November 2022 im Ergebnis als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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 auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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 Vogel R. Müller

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