

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00229 vom 26. Februar 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00229)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00229 du 26 février 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00229 del 26 febbraio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

0. Oktober 2022 eingeholt hatte (Urk. 7/65/9-10), stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 2. November 2022 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von rund 30 % in Aussicht (Urk. 7/67). Dagegen liess die Versicherte am 13. Dezember 2022 Einwand erheben (Urk. 7/71) und liess diesen am 30.

Januar 2023 (Urk. 7/80)

sowie am 31. Januar 2023 unter Beilage des Berichts von Dr.

med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 23.

Januar 2023

ergänzen (Urk. 7/84, Urk. 7/85). Die IV-Stelle legte das Dossier erneut dem RAD vor, für welchen KD (Klinischer Dozent) Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 17. Februar 2023 erneut Stellung nahm (Urk. 7/88/3). Am 14. März 2023 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne, indem sie den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente verneinte (Urk. 7/89 = 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend angesichts der im Juni 2020 erfolgten Neuanmeldung zum Leistungsbezug 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).

### **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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.4**

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen 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 Erwerbseinbusse 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).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach

zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 14. März 2023 liess die Versicherte am 1. Mai 2023 unter Beilage des Berichts von Dr. B. \_\_\_ vom 6. April 2023 (Urk. 3/4) Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab spätestens Februar 2021 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die vorliegende Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen und diese zu verpflichten, weitere Abklärungen (insbesondere eine neue rheumatologische Begutachtung) vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 16. Juni 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2023 im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin sei zwar in der angestammten Tätigkeit als Sekretärin/Sachbearbeiterin nicht mehr arbeitsfähig, eine angepasste Tätigkeit sei ihr hingegen zu 80 % (bezogen auf ein 100 % -Pensum) zumutbar. Diese Tätigkeit müsse körperlich leicht und wechselbelastend sein, ohne Beanspruchung der Hände sowie ohne längere Gehstrecken oder Treppensteigen (Urk. 2 S. 1). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) habe sie im Jahr 2019 ohne gesundheitliche Einschränkungen bei einer Anstellung zu 80 %

ein Einkommen von Fr. 54'000.-- erzielt. Hochgerechnet auf ein volles Pensum sowie nominallohnbereinigt per 2021 ergebe dies Fr. 68'624.69. Der Lohn für Hilfstätigkeiten betrage bei einem 80 % -Pensum für Frauen im Jahr 2021 Fr. 43'097.68, womit sich im Erwerbsebereich eine Einschränkung von 37 % beziehungsweise nach Gewichtung zu 80 % ein Teilinvaliditätsgrad von 29.6 % ergebe. Im Haushalt, auf welchen die restlichen 20 % entfallen würden, liege die Einschränkung mit Blick auf die hohe Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit jedenfalls unter 50 %, womit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere. Das eingeholte Gutachten sei beweiskräftig (Urk. 2 S. 2).

## E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde vom 1. Mai 2023 hiergegen zusammengefasst vor, laut den Berichten der behandelnden Ärzte sei ihr überhaupt keine Arbeitstätigkeit zumutbar ( Urk. 1 S. 3- 4 und S. 7 -8 ). Am Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ beanstandete sie namentlich, diese r habe das Bildmate rial nicht gesichtet. Des Weiteren habe er erkannt , dass schmerzhafte Funktions störungen und generell eine eingeschränkte Belastbarkeit best ünden, doch habe er diese anscheinend nicht objektivieren können. Zudem habe er erklärt, dass eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) notwendig wäre , aber dennoch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festgehalten ( Urk. 1 S. 4 -5 und S. 7 ). Unter Hinweis auf die Stellungnahme des Fachspezia listen Dr. B.\_\_\_\_ monierte sie, die geklagten Beschwerden seien anhand der Bildgebung objektivierbar. Dr. A.\_\_\_\_ habe sodann verkannt, dass sie an zwei verschiedenen und schweren entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leide. Die systemische Sklerose sei nicht nur selten, sondern auch schwierig behandelbar. Die Polyarthritits verlaufe äusserst destruierend und sei mittels Basistherapie nur ungenügend kontrollierbar. Ebenfalls nicht bemerkt habe Dr. A.\_\_\_\_ , dass auch die restlichen Beschwerden am Bewegungsapparat sowie die weichteilrheuma tischen Beschwerden sowohl bei der systemischen Sklerose als auch bei der Polyarthritits gehäuft sekundär vorkämen ( Urk. 1 S. 5- 7 ). Des Weiteren habe er die fassbaren Befunde fehlerhaft gewichtet ; anscheinend seien ihm die modernen therapeutischen Optionen bei entzündlich-rhematischen Krankheiten nicht bekannt. Mit diesen Beanstandungen seitens Dr.

B.\_\_\_\_ habe sich der RAD unzureichend auseinandergesetzt. Sodann sei sie (die Beschwerdeführerin) laut dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. April 2023 auch im Haushalt in relevanter Weise eingeschränkt ( Urk. 1 S. 6). Es sei schleierhaft, wie der RAD behaupten könne, das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ sei beweiskräftig und die daran geübte Kritik sei nicht überprüfbar ;

auf die berechtigte Kritik durch Dr. B.\_\_\_\_ sei zu Unrecht nicht eingegangen worden ( Urk. 1 S. 7). Die Entzündungsproblematik sei trotz verschiedener Therapien nach wie vor vorhanden ( Urk. 1 S. 8). Indem Dr. A.\_\_\_\_ , der RAD und die Beschwerdegegnerin sich nicht einlässlich mit den abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt hätten, habe die Beschwerde gegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Auch die Einschränkung im Haushalt sei noch abzuklären, falls sie nicht ohnehin Anspruch auf eine ganze Rente habe ( Urk. 1 S. 8-9). 3. 3.1

Nach Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruches auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Dieser Zeitpunkt ist objektiv aufgrund des Gesundheits zustandes festzustellen; zufällige externe Faktoren sind unerheblich (BGE 112 V 275 E. 1b). Er beurteilt sich auch nicht nach dem Zeitpunkt, in dem eine Anmeldung eingereicht oder von dem an eine Leistung gefordert wird und stimmt nicht notwendigerweise mit dem Zeitpunkt überein, in welchem die versicherte Person erstmals Kenntnis davon bekommt, dass der Gesundheitsschaden Anspruch auf Versicherungsleistungen geben kann (BGE 126 V 5 E. 2b mit Hinweisen; AHI 2002 S. 147 E. 3a). Aus Art. 4 Abs. 2 IVG ergibt sich, dass der Eintritt der Invalidität für die einzelnen Leistungen der Invalidenversicherung autonom zu bestimmen ist (sog. leistungsspezifische Invalidität). Dabei sind die rechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen, die sich aus Art. 4 Abs. 1 IVG (in Verbindung mit Art. 8 ATSG) ergeben. Folglich begründet der Gesundheits schaden für jede Leistungsart je einen eigenen

Versicherungsfall (BGE 112 V 275; vgl. auch BGE 137 V 417 E. 2.2.3, 126 V 241 E. 4).  
3.2

Streitgegenstand der angefochtenen Verfügung bildet der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (Urk. 2). Der bei der Antragsprüfung zu beachtende Teilaspekt der versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 IVG) bildete bereits

Gegenstand der Verfügung vom 15.

Dezember 2014. Damals verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen

mit der Begründung, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien, da der Versicherungsfall bereits bei

der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz eingetreten sei (Urk. 7/17). Da sich die Begründung in der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung der IV-Stelle vom 15.

Dezember 2014 auf die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen bezog (Urk. 7/17/1),

kommt der seinerzeitigen Verneinung der Erfüllung dieser Voraussetzungen keine Bindungswirkung zu bezüglich des nunmehr zu prüfenden Rentenanspruchs, denn der Eintritt der Invalidität ist wie dargelegt

leistungsspezifisch zu beurteilen. Mithin müssen die versicherungsmässigen Voraussetzungen im Zeitpunkt des Eintritts einer

Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% (Art. 28 Abs. 1 lit. b u. c IVG) erfüllt sein (vgl. nachstehende E. 5.10). 4. 4.1

In medizinischer Hinsicht liegen für die Zeit vom 24. Februar 2020 bis Ende Juli 2020 ärztliche Zeugnisse vor, welche der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (Urk. 7/18).

Für die Zeit ab dem 31. März 2020 stammen diese vom Universitätsspital D.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie (Urk. 7/18/1-4). Den Berichten des D.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 sowie vom

2. Juli 2020 ist zu entnehmen, die Polyarthrititis mit destruktivem Verlauf respektive die Handgelenksarthrititis stehe bei bekannter systemischer Sklerose im Vordergrund (Urk. 7/30/24, Urk. 7/29/7-8). Hervorgehoben wurde, diese sei anlässlich der rheumatologischen Verlaufskontrolle vom 17. Juni 2020 mit einem CDAI (Clinical Disease Activity Index) von 23 (high activity)

nach wie vor noch nicht unter Kontrolle gewesen. Die Gabe von Methotrexat sei nach einem Infekt der oberen Atemwege im Februar 2020 pausiert und nicht wiederbegonnen worden. Bei aktuell zunehmender Aktivität empfehle man einen Prednison-Stoss mit reduzierendem Schema und Wiederbeginn von Methotrexat sowie eine Folsäure-Substitution;

dies unter Weiterführung der Therapie mit Orencia (Urk. 7/29/7-8).

Am 30. Juli 2020 berichteten die Ärztinnen des D.\_\_\_\_ zuhause der Krankentaggeldversicherung, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine systemische Sklerose (ICD-10 M34.0; Erstmanifestation 2007) sowie eine Adipositas WHO Grad 2 vor (Urk. 7/30/39). Die Beschwerdeführerin sei aktuell eingeschränkt in repetitiven Tätigkeiten, die mit Hantieren der Hand und Fingergelenke zu tun hätten. Das Tragen von schweren Lasten, Arbeiten in Zwangshaltungen, Armvorhalte und über-Kopf-Arbeiten seien reduziert. Das Hantieren mit Flüssigkeiten und kalten Gegenständen sei bei Raynaud-Phänomen eingeschränkt (Urk. 7/30/39). Am aktuellen Arbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin vom 31. März 2020 bis Ende September 2020 vollumfänglich arbeitsunfähig. Abhängig vom Therapieansprechen könnte bei Verbesserung der klinischen Beschwerden eine leichte wechselhafte Tätigkeit mit initialem Pensum von 40 % evaluiert werden. Eine solche Tätigkeit sei mit ausreichenden Pausen zumutbar. Abhängig vom Verlauf sei gegebenenfalls eine Steigerung möglich (Urk. 7/30/40).

Laut dem Bericht der Hausärztin

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, vom 24. August 2020 bezog sich ihr Arbeitsunfähigkeitszeugnis für die Zeit vom 24. Februar bis am 30. März 2020 (Urk. 7/18/5-6) auf alle Tätigkeiten, welche belastend seien für die Hand- und Fingergelenke (Urk. 7/29/2). Des Weiteren merkte sie an, die Beschwerdeführerin habe ihres Wissens einen Teilzeitjob als Putzfrau im Geschäft des Ehemannes gehabt, sei von ihrem Ehemann jedoch im Frühjahr 2020 wegen Arbeitsunfähigkeit entlassen worden (Urk. 7/29/2-3). Zuhause der Krankentaggeldversicherung hatte sie am 30. April 2020 ausgeführt, alle Tätigkeiten, bei welchen die Hände nicht oder nur wenig gebraucht würden, seien (theoretisch) zumutbar (Urk. 7/30/19). 4.2

Am 12. August 2020 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_, Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung Helsana, eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 7/30/61

ff.). Dr. F.\_\_\_\_ erachtete die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100

% für die Zeit vom 24. Februar bis Ende Juli 2020 aufgrund der systemischen Sklerose (ICD-10 M34.9) als ausgewiesen. Dies sowohl für die angestammte Tätigkeit - sei dies eine Büro- oder eine Reinigungstätigkeit - als auch für alle Verweistätigkeiten. Die Prognose sei unklar (Urk. 7/30/61-62). 4.3

In ihrem Bericht vom 15. September 2020 verlängerten die Ärztinnen des D.\_\_\_\_ die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Oktober 2020 für die aktuelle Anstellung als Reinigungskraft (Urk. 7/34/1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie nun nebst der systemischen Sklerose (ICD-10 M34.0) mit Polyarthritiden mit destruktivem Verlauf des rechten Handgelenks und der Adipositas WHO Grad 2 eine Haltungsinuffizienz mit myofaszialem Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M75.0, M50.9). Die Prognose für die bisher ausgeführte Tätigkeit als Reinigungskraft sei eher schlecht. Für repetitive Tätigkeiten v.a. im rechten Handgelenk sei bei Rechtshändigkeit langfristig mit Einschränkungen zu rechnen (Urk. 7/34/2). Die bisherige Tätigkeit sei momentan und wahrscheinlich auch langfristig nicht mehr zumutbar. Eine leichte wechselhafte Tätigkeit unter Vermeidung

des repetitiven Einsatzes der Hand- und Fingergelenke wäre für vier Stunden pro Tag zumutbar. Im Haushalt bestünden deutliche Einschränkungen beim Zubereiten des Essens, bei der Reinigung der Wohnung (Auswinden von Lappen, Wischen der Böden), beim

Tragen von Einkäufen und der Wäschekörbe. Der Ehemann unterstütze sie und übernehme einige Tätigkeiten (Urk. 7/34/3).

Am 14. Dezember 2020 führten sie aus, es bestünden weiterhin Arthralgien

beider Handgelenke mit Kraftlosigkeit und Morgensteifigkeit. Im Januar 2020 seien radiographisch progrediente erosive Veränderungen nachgewiesen worden sowie MR-tomographisch eine aktive Synovialitis im Handgelenk rechts. Bei der letzten Kontrolle vom 7. Dezember 2020 hätten sich endphasige Schmerzen bei Flexion und Extension beider Handgelenke gezeigt, sonographisch seien Synovitiden

mit echofreiem Erguss und synovialen Proliferationen nachgewiesen worden. Die aktuelle Therapie mit Orencia habe leider keine Besserung der Synovitiden gebracht. Man plane eine Umstellung auf Tocilizumab sowie einen vorübergehenden Einsatz von Steroiden. Aufgrund der fortgeschrittenen postentzündlichen Veränderungen mit hohem Leidensdruck sei vom plastischen Chirurgen des D.\_\_\_\_ ein operativer Ansatz empfohlen worden, die Beschwerdeführerin wünsche indes eine Zweitmeinung hierzu (Urk. 7/39/7). Es liege eine Beeinträchtigung im Alltag vor aufgrund der Handgelenksschmerzen mit Funktionseinschränkung bei Tätigkeiten mit den Händen. Am aktuellen Arbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Zumutbar und möglich seien Tätigkeiten ohne mittelschwere oder schwere Belastung der Hände. Bei der aktuellen Krankheitsaktivität sei aber auch eine leichte Tätigkeit der Hände nicht möglich. Durch eine Kontrolle der entzündlichen Krankheitsaktivität mit Behandlung der Handgelenksarthritis könne die Funktionseinschränkung voraussichtlich verbessert werden. Hierdurch könnten aber nicht die bereits eingetretenen erosiven Veränderungen und Sekundärarthrosen verbessert werden, sodass auch bei verbesserter Kontrolle der Krankheitsaktivität eine bleibende Funktionseinschränkung im Bereich der Handgelenke bestehen bleiben werde (Urk. 7/39/8).

Dem Bericht des D.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, vom 8. Februar 2021, welcher ebenfalls auf der Befundlage vom 7. Dezember 2020 basiert, ist zu entnehmen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär (Urk. 7/40/1 -2). Die Prognose sei ungünstig bezüglich der schwer destruktiven Polyarthrititis mit röntgenologischer Progredienz bei der letzten Kontrolle. Durch eine wirksamere Basistherapie könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Ob eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag bestehe, sei schwierig zu beantworten und vom Verlauf und vom Ansprechen auf die neue Therapie abhängig. Aktuell seien die Hände bei aktiver Arthritis nicht belastbar (Urk. 7/40/3).

4.4  
Chefarzt und Oberärztin des Kantonsspitals G.\_\_\_\_, Rheumatologie, schilderten in ihrem Bericht vom 16. Februar 2021, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine erosiv-destruierende Arthritis mit Betonung des Carpus beidseits. Bei nun neu zunehmender Beschwerdesymptomatik links habe beidseits sonographisch eine erosive Polyarthrititis der Hand- und MCP-Gelenke dokumentiert werden können. Eine ergänzende MRI-Untersuchung der linken Hand zur Überprüfung des Ausmasses der Erosionen sei geplant. Die zwischenzeitlich durch Dr. B.\_\_\_\_ erfolgte Steroidinfiltration im Bereich der Sprunggelenke habe zu einer Beschwerdebesserung aller Gelenke geführt. Neben der erosiv-destruierenden Polyarthrititis, welche für eine Kollagenose/systemische Sklerose vom limitiert-kutanen Typ atypisch sei, habe ausser einem active

pattern in der Kapillarmikroskopie und den bekannt erhöhten Zentromerantikörpern kein Hinweis auf eine Aktivität erhoben werden können. Bei führenden arthritischen Beschwerden empfehle man neben der Fortführung der Basistherapie mit Methotrexat die Wiederaufnahme der intravenösen Actemra -Gaben bei voraus gehend guter Effektivität. Eine handchirurgische Vorstellung könne dann diskutiert werden, wenn trotz guter Kontrolle der entzündlichen Aktivität eine deutliche Einschränkung im Alltag persistiere (Urk. 7/41/15).

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, als Oberärztin am G.\_\_\_\_

tätig, gab in ihrem Bericht vom 19. Februar 2021 zuhanden der IV-Stelle an, sie habe für Februar und März 2021 eine Arbeits unfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert, da beide Hände betroffen seien (Urk. 7/41/2). Gegenwärtig sei die Beschwerdeführerin bei florider erosiver Polyarthritits mit Betonung beider Hände zu 100 % arbeitsunfähig. Wenn die Entzündung unter intensivierter medikamentöser Therapie kontrolliert werden könne, hänge die Arbeitsfähigkeit von den dann eingetretenen Minderungen der Handgelenksbeweglichkeit aufgrund der dann bestehenden ossären Deformation ab (Urk. 7/41/6). Die Handgelenksbeweglichkeit sei rechts mehr als links deutlich schmerzhaft eingeschränkt. Eine Belastung der Hände verursache zunehmende Schmerzen und auch die Fingergelenke seien mitbetroffen. Punkto Fahreignung hielt sie fest, auch das Lenken erscheine erschwert, da die Hände momentan nicht belastet werden könnten (Urk. 7/41/7). Auch eine angepasste Tätigkeit sei gegen wärtig nicht zumutbar und im Haushalt sei sie aufgrund des beidseitigen Hand befalls ebenfalls bei allen Tätigkeiten deutlich eingeschränkt (Urk. 7/41/8). 4.5

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 22. Dezember 2021 fest, die Beschwer deführerin sei seit März 2020 andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Zuletzt habe sie in der Reinigung vor allem von Automobilen gearbeitet. Aufgrund der schweren destruierenden Polyarthritits vor allem im Bereich der Hände, aber auch der Füße, komme eine mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit nicht mehr in Frage (Urk. 7/45/6-7). Aktuell sei überhaupt keine Erwerbstätigkeit zumutbar und die Prognose zur Eingliederung sei schlecht. Die schwere körperliche Erkrankung mit destruierender Arthritis sowie atypische r systemischer Sklerose stehe einer Eingliederung im Wege. Auch im Haushalt seien ihr schwere körperliche Arbeiten (Staubsaugen, Fenster putzen, Einkäufe tragen, Betten anziehen, bügeln) nicht möglich; sie benötige hierfür Hilfe (Urk. 7/45/7). 4.6

Dr. A.\_\_\_\_

nannte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 7. Oktober 2022 folgende Diagnosen (Urk. 7/61/67): - destruierende Polyarthritits mit/bei - Befall von Hand- und Fusswurzelgelenken - systemischer Sklerose - Haltungsinsuffizienz mit/bei - Symptomausweitung - Rundrücken - multilokuläre, teils artikuläre, teils myofasziale Schmerzen mit/bei - muskulärer Dysbalance - Bandlaxizität - systemische Sklerose, Erstdiagnose 2007, mit/bei - Hand- und Fusschwellungen ( puffy

fingers ) - Raynaud-Syndrom - arthritischem Gelenkbefall - Mikroangiopathie - wechselnden, jeweils angepassten Basistherapie n - aktuell unter Methotrexat und Adalimumab - Adipositas Grad 2 (BMI 39.2 kg/m<sup>2</sup>) mit/bei - Lipödem beider Beine - Vit . D- und Fe -Mangel anamnestisch In seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte er aus, das vom Arbeit gebenden Ehemann der Beschwerdeführerin formulierte Belastungsprofil

umfasse zu einem grossen Teil das Reinigen von Autos, was für die rechte obere Extremität durchaus eine Belastung bedeute. Dennoch habe die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit am 1. Januar 2018 aufgenommen, obwohl schon am 13. Dezember 2017 erhebliche Destruktionen des rechten Handgelenks nachgewiesen worden seien. Auch frage sich, wie die kleingewachsene Frau mit ausgeprägtem Rundrücken Autos gereinigt habe, die heute zunehmend grösser und auch höher seien, sodass über Schulterhöhe hantiert werden müsse. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin ab Beginn diese Arbeiten zum grössten Teil zulasten ihrer Gesundheit durchgeführt habe, was die Tätigkeit aus medizinischer Sicht unzumutbar mache. Das gelte nicht für Bürotätigkeiten wie Administration und Kundenkontakt. Da solche Arbeiten gemäss Arbeitgeberfragebogen aber nur einen kleinen Anteil der Aufgaben ausgemacht hätten, berücksichtige er diese nicht bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Demnach sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit gar nicht arbeitsfähig (Urk. 7/61/81) und auch nie arbeitsfähig gewesen (Urk. 7/61/82). Eine optimal angepasste Tätigkeit sei hingegen vollzeitlich möglich. Diese müsse körperlich sehr leicht und wechselbelastend auf Arbeitshöhe durchzuführen sein sowie auf Zwangshaltungen und Tätigkeiten über Schulterhöhe sei zu verzichten. Zu vermeiden seien sodann ein kräftiger und repetitiver Einsatz der Hände, längere Gehstrecken, Gehen auf unebenem Boden sowie gehäuftes Treppensteigen und das Besteigen von Leitern. Zudem sollten die Hände nicht der Kälte oder kalten Gegenständen ausgesetzt werden. Aufgrund der Chronifizierung mit vermehrtem Pausenbedarf könne von einer Leistungsminderung um 20% ausgegangen werden. Folglich bestehe bezogen auf ein 100% -Pensum eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 7/61/82). Diese gelte seit jeher (Urk. 7/61/83). Für den Haushaltsbereich erwähnte Dr. A. gewisse Einschränkungen, welche indes in einem zumutbaren Rahmen vom Ehemann und der Tochter kompensiert werden könnten. Da die 20%

im Aufgabenbereich mit Blick auf die erforderliche Betreuung der jüngeren Tochter wohl nicht ausreichend seien, könne eine Erwerbstätigkeit zu 80% nur realisiert werden, wenn der Ehemann einen namhaften Anteil der Aufgaben im Haushalt übernehme (Urk. 7/61/84-86). Des Weiteren hielt Dr. A. fest, die Beschwerdeführerin sei eine kleingewachsene und stark übergewichtige Frau mit ausgeprägten muskulären Defiziten, was ihre Leistungs- und Einsatzfähigkeit generell beeinflusse. Spezifische Limitierungen bestünden wegen schmerzhaft in der Beweglichkeit eingeschränkter Handgelenke bei repetitivem und kräftigem Einsatz der Hände, die nicht der Kälte und kalten Gegenständen exponiert werden dürften. Zudem würden die muskulären Defizite Gelenk- und rücken schonendes Verhalten erschweren. Auch sei die Gehfähigkeit durch belastungsabhängige Fusschmerzen eingeschränkt, was durch das Übergewicht noch akzentuiert werde. Die Chronifizierung begründe allenfalls eine Leistungsminderung wegen eines vermehrten Pausenbedarfs. Die Limitierungen betreffend die Hände seien struktureller Art und liessen sich kaum verbessern. Diesbezüglich sei mittelfristig sogar eine Verschlechterung

möglich. Aus somatischer Sicht habe die Beschwerdeführerin jedoch die Möglichkeit, ihr Übergewicht zu reduzieren und ihre muskulären Defizite zu beheben. Letzteres sei Voraussetzung für Gelenk- und rücken schonendes Verhalten (Urk. 7/61/79). 4.7

Dr. B. merkte am 23. Januar 2023 zum Gutachten an, die ohne richtigen Einbezug der bildgebenden Befunde gezogene Schlussfolgerung, die geklagten Beschwerden der

Beschwerdeführerin liessen sich nur teilweise mit den objektiv vierbaren Befunden erklären, sei absurd und widerspreche der Auffassung sämtlicher behandelnder Ärzte (Urk. 7/84/ 1 ).

Dr. A.\_\_\_\_ sei als einziger der Meinung, die Beschwerdeführerin könne in einer angepassten Tätigkeit vollzeitlich arbeiten. Neben der progredienten destruierenden Polyarthriti s leide die Beschwerdeführerin an einer systemischen Sklerose vom limitierten Hauttyp mit Raynaud-Syndrom, typischem Antikörpermuster, Mikroangiopathie und begleitend weichteil-rheumatischen Beschwerden im Sinne einer sekundären generalisierten Tendomyopathie . Die generalisierte Tendomyopathie führe zusammen mit den entzündlich-rheumatischen Beschwerden zu einer ausgeprägten Störung des

Tag /Nacht-Rhythmus, was die Schlafqualität beeinträchtigte und die Belastungstoleranz zusätzlich negativ beeinflusse (Urk. 7/84/2). Wie vor 30 Jahren üblich habe Dr. A.\_\_\_\_ die Bildgebung kaum in seine Beurteilung einfließen lassen. Bildgebend sei völlig klar, dass trotz aller Bemühungen mit verschiedenen Basistherapien die Entzündung weder klinisch noch bildgebend befriedigend kontrolliert werden können. Dass die Beschwerdeführerin ihre invalidisierenden Schmerzen vor allem auf die Hände und Füße fokussiere, passe genau zu den bildgebenden Befunden sowie zur zuletzt ausgeführten Skelett-Szintigraphie, wo die anhaltende entzündliche Aktivität sowohl in den Händen als auch in den Füßen - auch im Jahr 2022 noch (Urk. 7/84/5) - nachgewiesen werden könne. Dr. A.\_\_\_\_ habe erkannt, dass die Handgelenksbeweglichkeit rechtsbetont beidseits sowohl in Volar-, als auch in Dorsal-Flexion deutlich eingeschränkt bleibe. Unerwähnt gelassen habe er indes die deutlichen Endphasenschmerzen in Volarflexion mehr als in Dorsal-Extension, ebenfalls beidseits (Urk. 7/84/2). Hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit der Füße habe er andere Befunde erhoben als Dr. A.\_\_\_\_ . Sodann seien Entzündungszeichen sonographisch sichtbar gewesen. Des Weiteren habe die Ergussanalyse aus dem oberen Sprunggelenk (OSG) sehr gut zur destruierenden Polyarthriti s gepasst, nicht hingegen zu einer mechanischen Genese der Fussbeschwerden . Somit seien sowohl die Hand- als auch die Fussbeschwerden klinisch und bildgebend klar entzündlich-rheumatisch im Rahmen der destruierenden Polyarthriti s erklärbar (Urk. 7/84/3). Heute sei jedem Rheumatologen klar, dass eine aktive Synoviti s nicht allein anamnestisch und klinisch beurteilt werden könne, sondern dass die bildgebenden Befunde entscheidend seien. Aus diesen sei eine persistierende aktive Entzündungsaktivität trotz ausgebauter Basistherapie ersichtlich (Urk. 7/84/2- 4). Des Weiteren kritisierte Dr. B.\_\_\_\_ , Dr. A.\_\_\_\_ habe verkannt, dass die Beschwerdeführerin an zwei verschiedenen schweren entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leide, wobei die systemische Sklerose äusserst selten und schwierig behandelbar sei und die Polyarthriti s äusserst destruierend verlaufe und zu einer nur ungenügend kontrollierbaren Entzündungsaktivität führe (Urk. 7/84/3) . Ebenso habe Dr. A.\_\_\_\_ nicht erkannt, dass die restlichen Beschwerden am Bewegungsapparat im Bereich von Schultern, Hüften, Kniegelenken und Muskeln zu Arthralgien und den erwähnten weichteilrheumatischen Beschwerden passten, wie sie bei Kollagenosen (auch der systemischen Sklerose) gehäuft sekundär sowie auch bei Polyarthriti s vorkommen könnten. Die geklagten Beschwerden seien bildgebend ausgewiesen, die Beschwerdeführerin wünsche sich eine wirksame Analgesie und die Adipositas werde auch angegangen (Urk. 7/84/4). Was für eine angepasste Tätigkeit der Beschwerdeführerin bei fehlenden Ressourcen möglich sei, erwähne Dr. A.\_\_\_\_ nicht konkret . Die von ihm vorgeschlagene stationäre Rehabilitation sei nicht zielführend (Urk. 7/84/5). Zusammenfassend seien die objektiv ierbaren Befunde an Händen und Füßen eindrücklich, progredient und immer

noch entzündlich aktiv. Überdies begünstige die systemische Sklerose die begleitenden ausgeprägten weichteilrheumatischen Beschwerden und Arthralgien in den nicht von der Arthritis betroffenen Gelenken. Nicht zuletzt schmerzbedingt bleibe die Beschwerdeführerin weniger mobil und bei ungenügender Wirkung der Basistherapien persistiere ein zu hoher Steroid-Bedarf, was die zunehmende Adipositas mit zu begründen vermöge. Auch dies e limitiere die Arbeitsfähigkeit zusätzlich, woran die Beschwerdeführerin nicht schuld sei (Urk. 7/84/6). Insgesamt habe Dr. A.\_\_\_\_ die bildgebenden Befunde nicht ausgewogen gewichtet, er sei pensioniert und sei kaum mit der seltenen Erkrankung der systemischen Sklerose sowie mit den modernen Biolo gika und synthetischen Substanzen zur Behandlung der entzündlich-rheuma tischen Krankheiten vertraut (Urk. 7/84/6).

Am

6. April 2023

wies Dr. B.\_\_\_\_ erneut darauf hin, dass bei der Beschwerde führerin zwei entzündlich-rheumatische Erkrankungen vorlägen, welche selten in diese r Kombination vorkämen. In deren Rahmen sei auch die sekundäre genera lisierte Tendomyopathie zu erwähnen, welche das Schmerzniveau zusätzlich verstärke und den Tag-/Nachtrhythmus negativ beeinflusse. In jeglicher Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit dem 24. Februar 2020 zu 100 % arbeitsunfähig, zumal ihm keine leichte körperliche Arbeit ohne jegliche Beanspruchung der Hände bekannt sei, welche ohne gute Sprachkenntnisse ausgeführt werden könne ( Urk. 3/4) . 4.8

RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ hielt das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ für beweiskräftig, indem er festhielt, die eingehende Diskussion im rheumatologischen Gutachten erg e be keine wesentliche Verschlechterung des Vorzustandes in den letzten Jahren und keine vollständig konsistenten Schmerzangaben (Urk. 7/65/9-10). Am 17. Feb ruar 2023 hielt Dr. C.\_\_\_\_ zu den Darlegungen von Dr. B.\_\_\_\_ fest, diese polemische Stellungnahme könne medizinisch nicht objektiv gewürdigt werden. Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ leuchte ein und eine Differenz zwischen den Ansichten des behandelnden Arztes und jenen des versicherungsmedizinisch argumentierenden Gutachters sei nachvollziehbar (Urk. 7/88/3). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht zur Hauptsache auf das rheumatologische Gutachten d es Dr. A.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2022 (Urk. 7/61 ). Die Beschwerdeführerin spricht dieser Expertise demgegenüber die Beweiskraft ab (vgl. vorstehende E. 2.2). 5 .2

Das Gericht darf den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts 8C\_109/2023 vom 5. Juni 2023 E. 4.2 und 9C\_174/2020 vom 2. November 2020 E. 8.1 [in BGE 147 V 79 nicht publiziert] ).

5 .3

Das rheumatologische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ basiert auf fachärztlichen Unter suchungen sowie auf den anlässlich dieser Untersuchungen erhobenen Befunden, auf den Vorakten , den Angaben de r Beschwerdeführer in sowie der erhobenen Anamnese. Ferner beantwortet

es die gestellten Fragen umfassend und setzt sich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtssprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.5). 5.4

#### 5.4.1

Die Beschwerdeführerin monierte unter anderem, dass Dr. A.\_\_\_\_ das Bildmaterial nicht seiber gesichtet habe (Urk. 1 S. 4 ,

Urk. 7/61/59). Tatsächlich hat er die bildgebenden Befunde, welche von Radiologen - den Spezialisten hierfür - und von behandelnden Ärzten beschrieben wurden, in seinem Gutachten zusammengefasst (Urk. 7/61/18 , 7/61/21, 7/61/24, 7/61/29, 7/61/31-34, 7/61/36, 7/61/39-43 ) und gewürdigt (Urk. 7/61/68 -72 , 7/61/74 ) . Zu seine r

- von der Beschwerdeführerin kritisierten (Urk. 1 S. 4-6) - Schlussfolgerung , die geklagten Beschwerden seien nicht vollumfänglich respektive nur teilweise durch die objektivierbaren Befunde zu erklären

(Urk. 7/61/63 ) , gelangte er namentlich in Anbetracht der erhobenen Befunde. Er schilderte , dass die geklagten seitlichen Hüft- und Knieschmerzen aufgrund der klinischen Untersuchung unklar geblieben seien . So seien die lateralen Weichteile der Hüften indolent gewesen . Weiter führte er aus, soweit die vorhandenen muskulären Defizite, die Bandlaxizität und das starke Übergewicht Beschwerden verursachten, seien die korrelierenden Befunde weich, unspezifisch und nicht einmal sicher pathologisch. Dr. A.\_\_\_\_ anerkannte das Vorhandensein von schmerzhaften Entzündungen der Hand- und Fussgelenke, fand hingegen für die Ausweitung der Symptomatik kein organisches Korrelat (Urk. 7/61/76). Dr. B.\_\_\_\_ führte diesbezüglich an , die restlichen Bewegungsapparats-Beschwerden im Bereich von Schultern, Hüften, Kniegelenken und Muskeln passten zu Arthralgien und den erwähnten weichteilrheumatischen Beschwerden, wie sie unter anderem bei der systemischen Sklerose gehäuft sekundär sowie auch bei Polyarthritiden vorkommen könnten

(Urk.

7/84/4).

Dies stellt zwar grundsätzlich eine Erklärungsmöglichkeit der genannten Beschwerden dar , vermag aber die unspezifischen klinischen Befunde nicht zu erklären. So liess sich bei der Exploration kein myofaszielles Syndrom abgrenzen und es liessen sich keine Irradiationen in den rechten Arm provozieren, weshalb Dr. A.\_\_\_\_ ein klares Korrelat für die geklagten rechtsseitigen Armschmerzen verneinte (Urk. 7/61/75). Dr. A.\_\_\_\_

ordnete die nicht die Hände oder Füsse betreffenden geklagten Beschwerden als im Rahmen der haltungsbedingten muskulären Dysbalance vorhandene Beschwerden ein (Urk. 7/61/75)

und wies auf die

Massgeblichkeit von ausgeprägten muskulären Defiziten sowie der Adipositas für die generelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hin

(Urk. 7/61/79 ) . Für seine Auffassung

spricht, dass auch die Ärztinnen des D.\_\_\_\_ die Adipositas sowie eine Haltungsinsuffizienz als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierten (Urk. 7/30/39, Urk.

7/34/2 ) . Ebenso führte Dr. B.\_\_\_\_ einen Teil der Limitation der Arbeitsfähigkeit auf die Adipositas zurück ( Urk. 7/84/4, Urk. 7/ 84/6). 5.4.2

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\_290/2023 vom 6. Oktober 2023 E. 2.5 mit Hinweisen).

Einig sind sich Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ darüber, dass die Adipositas der Beschwerdeführerin therapeutisch noch angegangen werden kann - sei dies durch Einbindung in eine Adipositas-Sprechstunde und nötigenfalls durch ein bariatrisches Vorgehen (Urk. 7/61/ 78 ) oder durch Therapie mit einem GLP 1-Rezeptor- Agonisten (Urk. 7/ 84/5) nebst der Adipositas-Sprechstunde ( Urk. 7/84/4 ). Demnach ist vorerst nicht davon auszugehen, dass die Adipositas der Beschwerdeführerin nicht erfolgreich behandelt werden könnte.

Dr. B.\_\_\_\_ brachte vor, die Beschwerdeführerin sei nicht schuld an ihrer Adipositas, sondern diese sei auf den zu hohen Steroid-Bedarf sowie darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin schmerzbedingt weniger mobil sei (Urk. 7/84/6). Damit machte er sinngemäss geltend, die Adipositas sei Folge ihrer Erkrankung , womit sie nach dem Dargelegten invalidenversicherungs rechtlich zu berücksichtigen wäre. Soweit Dr. B.\_\_\_\_ auf die schmerzbedingte Immobilität hinwies, hielt Dr. A.\_\_\_\_ dem entgegen, dass ein Training im Wasser sowie ein physiotherapeutisches Training in Anbetracht der vorhandenen Beschwerden durchaus möglich wäre n (Urk. 7/61/ 78-79 ), was überzeugt. Die orale Behandlung mit Steroiden (namentlich mit dem Glukokortikoid Prednison [ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26 9. Auflage 2023, S. 1 41 3 ] ) erfolgte nur phasenweise respektive vorübergehend

und ist erstmals im Bericht vom

2. Juli 2020

betreffend die Konsultation vom 1 7. Juni 2020 dokumentiert ( Urk. 7/29/8-9, Urk. 7/39/7-8 ). Auch aus dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2021 ergibt sich, dass die Behandlung Ende Juni 2020 mit 20 Milligramm (pro Tag) begonnen wurde (Urk. 7/40/2). Ab September 2020 wurde die Dosierung auf 5 Milligramm pro Tag herabgesetzt (Urk.

7/ 34/3 , Urk. 7/39/8, Urk. 7/40/2). Laut dem Bericht des G.\_\_\_\_ vom 1 6. Februar 2021 wurde die Behandlung mit Prednison Anfang Januar 2021 gestoppt ( Urk. 7/41/16). Am 2 7. Januar 2020 sowie am 17. Juni 2020 wies die Beschwerdeführerin einen BMI von 35.8 kg/m 2 auf (Urk. 7/29/8), nachdem sie zwischen November 2018 und Januar 2020

- mithin vor der Behandlung mit Prednison - 5 Kilogramm an Gewicht zugenommen hatte : von 81 auf 86 Kilo gramm (Urk. 7/30/23) . Laut der Beschwerdeführerin hatte die starke Gewichts zunahme 2018 begonnen (Urk.

7/61/50). In den während und kurz nach der Prednison-Behandlung erstellten Bericht en des D.\_\_\_\_ vom 15.

September 2020 , vom 14. Dezember 2020 sowie vom 8. Februar 2021 wurde das Gewicht der Beschwerdeführerin nicht erhoben ( Urk. 7/34/1-4 , Urk. 7/39/7-

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen, wobei der Prüfung die im Gutachten des Dr. A.\_\_\_\_ für angepasste Tätigkeiten attestierte Arbeitsfähigkeit zugrunde zu legen ist. 6 .2

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushalt Tätige ( Urk. 7/88/1 ) , mithin als Teil erwerbstätige mit Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV, und bemass die Invalidität dementsprechend nach der gemischten Methode (vgl. vorstehende E.

1.4), wobei sie davon ausging, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht eingeschränkt sei ( Urk. 7/88/1) oder zumindest nicht in einem rentenrelevanten Ausmass ( Urk. 2 S. 2 ). Die Beschwerdeführerin bestritt die vorgenommene Qualifikation nicht, rügte indes die unterbliebene Haushaltabklärung ( Urk. 1 S. 9 ). Die Schlussfolgerung der IV-Stelle hinsichtlich der Einschränkung im Aufgabenbereich überzeugt indes (vgl. vorstehende E. 5.8). 6 .3

Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin zuletzt (und einzig, vgl. Urk. 7/42) zu 80 % angestellt war ( Urk. 7/52/2), scheint es plausibel, dass sie im Gesundheitsfall und im Zeitpunkt des frühestmöglichen (hypothetischen) Rentenbeginns im Februar 2021 (nach Ablauf des Wartejahres beginnend am 24. Februar 2020 und sechs Monate nach der Anmeldung vom 23. Juni 2020 gemäss Art. 28 Abs. a lit . b und

Art. 29 Abs. 1 IVG; Urk. 7/20, Urk. 7/65/11 ) weiterhin teilweise im Umfang von 80 % im Erwerbsbereich und im verbleibenden Teil im Aufgabenbereich tätig gewesen wäre.

Die Beschwerdegegnerin errechnete in Bezug auf die Erwerbstätigkeit einen Invaliditätsgrad von 37 % ( Urk. 7/64/1, Urk. 2 S. 2) und gewichtete diesen prozentual anhand des Beschäftigungsgrades von 80 % , was bezogen auf den Anteil Erwerbstätigkeit einen (Teil-)Invaliditätsgrad von 29.6 % ergab (Urk. 2 S. 2). Dabei ging sie im Rahmen der gemischten Methode gesetzeskonform vor (vgl. E. 1.4 vorstehend) . Da nichts dagegen spricht , dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin in der Unternehmung ihres Ehemanns tätig gewesen wäre, stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens zutreffend auf den von der Beschwerdeführerin in dieser Tätigkeit zuletzt (von 2018 bis und mit zu ihrem letzten Arbeitstag im Jahr 2020) erzielten Lohn ab. Dieser betrug Fr. 4'500.-- pro Monat respektive Fr. 54'000.-- pro Jahr (vgl. dazu die Angaben im Arbeitgeberfragebogen, Urk. 7/52/4-5 ) . Dieses Erwerbseinkommen rechnete sie auf eine Vollerwerbstätigkeit hoch und passte es der Lohnentwicklung an . Dem so ermittelten Erwerbseinkommen von Fr. 68'624.69 stellte sie ein in nicht zu beanstandender Weise gestützt auf die statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung

(LSE) ermitteltes und der Lohnentwicklung angepasstes Invalideneinkommen (LSE 2020, Tabelle TA1 \_tirage\_skill\_level , Kompetenzniveau 1, Frauen, Total) von Fr. 43'097.68 für ein der Beschwerdeführerin zumutbares Pensum von 80 % gegenüber (vgl. Urk. 7/64 /1 und Urk. 2 S. 2 ). Die Beschwerdegegnerin sah dabei von der Gewährung eines Leidensabzugs ab . Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidens bedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat.

Gemäss den Informationen des Handelsregister amtes des Kantons Zürich befindet sich die ehemalige Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, die Y.\_\_\_\_ GmbH (vgl. Urk. 7/52), seit dem 25. Januar 2024 in Liquidation (Informationen abrufbar unter <https://zh.chregister.ch> ). Im Fall der Einstellung des Arbeitgeber betriebs hätte die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall eine neue Anstellung suchen müssen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte es sich wiederum um eine ungelernete Tätigkeit gehandelt (vgl. Urk. 7/61/61). Das Total der Frauenlöhne gemäss LSE 2020 ( Tabelle TA1 \_tirage\_skill\_level , Kompetenzniveau 1 ) ist mit Fr. 4'276.-- pro Monat tiefer als der seinerzeitige Lohnansatz bei der Y.\_\_\_\_ GmbH von Fr. 4'500.-- monatlich ( Urk. 7/52/5). Bei einem Stellen wechsel bei erhaltener Gesundheit

hätte die Beschwerdeführerin somit auch unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung nicht ohne Weiteres mit einem höheren Einkommen rechnen können. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte sich das Valideneinkommen somit nicht erhöht.

Zusammenfassend ist ein Rentenanspruch nicht ausgewiesen , was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kosten pflicht ig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhän gig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwer deführerin 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 Mark A. Glavas - 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
FehrWidmer

## **E. 8**

ATSG) sind.

## **E. 9**

Soweit sich Dr. B.\_\_\_\_

( vgl. Urk. 7/84/6) und Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/61/ 83 ) über die angezeigten Behandlungsmethoden nicht einig sind, fällt dies nicht massgeblich ins Gewicht . Entscheidend ist die Beurteilung der verbliebenen erwerblichen Leistungsfähigkeit, zu deren Vornahme Dr. A.\_\_\_\_ als zertifizierter Gutachter SIM sowie zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM (vgl. Urk. 7/61/1) qualifiziert ist . Es ist denn auch nicht davon auszugehen, dass er - geboren 1954 - aufgrund dessen, dass er das Referenzalter vor der Begutachtung erreicht hat te , für eine Begutachtung ungeeignet gewesen wäre, wie Dr. B.\_\_\_\_ dies impliziert ( Urk. 7/84/6), zumal er weiterhin über eine Berufsausübungsbewilligung verfügt ( www.medregom.admin.ch ; besucht am 30. Januar 2024) und sich in den Jahren 2020-2022 noch im Bereich der Rheumatologie fortgebildet hat ( www.doctorfmh.ch ; besucht am 30. Januar 2024 )

und das Gutachten lege artis erstellt wurde. Rechtsprechungsgemäss ist zudem auf ein eingeholtes Gutachten abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 ) . Das Lebensalter des Experten stellt für sich alleine noch kein solches Indiz dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_275/2020 vom 16. September 2020 E. 3.2 und 9 C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 und E. 3.6).

Mangels Wesentlichkeit in der Sache ist auch der an sich zutreffende Einwand (vgl. Urk. 7/84/6) unerheblich, dass in der Niederschrift des Gutachtens

der

Arzneistoff TNF-alpha-Blocker Hyrimoz (vgl. Urk. 7/63/1)

orthographisch nicht korrekt wiedergegeben wurde (Urk. 7/61/ 73, Urk. 7/61/77 ) . 5.10

Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin in einer dem von Dr. A.\_\_\_\_ geschilderten Zumutbarkeitsprofil entsprechenden angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (Urk. 7/61/82-83) sowie dass sie im Haushalt von ihrer Familie unterstützt wird, ohne dass letzterer dadurch eine unverhältnismässige Belastung entstünde ( Urk. 7/61/84-86 und E. 5.8 vorstehend). Der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ ging davon aus, die bisherige oder andere körperlich belastende Tätigkeiten seien für die Beschwerdeführerin seit jeher

ungünstig gewesen ( Urk. 7/61/82). Dies ändert nichts am Umstand, dass die Beschwerdeführerin von Januar 2018 bis zur gesundheitsbedingten Niederlegung ihrer Arbeit im Februar 2020 ( Urk. 7/29/2, Urk. 7/52/1) ein im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) verbuchtes Einkommen erzielte ( Urk. 7/36; vgl. auch Urk. 7/52/5) und somit eine Invalidität nicht vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist (vgl. vorstehende E. 3). Mithin sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen ( Art. 6 Abs. 2 IVG) nunmehr als erfüllt zu betrachten . 6.

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