

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00712 vom 28. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00712

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00712 du 28 octobre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00712 del 28 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, arbeitete als Raumpflegerin für verschiedene Privathaushalte (Urk. 6/6 S. 2) in einem Wochenpensum von 50-60 Stunden (Urk. 6/6 S. 2 Ziff. 2; vgl. auch Urk. 6/4). Am 11. April 2019 (Eingangs datum) meldete sich unter Hinweis auf Herzprobleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 2. Juni 2020 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 6/27). Die gegen diese Verfügung gerichtete Beschwerde der Versicherten vom 2. Juli 2020 (Urk. 6/39/3-11) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 10. Februar 2021 im Prozess Nr. IV.2020.00450 ab (Urk. 6/47). Das am 19. März 2021 von der Versicherten angerufene Bundesgericht hob den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts mit Urteil vom 10. Juni 2021 auf und wies die Sache zur neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück (Urk. 6/53).

In der Folge nahm die IV-Stelle die medizinischen Abklärungen wieder auf und holte neben diversen Arztberichten das kardiologische Fachgutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 2. September 2023 (Urk. 6/114) ein. Nachdem sie eine Stellungnahme des regionalen medizinischen Dienstes (RAD) eingeholt hatte (vgl. Urk. 6/116 S. 8), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. November 2023 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/117). Die Versicherte erhob dagegen am 4. Dezember 2023 Einwände (Urk. 6/119; Einwander - gänzungen vom 8. Dezember 2023, Urk. 6/121, vom 11. Januar 2024, Urk. 6/125, vom 26. Januar 2024, Urk. 6/129, vom 1. März 2024, Urk. 6/144, 7. März, Urk. 6/146, 22. März 2024, Urk. 6/151, und 9. April 2024, Urk. 6/154), worauf die IV-Stelle, nachdem sie erneut eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (vgl.

Urk. 6/161 S. 4 ff.), mit Verfügung vom 28. Oktober 2024 einen Leistungsanspruch der Versicherten verneinte (Urk.

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. Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei der Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in

Geltung standen. In Anwendung dieses intertemporalrechtlichen Hauptsatzes ist bei einem dauerhaften Sachverhalt, der wie hier teilweise vor und teilweise nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung eingetreten ist, der Anspruch auf eine Invalidenrente für die erste Periode nach den altrechtlichen Bestimmungen und für die zweite Periode nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 150 V 323 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_23/2025 vom 1. Juli 2025 E. 3.2).

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

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) abge geben 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2) zusammengefasst damit, die ergänzenden Abklärungen hätten bestätigt, dass die Beschwerde führerin aufgrund ihrer Herzbeschwerden in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei ihr seit Juli 2019 eine körperlich leichte Tätigkeit im Vollzeitpensum zumutbar, wobei Tätigkeiten mit Gewichten über 5 kg sowie Nacht- und Wochenenddienste zu vermeiden seien. Die Operationen der Leiste und der Harnblase hätten bei einem komplikationslosen Verlauf lediglich zu einer kurzen vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt (S. 2 oben). Der Einkommensvergleich ergebe unter Berücksichtigung einer Parallelisierung und eines Pauschalabzugs von 10 % beim Einkommen mit Invalidität einen Invaliditätsgrad von lediglich 1 %, womit kein Anspruch auf Leistungen bestehe (S. 4 Mitte).

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 5) ergänzte sie, dass dem kardiologischen Gutachten gemäss Stellungnahme des RAD voller Beweiswert zukomme und seit Juli 2019 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Für weitergehende Abklärungen bestehe keine Notwendigkeit (S. 1 unten f.). Bei der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe gemäss RAD der Arztbericht von Dr. Z. ___ vom 18. Juli 2019 nicht vollständig ausser Acht gelassen werden können. Unter Berücksichtigung des Wartejahrs und der Anmeldung zum Leistungsbezug wäre ein Anspruch auf Leistungen frühestens per 1. Oktober 2019 möglich. Zu diesem Zeitpunkt sei die Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit vollständig arbeitsfähig gewesen (S. 2 Mitte). 2.2

Die Beschwerdeführerin äusserte im Wesentlichen Zweifel am Beweiswert des kardiologischen Gutachtens (S. 10 ff. Ziff. 5.18.2-6 und S. 14 f. Ziff. 5.22.1-6). Selbst aber unter Berücksichtigung des Gutachtens sei ihr Rentenanspruch am 1. Oktober 2019 entstanden (S. 12 f. Ziff. 5.18.7). Sie dürfe keine Gewichte mehr heben, was selbst von der RAD-Ärztin bestätigt worden sei. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei sie daher auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar (S. 17 f. Ziff. 6.5), weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente habe. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang ob dem kardiologischen Gutachten Beweiswert zukommt. 3.

3.1

Mit Bericht vom 18. Juli 2019 diagnostizierte Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, (Urk. 6/16/1-3), eine dilatative Kardiomyopathie sowie ein mögliches posttraumatisches Fatiguesyndrom, ICD-10: F43.8, welche Diagnosen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitigten (S. 2 Ziff. 2.5). Nach seinem Kenntnisstand sei die Auswurfleistung des Herzens leicht vermindert, es fehlten ihm jedoch neuere Berichte (S. 2 Ziff. 2.1). Im Rahmen der akut lebensbedrohlichen Ereignisse und einer relativ langen Hospitalisation habe sich möglicherweise auch ein leichtes bis mässiges Fatiguesyndrom entwickelt (S. 2 oben). Er attestierte der Beschwerdeführerin ab 11. Juli 2018 eine vollständige und ab dem 24. Januar 2019 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der Reinigung (S. 1 Ziff. 1.3). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin täglich zu 8.25 Stunden zumutbar (S. 3 Ziff. 4.2). 3.2

Am 7. September 2021 (Urk. 6/61) hielt Dr. med. A.____, Chefarzt Kardiologie am Kantonsspital B.____ (B.____), fest, nach einer Out

of

hospital - Reanimation bei Kammerflimmern am 11. Juli 2018 habe die kardiologische Abklärung die Diagnose einer nicht klassifizierbaren Kardiomyopathie mit knapp mittelschwer eingeschränkter LV-Pumpfunktion ergeben. Am 15. August 2018 sei ein subkutaner Defibrillator (S-ICD) implantiert worden, der wegen eines Infekts am 14. August 2018 (richtig: 22. August, vgl. Urk. 6/14/2 Mitte) wieder entfernt werden musste. Am 5. Dezember 2018 habe eine Neueinlage eines S-ICD stattgefunden (S. 2 Ziff. 2.1). Aus kardiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als Reinigungsfachfrau nicht mehr zu 100% einsatzfähig. Für eine Gesamtbeurteilung müssten weitere Akteure wie beispielsweise der Hausarzt miteinbezogen werden (S. 5 Ziff. 4.5). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 28. Januar 2022 (Urk. 6/73/1-6), die Beschwerdeführerin leide an diversen medizinischen Problemen und Symptomen. Aktuell stehe ein Fatigue-Symptom im Vordergrund (S. 2 Ziff. 2.1). Die Beschwerdeführerin

klage über Müdigkeit, Schwindel, Gelenkbeschwerden, Rückenschmerzen, Magenbrennen, Kopfschmerzen, Nausea und Schmerzen in der rechten Leiste (S. 2 Ziff. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen folgende Diagnosen: chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Schwindelepisoden seit Kreislaufstillstand sowie ein primäres Kammerflimmern mit Verdacht auf Kardiomyopathie im Juli 2018 (S. 3 Ziff. 2.5). Die Tätigkeit als Raumpflegerin sei der Beschwerdeführerin 3-4 Stunden täglich zumutbar, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ihr 4-6 Stunden täglich zumutbar. Sie sei sehr motiviert (S. 5 Ziff. 4.1-3). 3.4

Am 23. Februar 2022 fand im B.____ eine ambulante kardiologische Sprechstunde statt, über welche am 1. März 2022 (Urk. 6/77) dem Hausarzt folgendes berichtet wurde: Vor einer Woche sei der S-ICD kontrolliert worden, welcher eine einwandfreie Funktion gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin berichte jedoch von einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes im Verlauf der letzten sechs Monate, seit Monaten sei auch eine Abnahme der Leistungsfähigkeit hinzu gekommen. Sie gerate, einer NyHA-Klasse II entsprechend, bereits nach einer Etage Treppensteigen stark außer Atem, wobei keine gleichzeitigen Thoraxschmerzen, jedoch ein lageabhängiges Brennen im Oberbauch

aufträten. Sie

berichte über keine weiteren Symptome einer kardialen Dekompensation und keine Palpitationen. Sporadisch träten Kopfschmerzen auf, Schwindel beklage sie keinen (S. 1 unten f.). Echokardiographisch zeige sich eine stabile Situation mit eher noch leicht gebesserter systolischer LV-Funktion, welche aktuell bei einer EF von 50 % noch leicht eingeschränkt sei. Die Mitralklappe sei leicht verdickt mit leichter Insuffizienz, insgesamt finde sich kein relevantes Klappenvitium. Auf dem Fahrradergometer sei die Leistungsfähigkeit schwer eingeschränkt, und die Beschwerdeführerin habe die Untersuchung aufgrund einer allgemeinen Erschöpfung und Dyspnoe vorzeitig abbrechen müssen. Zu den besagten Oberbauchschmerzen sei es nicht gekommen. Die Untersuchung sei insgesamt nicht aussagekräftig. Letztendlich bleibe die Ursache des Leistungsknicks unklar, eine klare kardiologische Ursache finde sich bei den aktuellen Untersuchungen nicht und sei unwahrscheinlich. Die zwischenzeitlich etablierte Therapie mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) habe eine geringe Linderung des Magenbrennens gebracht. 3.5

Dr. C.____ (vgl. vorstehende E. 3.3) nannte am 20. September 2022 (Urk. 6/87/13) zu den bereits gestellten Diagnosen ein Zystocelen-Rezidiv II, welches gemäss Bericht von Dr. med. D.____, Oberärztin an der Klinik für Gynäkologie am B.____, vom 3. Mai 2022 (Urk. 6/87/4-5), asymptomatisch sei, sowie eine direkte Inguinalhernie rechts (S. 1 Ziff. 1.2), welche gemäss Bericht von Dr. med. E.____, Leitender Arzt an der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie am B.____, vom 9. März 2023 (Urk. 6/97), zusammen mit einer Rezidiv-Umbilikalhernie mit gutem Erfolg operativ saniert wurde. Die Arbeitsfähigkeit betrage in der ursprünglichen Tätigkeit 2-3 Stunden täglich und in einer angepassten Tätigkeit 4 Stunden (S. 1 Ziff. 2.1). Die Leistungsfähigkeit sei um 50 % vermindert (S. 2 Ziff. 2.2). 3.6

Am 2. September 2023 erstattete Dr. Y.____ das kardiologische Gutachten (Urk. 6/114). Darin stellte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 6.3): - nicht klassifizierbare Kardiomyopathie, Erstdiagnose Juli 2018 - aktenanamnestisch Status nach Out of

hospital - Reanimation mit Kammerflimmern am

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG begann mit dem Kreislaufstillstand vom 11. Juli 2018. Die Anmeldung zum Leistungsbezug traf am 11. April 2019 bei der Beschwerdeführerin ein (Aktenverzeichnis zu Urk. 6/1165). Ein allfälliger Rentenanspruch entstand damit frühestens im Oktober 2019. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig.

Laut dem Gutachten von Dr. Y.____ ist spätestens seit Februar 2022 von einer verbesserten Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. vorstehende E. 4.5). Unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV ist eine allfällige Änderung des Invaliditätsgrades ab Mai 2022 relevant.

E. 6.2

Vorliegend sind bis Mai 2022 Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Lohn zu berechnen, weshalb sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50 % entspricht dem Invaliditätsgrad. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 6.3

Laut ihren eigenen Auskünften anlässlich des Standortgesprächs im Mai 2019 war die Beschwerdeführerin als Putzfrau in verschiedenen Haushalten im Stundenlohn tätig (Urk. 6/6 S. 2 f.). Laut IK-Auszug vom 15. Mai 2019 erzielte sie damit schwankende Einkommen, so Fr. 35'243. im Jahr 2013, Fr. 37'683. im Jahr 2014, Fr. 50'047. im Jahr 2015, Fr. 50'540. im Jahr 2016 und Fr. 41'274. im Jahr 2017 (Urk. 6/4).

Die Beschwerdeführerin erzielte in den Jahren 2015 und 2016 die höchsten Einkommen, wobei das Einkommen im Jahr 2017 bereits wieder tiefer ausfiel. Zur Bemessung des Valideneinkommens ist daher der in den fünf Jahren vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Durchschnittsverdienst heranzuziehen (vgl. vorstehende E. 5.2). Aufgerechnet auf das Jahr 2022 erzielte die Beschwerdeführerin bei einem Index für Frauen von 2'648 Punkten im Jahr 2013, von 2'673 Punkten im Jahr 2014, von 2'686 Punkten im Jahr 2015, von 2'709 Punkten im Jahr 2016, von 2'719 Punkten im Jahr 2017 und von 2'822 Punkten im Jahr 2022 (BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, T39) ein Einkommen von Fr. 37'559. im Jahr 2013, von Fr. 39'784. im Jahr 2014, von Fr. 52'581. im Jahr 2015, von Fr. 52'648. im Jahr 2016, und von Fr. 42'838. im Jahr 2017, was einem Durchschnittsverdienst im Jahr 2022 von Fr. 45'082.

entspricht.

E. 6.4

Die Beschwerdeführerin behauptet, sie könne ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten, weil sie keine Gewichte mehr heben könne (Urk. 1 S. 17 f. Ziff. 6.5). Dem ist entgegenzuhalten, dass ihr, anders als in dem von ihr zitierten Urteil des Bundesgerichts 9C_21/2022 vom 15. Juni 2022, gelegentliches Heben und Verschieben von Gegenständen von über 5 kg wie auch Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen und in gebückter, kniender und gehockter Stellung

sowie

stehende oder sitzende Tätigkeiten durchaus zumutbar sind (vgl. vorstehende E. 3.6).

Das durchschnittliche Einkommen für Frauen im untersten Kompetenzniveau betrug im Jahr 2022 monatlich Fr. 4'367. (LSE 2022 TA1_tirage_skill_level; herausgegeben am 29. Mai 2024). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) betrug das hypothetische Einkommen im Jahr Fr. 54'631.

E. 6.5

Die Ermittlung des entsprechenden statistischen Durchschnittseinkommens hat anhand der LSE zu erfolgen. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) nach Berufsgruppen, Tabelle T17 der LSE, betrug im Jahr 2022

für Frauen über 50 Jahre im Bereich Reinigungspersonal und Hilfskräfte (Ziff. 91) Fr. 4'457. im Monat. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.8 Stunden im Bereich Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (BFS, Betriebsübliche

Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen , Ziff. 91-96) entspricht dies einem Jahreseinkommen von Fr. 55' 891 . . Dieses liegt somit rund 19 % über dem Valideneinkommen von Fr. 45'082. ($[\text{Fr. } 55' 891 . - \text{Fr. } 45'082.] \times 100 : \text{Fr. } 55' 891 .$) und damit mehr als 5 % . Folglich hat eine Parallelisierung zu erfolgen , wobei das Einkommen ohne Invalidität 95 Prozent des Zentralwertes entspricht (vorstehende E. 5.3) , mithin vorliegend 95 % von Fr. 55'891.-- und damit Fr. 53'096.--. Verglichen mit dem Invalideneinkommen von Fr. 54'631.-- resultiert hieraus - selbst unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 vorzunehmenden Abzugs von 10 % vom Invalideneinkommen (vgl. Art. 26 bis Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 gültigen Fassung) und der Gewährung des maximalen Tabellenlohnabzuges (vgl. vorstehende E. 5.5) - kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad.

7.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführer in mit Wirkung ab Oktober 2019 bis Mai 2022 einen befristeten Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 8.

E. 8

Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art.

28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art.

28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % (beziehungsweise von 40-49 %) gelten prozentuale Anteile von 25 bis 47.5 % (Abs. 4).

E. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700. festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

E. 8.2

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§

34 Abs. 3

des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Unter Berücksichtigung eines gerichtsblichen Ansatzes von Fr. 280.

pro Stunde zuzüglich Mehrwertsteuer erscheint eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1' 3 00. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt:
1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. Oktober 2024 mit der Feststellung aufgehoben wird, dass die Beschwerdeführer in einen von Oktober 2019 bis Mai 2022 befristeten Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteient schädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Bachofner Tiefenbacher

E. 11

. Juli 2018 - angiografischer Ausschluss einer stenosierenden koronaren Herzerkrankung am 11.

Juli 2018 - echokardiografisch persistierendes Foramen ovale bei Vorhofseptumaneurysma - Status nach S - ICD-Implantation mit postoperativem Infekt mit Staphylococcus

aureus am 24. August 2018 - Status nach Explantation des S-ICD bei Abszedierung und einer Neueinlage im Dezember 2018 - Kardiomyopathie Panel (genetische Abklärung) : keine eindeutige pathogene Variante, RyR2-Variante unklarer Signifikanz, Nachkontrolle nach 3-5 Jahren aktuell - TTE Februar 2022: dilatierter linker Ventrikel, EF 50 %, leichte Hypertrabekulierung apikal, kein Klappenventilium - Fahrradergometrie Februar 2022: nicht aussagekräftig bei schwer eingeschränkter Leistungsfähigkeit - aktuell: Ausschluss einer kardiopulmonalen Dekompensation, niedrig - normale linksventrikuläre Pumpfunktion

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 24 Mitte) : - kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös eingestellt - Adipositas Grad I - Status nach Nikotinkonsum - arterielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise, aktuell medikamentös therapiert - hypertensive Herzerkrankung ohne

Angaben einer kongestiven Insuffizienz - Atherosklerose der Aorta ascendens - Leukozyturie - Eisenmangel mit Anämie - Mitralinsuffizienz

Grad 0-I

Die Beschwerdeführerin gebe an, schnell müde zu werden und sich nachmittags erholen zu müssen. Aktuell arbeite sie in einem Pensum von 45-50 %. Beim Staubsaugen verspüre sie eine Enge und einen Druck substernal, weshalb sie Pausen machen müsse, wobei es ihr nach der Pause besser ginge. Sie verspüre links thorakale Stiche, sowohl in Ruhe als auch unter Belastung. Ausserdem leide sie an einer belastungsabhängigen Dyspnoe (S. 16 Ziff. 3.2.1). Mit dem Magen sei es nicht so gut, der Arzt sage aber, dass es gut sei. Der Schlaf sei ein gravierendes Problem, störend seien vor allem Schmerzen, die vom Brustbein Richtung Rücken ausstrahlten (S. 16 Ziff. 3.3).

Aufgrund der vorhandenen Akten sowie der durchgeführten Untersuchung der Beschwerdeführerin sei festzuhalten, dass auf dem kardiologischen Fachgebiet aktuell versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen vorlägen. Diese bedingten eine reduzierte körperliche Belastbarkeit bzw. Ausdauer und machten häufigere bzw. längere Erholungspausen notwendig. Andere aufgeführte Diagnosen erhöhten zwar die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, verblieben aber dennoch versicherungsmedizinisch irrelevant (S. 24 f. Ziff. 6.4).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Y. ___ aus, die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin

aus rein kardiologischer Sicht zu 80 % zumutbar (8.4 Stunden Arbeitszeit bei 80%iger Leistungsfähigkeit, bedingt durch eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und häufigere bzw. längere Erholungspausen (S. 26 Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %, wobei die Tätigkeit stressfrei sein und keine Notwendigkeit beinhalten sollte, Gegenstände von über 5 kg repetierend heben bzw. verschieben zu müssen. Ausreichende Pausenoptionen sollten gewährleistet sein. Nacht- oder Wochenenddienste sollten vermieden werden (S. 26 Ziff. 8.2). Eine ausgewiesene versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnosen sei seit Februar 2022 anzunehmen (S. 26 Ziff. 8.4). Für den Zeitraum davor erschienen die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit bzw. die gestellten Diagnosen plausibel und nachvollziehbar. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit, ohne die begutachtete Person auch früher selbst untersucht zu haben, sei allerdings nicht unproblematisch (S. 26 unten). 3.7

Dr. med. F. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, empfahl mit Stellungnahme vom 11. September 2023 (Feststellungsblatt, Urk. 6/116) auf das kardiologische Gutachten abzustellen. Es sei in der ursprünglichen Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2018, von einer solchen von 50 % ab Januar 2019 und von einer solchen von 20 % ab Februar 2022 auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit, welche körperlich leicht und ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg und ohne Nacht- und Wochenenddienste ausgestaltet sei, betrage die Arbeitsfähigkeit seit Juli 2019 100 % (S. 8 unten). 3.8

Mit von der Beschwerdeführerin im Januar 2024 (vgl. Urk. 6/129) nachgezeichnetem Vorabklärungsbericht vom 31. Oktober 2022 (Urk. 6/128) stellten Oberarzt G. ___ und Assistenzärztin med. pract. H. ___ der I. ___ (I. ___) die Verdachtsdiagnose einer mittelgra

digen depressiven Episode (F32.1). Überdies nannten sie rezidivierende Kopf schmerzen und Schwindel, ein chronisches thorako -lumbales Schmerzsyndrom, eine funktionelle Dyspepsie sowie einen Hypothyreodismus (S. 1 Mitte). Die Beschwerde führerin sei weinerlich und wirke schnell überfordert und stark belastet. Sie trete freundlich und gepflegt auf, klage

über Konzentrationsstörungen, Tagesmüdigkeit und

thorako -lumbale und Beinschmerzen. Im formalen Denken sei sie geordnet, sie berichte über Gedankenkreise ohne Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, klage über Lustlosigkeit, Niedergeschlagenheit, verminderten Antrieb, Durchschlafstörungen und schnelle Reizbarkeit und Ungeduld. Sie distanzieren sich klar von akuter Suizidalität und sei sprachfähig.

Es sei keine Impulsivität und keine Fremdgefährdung zu beobachten (S. 2).

Eine psychiatrisch- psychotherapeutische

und psychopharmakologische Behandlung sei zu empfehlen. Die Beschwerdeführerin komme auf die Warteliste der psychiatrischen J.____ und werde auch selbständig online einen portugiesisch sprechenden Therapeuten suchen (S. 1 unten). 3.9

Laut einer Mitteilung von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie, vom 29. Januar 2024 (Urk. 6/140) habe am 25. Januar 2024 eine Exploration in portugiesischer Sprache stattgefunden. Die Beschwerdeführerin möchte, dass er dahin gehend auf die Invalidenversicherung einwirke, dass sie endlich berentet werde. Er habe wenig Daten über die - subjektiv empfundene - Behinderung, weshalb er die Beschwerdeführerin gebeten habe, das Gutachten zuzustellen, damit er sich ein Bild machen könne, ob er überhaupt helfen könne. Er betrachte die Konsultation als unverbindliches Vorgespräch. Eine Krankengeschichte werde er erst anlegen, nachdem er sich vergewissert habe, ob er eine sinnvolle Therapie anbieten könne. 3.10

In ihrer Stellungnahme vom 18. Juli 2024 (Urk. 6/161/4-6) hielt Dr. F.____, RAD, fest, die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin entspreche nicht einer optimal angepassten Tätigkeit. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit sei bei einer mittlerweile normalen Herzfunktion (EF

55 % im Echokardiogramm vom 3. Juli 2023) nicht nachvollziehbar (S. 5 unten

f.). 4. 4.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 4.2 4.2.1

Gegen die Beweiskraft des kardiologischen Gutachtens (E. 3.6) brachte die Beschwerdeführerin zunächst vor, es gehe daraus nicht hervor, wie viele Ärzte an der Begutachtung beteiligt gewesen seien (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 5.18.2). Dem ist entgegenzuhalten, dass der Gutachtensauftrag allein an Dr. Y.____ erging (Urk. 6/ 106 S. 3).

Es ergeben sich aus dem Gutachten (Urk. 6/114) keinerlei Hinweise darauf, dass andere Gutachter an der Begutachtung beteiligt waren, wies doch Dr. Y.____ immer wieder allein

auf die kardiologische Untersuchung bzw. Beurteilung hin (vgl. z.B. etwa S. 23 unten, S. 24 unten, S. 25 oben Ziff. 7.1) . Dass Dr. Y.____

bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität von einer von allen Teilgutachtern getragenen konsensuellen Beurteilung sprach (S. 23 Ziff. 6.2), vermag daran nichts zu ändern, scheint er die Formulierung doch aus einer Vorlage übernommen zu haben . Auch indem er bei der Beantwortung zum chronologischen und prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit die Mehrzahl verwendete (S. 26 unten), deutet darauf hin, dass er sich einer Vorlage bedient und diese nicht den aktuellen Gegebenheiten angepasst hat . Selbst wenn er sich im Rahmen des Begutachtungsauftrags mit Hilfspersonen besprochen hätte , wäre dagegen nichts einzuwenden , solange er als federführender Gutachter dafür die Verantwortung übernimmt. Da die Beschwerdeführerin nicht explizit geltend machte , dass der Begutachtung

neben Dr. Y.____ weitere Personen beiwohnten, ist davon auszugehen ist, dass der Gutachter unbeachtliche fehlerhafte Formulierungen wählte . 4.2.2

Die Beschwerdeführerin rügt e

weiter , der kardiologische Gutachter habe sich fachfremd zu ihrem psychischen Gesundheitszustand geäußert (Urk. 1

S. 11 Ziff. 5.18.4). Es trifft zu, dass Dr. Y.____

ausführte , dass er aus kardiologischer Sicht keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung finden konnte (Urk. 6/114 S. 23). Damit sagte er nichts weiter aus, als dass die Beschwerdeführerin anlässlich seiner Untersuchung kein auffälliges Verhalten zeigte. Indem er seine Aussage explizit aus kardiologischer Sicht machte, muss davon ausgegangen werden, dass ihm sehr wohl bewusst war , dass es nicht an ihm liegt, einen allfälligen psychischen Gesundheitsschaden zu beurteilen. Er führte denn auch keine Diagnosen anderer Fachrichtungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 6/114 S. 24 Ziff. 6.3). Mit ihrer Rüge verkennt die Beschwerdeführerin ausserdem , dass es durchaus in den Aufgabenbereich der Somatiker gehört, auffällige Verhaltensweisen der zu begutachtenden Person zu benennen und damit allen falls eine psychiatrische Untersuchung anzustossen. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin wandte ausserdem ein, der Gutachter habe auf ihre Intervention hin die Auswertung der vorgenommenen Tests nachreichen müssen, wobei der Laborbefund mit dem 15. Februar 2024 datiert sei (Urk. 1 S. 14 Ziff. 5.22.1-2). Die nachgereichten Berichte über die vorgenommenen Tests und Laboruntersuchungen (Urk. 6/131-134) stimmen inhaltlich mit den im Gutachten referierten Werten überein (Urk. 6/114 S. 21 f. Ziff. 4.3.1) .

Zwar enthalten die Dokumente teilweise Daten und Zeitangaben, die nicht mit der Exploration übereinstimmen, was unschön ist , dennoch vermag aber die Beschwerdeführerin

daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten , reichte sie doch keine anderweitigen medizinischen Unterlagen ein, die die Ergebnisse der durchgeführten Tests und Untersuchungen in Frage stellen würden. 4.2.4

Insoweit die Beschwerdeführerin kritisierte, die vom kardiologischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar, weil er in der ursprünglichen Tätigkeit von einer

80%igen und in einer leidensangepassten Tätigkeit auch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe (Urk. 1

S. 12 Ziff. 5.18.6) , erachtete Dr. Y.____ die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als zu 8.4 Stunden täglich arbeitsfähig , was einer 100%igen Tätigkeit entspricht. Allerdings ging er aufgrund der eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit und des Erfordernisses von häufigeren bzw. längeren Erholungspausen von einer Leistungseinbuße von 20 % aus. Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, wenn er eine leidensangepasste Tätigkeit auch als vollzeitlich zumutbar erachtete , hier allerdings ohne Leistungseinbuße.

Weiter hielt Dr. Y.____ die von ihm attestierte Restarbeitsfähigkeit als seit Februar 2022 gegeben . Angesichts des Berichts des B.____ vom 1. März 2022 (E. 3.4) über die ambulante kardiologische Kontrolle, welche eine einwandfreie Funktion des S-ICD und echokardiographisch eine stabile Situation mit eher noch leicht gebesserter systolischer LV-Funktion ergeben hatte, ist auch der Zeitpunkt, in welchem er die attestierte Arbeitsfähigkeit als sicher gegeben erachtete, plausibel. 4.2.5

Insgesamt

vermag die Beschwerdeführerin keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des kardiologischen Gutachtens aufzuzeigen . Gestützt darauf ist zusammenfassend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in kardiologischer Hinsicht seit Februar 2022 in der angestammten Tätigkeit bei einer 100%igen Anwesenheit zu 80 % leistungsfähig und in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Daran ändert auch die Einschätzung des Hausarztes (E. 3.5) nichts, welcher der Beschwerdeführerin im September 2022 eine Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit von 2-3 Stunden täglich und in angepasster Tätigkeit von 4 Stunden und eine verminderte Leistungsfähigkeit um 50 % attestierte, berücksichtigte er dabei doch ein Zystocelen -Rezidiv II sowie eine direkte Inguinalhernie rechts, welche mit gutem Erfolg operativ versorgt worden sind (vgl. E. 3.5) , und damit lediglich - und wenn überhaupt - zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hatten.

4.3

Die Beschwerdeführerin bemängelte weiter, dass hinsichtlich der aktenkundigen psychischen Beschwerden ihre psychische Gesundheit nicht abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 11 Ziff. 5.18.5).

Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermaßen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fach ärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit

Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a) .

Im Bericht der I.____ vom 31. Oktober 2022 (E. 3.8) wurde in psychiatrischer Hinsicht lediglich der Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode (F. 32.1) gestellt, was keiner lege-artis gestellter Diagnose entspricht. Die Ärzte empfahlen eine psychiatrisch-psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung, wobei gemäss Aktenlage weder die eine noch die andere je aufgenommen wurde. Erst nach abschlägigem Vorbescheid suchte die Beschwerdeführerin

Dr. K.____ (E. 3.9) auf, der in seinem Bericht weder eine Diagnose nannte noch einen psychopathologischen Befund beschrieb . Vielmehr hielt er fest, dass er die einmalige Konsultation als unverbindliches Vorgespräch qualifiziere. Dass die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Behandlung aufgenommen hat, machte sie auch beschwerdeweise nicht geltend. Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdeführerin auf psychiatrische Abklärungen verzichten. 4.4

Für den Zeitraum vor Februar 2022 hielt der kardiologische Gutachter fest, dass die in den medizinischen Vorberichten ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit bzw. die gestellten Diagnosen plausibel und nachvollziehbar seien, wobei er eine retrospektive Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit als nicht unproblematisch erachtete (E. 3.6) . RAD-Ärztin Dr. F.____ (E. 3.7) empfahl, es sei gestützt auf das Gutachten und unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 12. September 2019 (Urk. 6/18 S. 5 unten f.) von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Juli 2018 , von 50 %

seit Januar 2019 und von 20 % seit Februar 2022 auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit erachtete sie die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Bericht von Dr. Z.____ (E. 3.1) seit Juli 2019 als zu 100 % arbeitsfähig.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Dr. F.____ ihre Empfehlung nicht gestützt auf das Gutachten abgeben konnte, vermied es doch der Gutachter

geradezu , sich explizit zur Arbeitsfähigkeit vor Februar 2022 zu äussern. Insoweit sie sich betreffend Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit auf den Bericht von Dr. Z.____

(E. 3.1) stützte, erwog das Bundesgericht mit Urteil vom 10. Juni 2021 (Urk. 6 /53), auf dessen Bericht und die darin geäusserte Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne nicht abgestellt werden. Die von der Beschwerdeführerin wieder ausgeübte, nicht optimal angepasste Tätigkeit als Raumpflegerin in einem reduzierten Pensum und die von Dr. Z.____ am 4. Juni 2020 berichtete Verbesserung der kardialen Situation deuteten zwar auf eine nicht geringe Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hin. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich gestützt darauf indes nicht von vornherein ausschliessen, zumal Dr. Z.____ die Herzinsuffizienz weiterhin als ein die Arbeits fähigkeit möglicherweise dauerhaft einschränkendes Element bezeichnet habe (S. 6 unten).

Eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. Z.____

sowie eine Begründung, weshalb er die in den medizinischen Vorakten gestellten Diagnosen und Einschätzungen als plausibel erachtete, lässt der kardiologische Gutachter vermissen , weshalb von der bundesgerichtlichen Feststellung, dass die Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit durch Dr. Z.____ nicht beweistauglich ist, nicht abgerückt werden kann.

4.5

Dr. Z.____ attestierte der Beschwerdeführerin echtzeitlich ab 24. Januar 2019 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin, welche diese auch realisierte (vgl. Urk. 6/16 Ziff. 1.3 und Ziff. 2.2). Da keine weiteren kardiologischen Berichte aus dem Jahr 2019 vorliegen, welche die RAD-Einschätzung (E. 3.7) zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit stützen könnten, ist mangels Rekonstruierbarkeit der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten vor Februar 2022 zugunsten der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass sie

in der ursprünglichen Tätigkeit als Reinigungskraft von Juli 2018 bis Januar 2019 zu 100 % und ab Februar 2019 zu 50 % arbeitsfähig war.

Spätestens ab Februar 2022 ist nur noch von einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen.

Insoweit die Beschwerdeführerin geltend machte, es sei gestützt auf den Bericht von Dr. C.____ vom 28. Januar 2022 (E. 3.3) mindestens bis 17. November 2021 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 12 Ziff. 5.18.6), ist ihr entgegenzuhalten, dass sie ihre ursprüngliche Tätigkeit Ende Januar 2019 wieder zu 50 % aufgenommen hat. Von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis mindestens November 2021 kann daher keine Rede sein. 5.5.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). Im Rahmen von Revisionsverfahren ist der Zeitpunkt der Anpassung des Rentenanspruchs massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2019 vom 18. September 2019 E. 7.4). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 ; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Weist das zuletzt erzielte Einkommen der versicherten Person starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen. Zu dessen Bestimmung werden vorab die in den entsprechenden Jahren erzielten Erwerbseinkommen je einzeln anhand der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Tabelle an die Entwicklung der Nominallöhne angepasst. Ist der zuletzt bezogene Lohn überdurchschnittlich hoch, ist er nur dann als Valideneinkommen heranzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass er weiterhin erzielt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2023

vom 7. September 2023 E. 4.2.2 4.3 und 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 ; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV). 5.3

Liegt das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen fünf Prozent oder mehr unter halb des branchenüblichen Zentralwertes der LSE nach Art. 25 Abs. 3 IVV, so entspricht das Einkommen ohne Invalidität 95 Prozent dieses Zentralwertes (Art. 26 Abs. 2 IVV in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung). 5.4 Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV (in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung) bestimmt. Dabei sind rechtsprechungsgemäss grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der vom BFS herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu verwenden (BGE 150 V 67 E. 4.2, 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 93 f. zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3, 124 V 321 E. 3b/ aa) und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/ aa

i.f.). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 785 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbeson dere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (zum Ganzen: BGE 148 V 174 E. 6.3 mit Hinweis auf BGE 146 V 16 E. 4.1 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_770/2023 vom 11. Juli 2024 E. 6.1). 6.

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