

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00047 vom 31. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00047

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00047 du 31 octobre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00047 del 31 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971 und zuletzt tätig in der Reinigung, meldete sich am 23. Mai 2023 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf Fibromyalgie, Ganzkörperschmerzen, vorwiegend in den Schultern und im Becken, schubweise Kopf- und Gelenkschmerzen, Herz- und Magen-Darm-Probleme bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/12). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und

wies nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Vorbescheid vom 2. Oktober 2024, Urk. 9/93, Einwand vom 5. November 2024, Urk. 9/106; ergänzende Einwandbegründung vom 29. November 2024, Urk. 9/112)

das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6. Dezember 2024 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass die Beschwerdeführerin seit dem 18. April 2023 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin eingeschränkt sei. Ab Mai 2023 bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Für die Festsetzung des Valideneinkommens sei der Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) für Reinigungspersonal heranzuziehen und dem sei das Invalideneinkommen gestützt auf den Tabellenlohn als Hilfsarbeiterin gemäss LSE unter Berücksichtigung des Pauschalabzuges von 10 %

gegenüberzustellen, woraus ein Invaliditätsgrad von

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber vor (Urk. 1), dass sie gestützt auf die vorliegenden Berichte seit spätestens April 2023 nicht nur angestammt, sondern auch angepasst voll arbeitsunfähig sei. Aufgrund der vorliegenden Arztberichte ergebe sich ein klares Bild: Sie leide seit Jahren an immobilisierenden und invalidisierenden Schmerzen, v.a. im Rückenbereich mit Ausstrahlung in die Beine, die Arme sowie Schmerzen der Muskeln und Gelenke bei ausgeprägten myofaszialen Befunden. Es sei zumindest von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer Fibromyalgie auszugehen. Beides wirke sich stark auf die Arbeitsfähigkeit aus, was von den Behandlern überzeugend dargelegt werde. Sie sei voll arbeitsunfähig und auch im Haushaltsbereich komplett eingeschränkt. Die bisherigen Therapien seien erfolglos gewesen.

Werde nicht auf die Behandler abgestellt, so müsse ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt werden. Die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD)

Dr. med. Y.____ , Fachärztin für Neurologie, führe die Einschränkungen vor allem auf degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule zurück und attestiere entsprechend eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Das Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren sei komplett ausser Acht gelassen worden. Soweit die RAD-Ärztin ausführe, dass sich die Beschwerdeführerin weiteren Therapieansätzen wie schmerzdistanzierender Medikation oder Psychotherapie verweigere, sei dies falsch. Die den behandelnden Ärzten widersprechende Annahme des RAD, dass die Beschwerdeführerin angepasst voll arbeitsfähig sei, sei damit nicht haltbar, umso mehr, als dies eine reine Aktenbeurteilung sei. Damit sei ihr ab April 2024 eine ganze Invalidenrente auszurichten. 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 23. Januar 2025 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr spätestens ab April 2024 eine (ganze) Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese, nach erfolgter Abklärung neu über den Leistungsanspruch entscheide (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 11. März

2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-124), worüber die Beschwerdeführerin am 12. März 2025 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10).

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts , 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. 2.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten

Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 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 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 2.4

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie

würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen). 3.

Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

E. 3

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

E. 3.1

Vom 1 8. April bis zum 1. Mai 2023 befand sich die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der Klinik für Rheumatologie des Spitals Z.____ (folgend: Rheumatologie Z.____). Die Behandler notierten im Austrittsbericht vom 4. Mai 2023 folgende Diagnosen (Urk. 9/37/58-62) : - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (E rstmanifestation vor

mehreren Jahren) - Klinik • multilokuläre nicht belastungsabhängige Schmerzen aller Extremitäten • Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom • Fibromyalgiforme Schmerzverarbeitungsstörung • Januar 2023; WPI Index ; 12/19 Punkte, SS Score: 6/12 Punkte - Diagnostik • ENMG vom 1 5. Oktober 2021 (Dr. E.____): aktenanamnestisch unauffälliger Befund • Szintigraphie: nur moderat degenerativ, v.a. Knie femoropat . • Sudoscan vom 1 9. Oktober 2022: Im Sudo s can war die sudomotorische Funktion an den Füssen und Händen normwertig • MRI-Wirbelsäule und I liosakralgelenk (I SG) 2 8. April 2022 (Radiologie am Graben): Osteochondrosen mit

Diskushernien L4/5 mit Reizung Wurzel L 4 links und L5/S1 mit möglicher Reizung Wurzel

L5 b eidseits. Flache Diskushernie ohne Neurokompression C4/5, unklare zystische Formation

der Brustwirbelsäule (BWS) rechts (i m Vergleich CT März 2018 unverändert un d als neuroenterische Zyste ohne

Pathologie interpretiert) • Röntgen L endenwirbelkörper

3. Januar 2023 (Z.____): Facettengelenksarthrosen LWK 4-SWK 1 sowie

Osteochondrose LWK 5/SWK 1, keine Listhesis in den Funktionsaufnahmen. •
Röntgen-Hände und Füße

3. Januar 2023 (Z.____): keine erosiven/entzündlichen Veränderungen - Therapie • Status
nach Facettengelenksinfiltration LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 b eidseits

Mai 2022 (Dr. H.____): kein Ansprechen • Physiotherapie • Analgesie (Irfen , Olfen,
Novalgine , Dafalgan, Arcoxia) ohne Ansprechen

Amitriptylin und Pregabalin empfohlen, von Beschwerdeführerin nicht gewünscht • M
ultimodale Schmerztherapie (93.A2.45) vom 18. April bis 1. Mai 2023 - Vitamin-D
Mangel - 12.2Mg/l. (01/23) - Auffälliger Apnoetest, differentialdiagnostisch
Schlafapnoesyndrom, in Abklärung - Wechselhafte Stuhlgewohnheiten mit Obstipation und
Diarrhoe - differentialdiagnostisch Colon irritabile - Kleiner Kolonpolyp (Dr. A.____

Januar 2019) - I - II- gradige Hämorrhoiden - Helicobacter Gastritis (Dr. A.____

Januar 2019) - Status nach H.P . Eradikation vor Jahren (2004) - Pylora für 10 Tage

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund chronischer Schmerzen im gesamten
Bewegungsapparat mit Betonung lumbal, beiden Oberschenkeln sowie Unterarme bei
Versagen der bisherigen ambulanten Therapiemaßnahmen mit Physiotherapie, diversen
pharmakologischen Therapieansätzen (u.a. mit NSAR, Paracetamol, Metamizol) sowie
einer Facettengelenksinfiltration elektiv

zur stationären multimodalen Schmerztherapie

zugewiesen worden.

Als somatische Befunde bestünden eine Haltunginsuffizienz und eine muskuläre
Dysbalance mit

ausgeprägten myofaszialen Befunden insbesondere der paravertebralen lumbalen
Muskulatur, gluteal

sowie an beiden Oberschenkeln und Oberarmen. Klare Hinweise auf eine radikuläre
Komponente böten sich in Anbetracht negativer Nervendehnungszeichen und in
Abwesenheit sensomotorischer

Ausfallssymptome nicht. Auf eine Wiederholung der axialen MRI -Untersuchung sei
entsprechend,

auch unter Berücksichtigung der Klaustrophobie, verzichtet worden.

Der Verdacht auf ein fibromyalgiformes Syndrom sei bei Fatiguesymptomatik ,
unerholbarem Schlaf,

Tagesmüdigkeit und verminderter Leistungsfähigkeit sowie einem Widespread -Pain- Index
von 12/19 Punkten und einer Symptom- Severity - Scale von 6/12 Punkten bereits vor
Eintritt gestellt worden. Entsprechend sei auch eine psychologisch-psychiatrische
Beurteilung

erfolgt , wobei hier zusätzlich von

einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen werden. Als

psychische/psychosoziale Faktoren zu nennen sei ein auch im stationären Setting wiederholt auffälliges

ängstliches Vermeidungsverhalten, eine mangelnde soziale Integration bei ungenügenden Deutschkenntnissen sowie eine geringe Offenheit gegenüber biopsychosozialen Krankheitsmodellen.

Unter Zusammenschau der Befunde gingen sie von einem chronischen Schmerzsyndrom mit

somatischen und psychischen Faktoren aus, wobei trotz multipler somatischer Befunde in Anbetracht der

bisherigen Resistenz gegenüber rein somatischen Therapieansätzen mit wiederholt geäußerter

Hoffnungslosigkeit gegenüber der Prognose eine zunehmend vordergründige Relevanz der psychischen

Faktoren anzunehmen sei.

Während des stationären Aufenthaltes seien ausführliche Patientenaufklärungen bezüglich des

Krankheitsbildes erfolgt.

Als Schmerztherapie hätten sie eine pharmakologische Anpassung mit Pregabalin versucht, welche sie aufgrund von Nebenwirkungen (nächtliche Müdigkeit) bereits in geringen Dosierungen vor Erreichen

einer therapeutisch wirksamen Dosis auf Wunsch der Beschwerdeführerin wieder gestoppt hätten. Eine

schmerzmodulierende Therapie mit Amitriptylin oder Duloxetin sei von ihr strikt abgelehnt worden. Auf ein Wet

Needling der ausgedehnten myofaszialen Befunde sei auf ihren Wunsch verzichtet worden. Aufgrund eines Vitamin D-Mangels hätten sie eine Substitution initiiert.

Die Beschwerdeführerin habe eine intensive Physio- und Ergotherapie absolviert und an weiteren Therapien teilgenommen.

Leider sei während der Hospitalisation noch keine Regression der Schmerzen erreicht worden. Ein

Ausbau der schmerzmodulierenden Therapie sei nicht erwünscht, wobei sie insbesondere hier jedoch

weiterhin Potential sähen.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei kein Arbeitsplatz-basiertes Assessment erfolgt, insgesamt sähen sie die Beschwerdeführerin mittelfristig aber in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft aufgrund der hiermit verbundenen

körperlichen Belastung lediglich in einem deutlich reduzierten Pensum arbeitsfähig.
Langfristig wäre ein

Wechsel in eine körperlich weniger anspruchsvolle Tätigkeit zu begrüssen, wobei hier wohl die

Sprachbarriere als erschwerender Faktor hinzukomm e . Sie hätten die Beschwerdeführerin
am 1. Mai

2023 in unverändertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen .

Die Physiotherapie werde fortgesetzt. In Anbetracht der vermuteten psychischen
Teilkomponente bzw. der zumindest sekundäre n grosse n psychischen Belastung werde
dringend eine psychologische Betreuung empfohlen. Eine Rehabilitation in B.____ sei in die
Wege geleitet.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin befand sich vom 2. Juni bis 8. Juli 2023 in stationärer Therapie in
den C.____ in I.____ (folgend: C.____). Die Behandler übernahmen im Austrittsbericht vom 5.
Juli 2023 die Diagnoseliste der Rheumatologie Z.____ unverändert (Urk. 9/37/43). Sie
führten aus, dass die Beschwerdeführerin zur muskuloskelettalen Rehabilitation überwiesen
worden sei. Bei Eintritt habe sie sich in gutem Allgemein- und adipösem
Ernährungszustand, kardiopulmonal stabil, afebril und zu allen Qualitäten orientiert gezeigt.
Klinisch vordergründig hätten eine allgemeine Schwäche und

Dekonditionierung, Schmerzen im gesamten Rücken, vor allem in der Lendenwirbelsäule,
in

den Hüftgelenken mit Ausstrahlung in die Beine und in den Armen, sowie

Durchschlafstörungen imponiert .

Als Rehabilitationsziele hätten sie gemeinsam mit der Beschwerdeführerin eine Reduktion
der

Schmerzen, die Entwicklung von Copingmechanismen zum Umgang mit den Schmerzen,
eine

körperliche Rekondition i erung und eine psychische Stabilisierung vereinbart.

Sie habe ein multimodales Therapieprogramm, bestehend aus

Physiotherapie, MTT, Psychotherapie, Ergotherapie, regelmässigen interdisziplinären und
fachärztlichen Visiten, sowie pflegerischer und medizinischer Betreuung erhalten .

Sie habe einen guten Einstieg ins Therapiesetting gefunden und motiviert daran teil
genommen .

Während des Aufenthaltes habe sie von Schmerzen schwankender Intensität berichtet . Mal
seien die Schmerzen sehr gering, an anderen Tagen wieder sehr präsent gewesen .

Ebenso habe sie von Kieferschmerzen/Entzündungen am Zahnfleisch seit zwei Jahren
berichtet . Eine weitere Abklärung soll te ambulant durch die behandelnden Zahnärzte
erfolgen.

In einer laboranalytischen Kontrolluntersuchung am 6. Juni 2023 hätten sich keine
Auffälligkeiten gezeigt .

In der Physio- und Sporttherapie seien der körperliche Aufbau, Pacing, der Umgang mit Rückschlägen, Aufklärung über persistierende Schmerzen, Erarbeitung eines individuellen Übungsprogramms, Bestärkung und Ermutigung, Selbstsorge, Wahrnehmung/Achtsamkeit und Analgesie soweit möglich im Vordergrund gestanden. Zur Kräftigung sei in der medizinischen

Trainingstherapie ein Ganzkörperprogramm instruiert worden. In der Einzeltherapie sei ein individuelles Übungsprogramm für zu Hause einstudiert und in Papierform abgegeben worden.

Besonders profitiert habe sie vom Gesamtprogramm.

Sie habe den Aufenthalt als angenehm beschrieben und habe im Verlauf gute

Fortschritte bezüglich ihrer Kraft erzielen können, jedoch sei die Schmerzreduktion ausgeblieben.

Am 8. Juli 2023 sei sie in gutem Allgemeinzustand in ihr häusliches Umfeld entlassen worden. Als medizinische Massnahme empfohlen die Ärzte die Durchführung einer Physiotherapie (Urk. 9/37/46-47).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, sah die Beschwerdeführerin letztmals am 8. Dezember 2023. Im entsprechenden Bericht notierte er folgende Diagnosen (Urk. 9/40; vgl. Urk. 9/119): - Generalisiertes, chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom, mit Schmerzen der Muskeln und Gelenke ubiquitär - Vormalig Nomenklatur als Fibromyalgie - Neue Taxonomie gemäss ICD-11; chron. primäre Schmerzerkrankung, ausgedehntes Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates - betont der Hände, ohne fassbare entzündliche Veränderungen/Synovitiden - Im Szinti 2021 nur moderat degenerativ, vor allem Knie femoropat. - Widespread Pain Index 19/19, Steifigkeit und Fatigue - Mit multiplen neurovegetativen Begleitsymptomen; Hypersensitivität der Haut, abdominale Krämpfe (Colon irritabile), Muskelzittern, Herzpalpitationen und Oppressionsgefühl, Augensymptome - Neurologisch bland, Dr. E.____ (inkl. ENMG) 2021 - Sudoscan

Z.____ normal Oktober 2022 - Panvertebrale Rückenschmerzen, bei Dg 1 und differentialdiagnostisch degenerativ - Schwerpunkt massiv aktuell lumbosakral, bei im SPECT (2021) Nachweis der

Segmentdegenerationen, mit aktiver Facettenarthrose L4/5 und Osteochondrose

L5/S1 - MRI Wirbelsäule

April 2022 Radiologie am Graben; dito Diskushernie L4/5, mögliche Reizung L4 links, Osteochondrose L5/S1, ohne Listhese in den Funktionsaufnahmen (Januar 2023 Z.____) - Aktuelles MRI der Wirbelsäule inkl. Iliosakralgelenk vom 15. November 2023: Osteochondrose mit kleiner Diskushernie L5/S1,

mit neuroforaminalen Einengungen - Verdacht auf

Colon irritabile, wechselnd zwischen Obstipation und Diarrhoe - Status nach vormaliger Koloskopie, Polypen-Exzision - Rezidivierende Dyspepsien, wahrscheinliche Refluxerkrankung - bei Status nach 2-maliger HP-Gastritis, Status nach 2-maliger

Eradikationstherapie - Status nach Herzrhythmusstörungen, verstärkten Palpitationen 2018 - differentialdiagnostisch im Rahmen einer neurovegetativen Störung, bei Diagnose 1 - Polyallergien, Atopie: Auf Pollen (diverse Baum und Gräser), Hausstaubmilben, auf diverse

Nahrungsmittel, insbesondere Früchte, wie Pfirsich/Apfel/Kirsche/Mispel, und Trockenfrüchte (Pricktest positiv für Erdnuss), Dermatologie KSW Juli 2022 - Mit saisonaler Rhinokonjunktivitis allergica - Chron. Reizhusten - Leichte obstruktive Schlafapnoe, 2022 Pneumologie KSW - Eisenmangel ohne Anämie - Chorio-retinopathia centralis serosa, Sicca-Symptomatik bei milder Blepharitis post.,

Hyperopie und Presbyopie (Dr. F. 2020)

Dr. D. führte aus, er sei der Meinung, dass es sich um ein Fibromyalgie-Syndrom mit multiplen Beschwerden und wechselnden Symptomen handle auch mit möglicher neurovegetativer Mitbeteiligung, sodass allenfalls auch das Colon

irritabile und Herzpalpitationen darunter

zu subsummieren seien.

Bei Fibromyalgie sei die Problematik, dass es keine beweisenden bildgebenden

und labormässigen Untersuchungen gebe. Die Diagnose basiere auf den Beschwerdeangaben, der Krankheitsentwicklung sowie den klinischen Untersuchungsbefunden, ferner unter

labormässigem Ausschluss einer anderweitigen Erkrankung, insbesondere vom endokrin-metabolischen Formenkreis. Das Letztere sei nun anhand der aktuellen umfassenden Laboruntersuchung abgeklärt und ausgeschlossen worden.

Die umfassende MRI-Abklärung zeige nicht die

minimalsten Hinweise, dass es sich um eine entzündliche systemische Erkrankung aus dem Spondylarthropathie-Formenkreis handeln könnte, womit dies auszuschliessen sei. Auch die bildlichen Befunde im Goldstandard der Bildabklärung an

Sakrum/ISG sprächen gegen die Entzündung.

Die Diskopathie bei L5-S1 könne selbstständig nur die Schmerzsymptomatik im unteren Bereich des Rückens, allenfalls gar bei bestehenden Ausstrahlungen, dann gegebenenfalls mit Erklärung

für allfällige Radikulopathie und Ischialgie hergeben. Die ubiquitären Schmerzgeneratoren in

den Weichteilen und Muskeln seien durch die lokalisierte Degeneration der Bandscheibe tieflumbal nicht erklärt.

Ferner habe er der Beschwerdeführerin anhand der Bilder auch die Gutartigkeit des Zufallsbefundes der enterogenen Zyste dargelegt.

Er habe der Beschwerdeführerin erneut die Behandlungsmöglichkeiten im Dreisäulenprinzip mit sehr limitierten medikamentösen Möglichkeiten, Schmerzedukation,

Durchführung von entspannenden Massnahmen sowie ein konsequent durchzuführendes aerobes Training aufgezeigt .

Er würde nun eine vorsichtig dosierte medikamentöse Behandlung mit Amitriptylin/ Saroten empfehlen. Im schlimmsten Fall sei bei prolongierter Therapieresistenz eine erneute stationäre multimodale Behandlung vorzusehen. 3. 4

Dr. med. A.____ , Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, notierte in seinem Bericht vom 27. Mai 2024 (1) eine Axiale Hiatushernie mit kurzen nicht erosiven Refluxungen und (2) eine diskrete Sigmadivertikulose . In der aktuellen Untersuchung könne ein Ulkusleiden ausgeschlossen werden. Es sei nicht ganz klar , ob für die Oberbauchsymptomatik nicht doch die Cholezystolithiasis verantwortlich zu machen sei. Falls kolikartige Schmerzen aufträten oder falls die Symptomatik eindeutig postprandial und auch in der Nacht auftrete , müsste allenfalls doch eine Cholezystektomie ins Auge gefasst werden (Urk. 9/64).

E. 3.5

Dr. med. G.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, notierte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 11. Juli 2024 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/38/3): - Generalisiertes, chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom mit Schmerzen der Muskeln und Gelenke ubiquitär, schleichender Beginn ab Anfang 2018 - Panvertebrale Rückenschmerzen bei Dig 1 und differentialdiagnostisch degenerativ

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er folgende (gekürzt wiedergegebenen) Diagnosen fest: - Verdacht auf Colon irritabile, wechselnd zwischen Obstipation und Diarrhoe - Rezidivierende Dyspepsien, wahrscheinliche Refluxerkrankung - Status nach Herzrhythmusstörungen, verstärkten Palpitationen 2018 - Polyallergien, Atopie: Auf Pollen, Hausstaubmilben, auf diverse Nahrungsmittel, insbesondere Früchte wie Pfirsich/Apfel/Kirsche/Mispel und Trockenfrüchte - Leichte obstruktive Schlafapnoe - Eisenmangel ohne Anämie - Chorio-retinopathia centralis serosa , Sicca-Symptomatik bei milder Blepharitis post ., Hyperopie und Presbyopie

Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schlecht. Das weitere Vorgehen sei unklar, sämtliche diagnostischen und therapeutischen Optionen seien (teils mehrfach) ausgeschöpft. Es sei ihr keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar und die Prognose zur Eingliederung sei schlecht/unmöglich. Einer Eingliederung stünden die langsam progredienten Schmerzen mit zunehmend sogar Verlust der Autonomie im Wege.

Die Beschwerdeführerin sei immer kooperativ und motiviert, sämtliche Diagnostik und Therapien durchzuführen. Sie leide glaubhaft sehr darunter, nicht mehr arbeiten zu können (Selbstwert, finanzielle Einbusse , Verlust sozialer Kontakte).

E. 3.6

RAD-Ärztin Dr. Y.____ notierte in ihrer Aktenbeurteilung vom 11. September 2024 folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/91/4-5): - Generalisiertes, chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom mit Schmerzen der Muskeln und Gelenke ubiquitär - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (gemäss Austrittsbericht Mai 2023 Rheumatologie Z.____ und Juli 2023, C.____) - Unauffällige Elektrophysiologie (Oktober 2021), Sudoscan (Oktober 2022) - Szintigrafie März 2023: keine Hinweise auf entzündliche Gelenkerkrankung, mässige

degenerative Veränderungen Facettengelenk L4 und akute Osteochondrose L5/S1 - MRI Halswirbelsäule April 2022: Flache Diskushernie ohne Neurokompression C4/5 - Röntgen Hände Januar 2023: keine erosiven/entzündlichen Veränderungen - DEXA September 2023: Osteopenie im Bereich der Lendenwirbelsäule, kein gesteigertes 10-Jahres Frakturrisiko - Lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom - MRI Wirbelsäule und ISG April 2022: Osteochondrosen mit Diskushernien L4/5 und L5/S1 mit Reizung Wurzel L4 links und möglicher Reizung L5 beidseits - Röntgen Lendenwirbelkörper Januar 2023: Facettenarthrose L4 bis SWK 1, Osteochondrosen, keine Listhesis - MRI der ganzen Wirbelsäule November 2023: keine Anhaltspunkte auf entzündliche Veränderungen. Fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit zirkulären

Bandscheibenbulging bei medianer Diskusprotrusion mit geringem rezessalem Kontakt zu den

S1 Wurzeln, ohne Kompression. Etwas deutlichere osteodiskale

Foraminaeinengungen L5

linksbetont. - Status nach Facettengelenksinfiltrationen beidseits (Mai 2022) ohne

Ansprechen - Analgesie (Irfen, Olfen, Novalgin, Dafalgan, Arcoxia) ohne

Ansprechen - Weitere Massnahmen (Amytriptylin, Pregabalin,

Psychotherapie) von Beschwerdeführerin nicht gewünscht

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierte sie folgende (gekürzt wiedergegeben): - Vitamin D Mangel - leichtes Schlafapnoe-Syndrom - unspezifische Abdominalbeschwerden mit wechselhaften Stuhlgewohnheiten - Adipositas (BMI 31.2 kg/m²) - Rhinokonjunktivitis allergica - pollenassozierte Nahrungsmittelallergie gegen Mandel, Haselnuss, Apfel, Kirsche, Pfirsich und

Nespole - Chorio-retinopathia centralis serosa, Sicca Symptomatik, Hyperopie, Presbiopie (Mai 2020)

Die 52-jährige Beschwerdeführerin

sei vollzeitig bis April 2023 als Raumpflegerin tätig gewesen. Gemäss umfangreichen

Arztberichten bestünden langjährig generalisierte Schmerzen der Weichteile und am Rücken. Bereits

im Januar 2021 werde auf mehrfach durchgeführte, eingehende somatische Abklärungen hingewiesen.

Hinweise für eine zentrale oder periphere neurologische oder neuromuskuläre Erkrankung als

Ursache der Beschwerden fanden sich nicht (neurologische Abklärung Oktober 2021). Seit April 2022 seien degenerative Veränderungen der unteren lumbalen Wirbelsäule bekannt, diese seien bildgebend

möglicherweise progredient, könnten jedoch das generalisierte Beschwerdebild nicht erklären. Es

seien

ambulante und stationäre Therapieansätze, inklusive lokale Facettengelenksinfiltrationen (Mai 20 22) und zwei stationäre Rehabilitationsaufenthalte (Rheumatologie Z.____ 1 8. April

bis

1.

Mai 2023, C.____ 2. Juni bis

8. Juli 2023) erfolgt . Dabei sei der Verdacht auf eine

chronische Schmerzstörung festgehalten worden , dies bei multilokulären , nicht belastungsabhängigen

Schmerzen aller Extremitäten, lumbospondylogem Schmerzsyndrom und fibromyalgiformer

Schmerzverarbeitungsstörung. Seit Jahren habe die Beschwerdeführerin nicht auf die Analgesie und

Physiotherapie an gesprochen , eine eindeutige Verschlechterung der Symptomatik im Rahmen der seit April 20 23

hausärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit lasse sich aktenbasiert nicht herleiten. Die verschiedenen Behandler hätten ab Januar 20 21 auf eine psychische Mitbeteiligung hingewiesen , anlässlich der stationären Reha (Mai 20 23) sei angesichts der Resistenz auf die bisherigen somatischen Therapieansätze davon ausgegangen worden , dass

die psychischen Faktoren im Vordergrund stünden . Die Beschwerdeführerin sei jedoch trotz mehrfacher

diesbezüglicher Empfehlung weder für eine schmerzmodulierende Therapie mit Amitriptylin oder

Duloxetin, noch für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu motivieren gewesen . Bei der Beschwerdeführerin

stünden die generalisierten Schmerzen im Vordergrund, weitere assoziierte Beschwerden gingen aus den Akten nicht hervor. Entsprechend könne nachvollzogen werden, dass von den

Spezialisten die in der Diagnoseliste wiedergegebene Umschreibung gewählt worden sei . Nebenbefundlich

sei im Februar 20 22 ein nicht therapiebedürftiges, leichtes Schlafapnoesyndrom

diagnostiziert worden . Aus allergologischer Sicht sei im Juni 20 22 und September 20 23 die Indikation für eine

Desensibilisierung gestellt und eingeleitet worden . Aus kardiologischer Sicht (April 20 23) bestünden bei unspezifischen

Beschwerden keine Hinweise auf eine relevante kardiologische Pathologie. Die mehrfachen gastroenterologischen und endoskopischen Untersuchungen zeigten keinen Befund, welcher mit

einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verbunden wäre.

Insgesamt könnte damit von einem seit Jahren bestehenden, im Verlauf relativ unveränderten,

generalisierten und unspezifischen Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin wünsche

den empfohlenen Ausbau der Therapie nicht. Bei fokalen degenerativen Veränderungen der unteren

Lendenwirbelsäule

sei die angestammte, körperlich anstrengende Tätigkeit nur noch teilweise medizinisch zumutbar, in einer angepassten Tätigkeit sei jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Die Beschwerdeführerin sei infolge der Ganzkörperschmerzen, vorwiegend Arme und Beine, Schultern und Becken, sowie der Kopfschmerzen, der Darmprobleme, der Schlafstörungen, der Herzprobleme sowie der eingeschränkten Belastbarkeit in der angestammten

Tätigkeit als Raumpflegerin eingeschränkt.

In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung, einfachen kognitiven Aufgaben und der Möglichkeit zu Pausen sei sie voll arbeitsfähig. 4.

4.1

RAD-Ärztin Dr. Y.____ nahm ihre Aktenbeurteilung in Kenntnis der relevanten Vorakten vor, berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und nachvollziehbar. An der Schlüssigkeit ihrer Stellungnahme bestehen keine auch nur geringen Zweifel, wie nachfolgend darzulegen ist.

4.2

4.2.1

Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen vor, dass gestützt auf den Bericht von Dr. G.____ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Sie sei auch im Haushalt stark eingeschränkt und auf Hilfe angewiesen. Darüber hinaus lägen keine Berichte vor, die eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestieren würden (Urk. 1). 4.2.2

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. G.____ bezüglich der objektiven Befunde auf die beigelegten Berichte der Fachärzte verwies (vgl. Urk. 9/38/3). Allerdings sind die geklagten Beschwerden - bis auf die Schmerzen im unteren Rücken - weder rheumatologisch noch neurologisch objektivierbar, was insbesondere aus den Berichten der behandelnden Fachärzte deutlich hervorgeht:

Die Ärzte der C.____ notierten bereits einen guten Allgemeinzustand bei Eintritt in die stationäre Rehabilitation und konstatierten, dass die Beschwerdeführerin bezüglich des Kraftaufbaus gute Fortschritte haben könne, die Schmerzreduktion aber ausgeblieben sei (E. 3.2).

Dr. D.____ seinerseits hielt am 8. Dezember 2023 fest, dass keine bildgebenden Befunde oder Laborwerte vorlägen, die die Schmerzen erklären könnten. Die Diagnose einer

Fibromyalgie basiere auf den Beschwerdeangaben, der Krankheitsentwicklung sowie den klinischen Untersuchungsbefunden. Die Schmerzen im unteren Rücken könnten anhand der bildgebenden Befunde allenfalls erklärt werden, aber die weiteren Schmerzen seien dadurch nicht erklärbar (E. 3.3).

Damit sind die geklagten Beschwerden - ausser

die Schmerzen im unteren Rücken, welche seitens Dr. Y.____ im Rahmen des Belastungsprofils einer angepassten Tätigkeit umfassend berücksichtigt wurden - nicht objektivierbar. 4.2.3

Darüber hinaus machte

Dr. G.____ keine konkreten, objektiv fassbaren Aspekte namhaft, die Dr. Y.____ entgangen sind oder die zu einer anderen rechtlichen Beurteilung Anlass geben würden. 4.3

4.3.1

Die von den Ärzten der Rheumatologie Z.____ und der C.____

gestellte Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. E. 3.1 und E. 3.2) bzw. die von Dr. D.____ gestellte Diagnose eines generalisierten, chronischen unspezifischen

Schmerzsyndroms mit Schmerzen der Muskeln und Gelenke ubiquitär, vormals als Fibromyalgie klassifiziert

(E. 3.3),

zieht nicht überwiegend wahrscheinlich

funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach sich:

Die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung bzw. die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms wurde aufgrund von klinischen Befunden und den angegebenen Beschwerden gestellt, was entsprechend klar aus den Berichten hervorgeht. Damit können diese Beschwerden praxisgemäss als nicht organisch objektiv ausgewiesen werden und der Gesundheitszustand gilt daher nicht als somatisch bedingt beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_346/2021 vom 11. November 2021 E. 7.1).

4.3.2

Die Beschwerdeführerin erhielt im Rahmen der C.____ auch Psychotherapie

(Urk. 9/37/46) und die Behandler hielten an der von den Ärzten der Rheumatologie Z.____ gestellten Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung fest.

Eine weitergehende psychiatrische Behandlung empfahlen sie jedoch nicht (Urk. 9/37/47). Als Verdachtsdiagnose ist die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.3). Soweit Dr. D.____ nicht bloss eine Verdachtsdiagnose stellte, sondern ein generalisiertes, chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom resp. eine Fibromyalgie diagnostizierte, vermag er als Somatiker die Diagnosestellung der Ärzte der C.____ in psychiatrischer Hinsicht nicht in Frage zu stellen. Da mit ist eine krankheitswertige psychische Erkrankung fraglich bzw. ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - soweit überhaupt vorhanden - leicht ist.

Die Beschwerdeführerin verweigerte darüber hinaus die Behandlungsversuche mit schmerzdistanzierenden Medikamenten (vgl. hierzu E. 3.1, E. 3.2 und E. 3.3) und bemühte sich -

soweit aus den Akten ersichtlich - nicht nachhaltig um eine psychiatrisch-psychotherapeutische Anbindung . Auf eine medikamentöse Behandlung mit Amitriptylin/ Sarotin (vgl. Urk.

E. 8

% resultiere. Ausgehend von einer Qualifikation von 80 % erwerbstätig und zu 20 % tätig im Haushalt sbereich resultiere bei fehlender Einschränkung im Haushaltsbereich ein gewichteter Invaliditätsgrad von 6.4

%, womit ein Rentenanspruch zu verneinen sei

(Urk. 2).

E. 9

/44/2).

Zusammenfassend ist ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, da zum einen das Vorliegen von diagnoserelevanten Befunden nicht ausgewiesen und zum anderen eine Konsistenz aufgrund der nicht versuchten Behandlung zu verneinen ist . 4.4

Dass Dr. Y. ___ im Rahmen eines Aktengutachtens Stellung nahm , vermag die Beweiskraft ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen, da ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden Gesundheitszustands geht (vgl. E. 2.4).

Zusammenfassend ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. Y. ___ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit mit Wechselbelastung, einfachen kognitiven Aufgaben und der Möglichkeit zu Pausen auszugehen. 5.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der qualitativ leicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Die Parteien gingen davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab April 2023 (Urk. 1, Urk. 9/91/7) arbeitsunfähig war, womit ein Rentenanspruch frühestens im April 2024 entstehen könnte, womit der Einkommensvergleich entsprechend für das Jahr 2024 vorzunehmen ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG).

5.1

Vorab festzuhalten ist, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig qualifizierte und die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode vornahm (Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin lebt zusammen mit ihrem Ehemann und arbeitet e hochprozentig. Die gemeinsamen volljährigen Kinder leben in Italien (vgl. Urk. 9/20). Ob die Beschwerdeführerin damit überhaupt über einen zu berücksichtigenden Aufgabenbereich verfügt, ist zumindest in Frage zu stellen . Dies kann aber - wie folgend gezeigt wird - offenbleiben:

5.2

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV: a.

das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet; b.

das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst; c.

die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird gemäss Art. 27 bis Abs. 3 IVV: a.

der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet. 5.3

5.3.1

Die Beschwerdegegnerin zog für die Berechnung des Valideneinkommens

den Tabellenlohn für Reinigungspersonal gemäss

der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

2022 von Fr.

4'281.-- heran (T17

Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht Privater und öffentlicher Sektor, Ziff. 91 Reinigungspersonal und Hilfskräfte, Frauen , Total) und bereinigte diesen um die Nominallohnentwicklung sowie die betriebsübliche Arbeitszeit

bis ins Jahr 2024 , woraus bei 100 % ein Valideneinkommen in Höhe von Fr. 54'485.43 resultierte (Urk. 9/90/2). Dieses Vorgehen ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, jedoch ist bei der LSE-Tabelle T17, Ziff. 91, nicht auf das Total, sondern angesichts des Alters der Beschwerdeführerin auf den für über 50 - jährige Frauen geltenden Wert von Fr. 4'457.-- abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_314/2019 vom 10. September 2019 E. 6.1), womit - gestützt auf die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten Zahlen (vgl. BGE 150 V 67) - ein massgebendes

Valideneinkommen von Fr 56'725.45 (12 x Fr. 4'457: 40 x 41.7 [Tabelle T03.02.03.0104.01 , betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit] : 109.4 x 111.3) [Tabelle

T1.2.10,

Nominallohnindex, Frauen , 2011-2023 ,

Ziff. 45-96) resultiert .

Dem stellte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gemäss LSE 2022 als Hilfsarbeiterin in Höhe von monatlich Fr. 4'367.-- gegenüber und bereinigte dieses um die Nominallohnentwicklung sowie die betriebsübliche Arbeitszeit bis ins Jahr 2024 und errechnete unter Berücksichtigung des Pauschalabzuges von 10 % (Art. 26 bis

Abs. 3 IVV)

korrekterweise ein Invalideneinkommen in einem vollen Pensum von Fr.

50'022. ,

(12 x

Fr. 4'367.-- [TA1 Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total] : 40 x 41.7 [Tabelle T03.02.03.0104.01 , betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit] : 109.4 x 111,3 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen , 2011-2023 , Total) : 100 x 90 ; Urk. 9/90/2). 5.3.2

Bei Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert

eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'703.45 bzw.

E. 12

% (gerundet) . Gewichtet man dies mit dem Erwerbsgrad von 80 % resultiert daraus ein Teilinvaliditätsgrad von 9,6 % . 5.4

Die Beschwerdeführerin brachte vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht keine Haushaltsabklärung durchgeführt habe. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wirkt sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung oft in viel geringerem Ausmass auf die Erledigung der Hausarbeiten aus als auf die Teilerwerbstätigkeit, so dass im Aufgabenbereich häufig ein tieferer Invaliditätsgrad als im erwerblichen Bereich resultiert (Urteil des Bundesgerichts 9C_565/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.5 mit weiteren Hinweisen).

Eine relevante Einschränkung im Haushaltsbereich ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmen. Allerdings würde selbst unter Annahme einer vollen Invalidität im Aufgabenbereich nach wie vor ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von lediglich 29,6 % resultieren.

Damit verzichtete die Beschwerdegegnerin auch mit Blick auf den bereits in Frage zu stellenden Aufgabenbereich zu Recht auf eine Haushaltsabklärung. 5.5

Von weiteren Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen . Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Wiesendanger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
GräubCasanova

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