

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00391 vom 2. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00391](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00391)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00391 du 2 décembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00391 del 2 dicembre 2025

## Erwägungen

### E. 1

Die 1963 geborene X.\_\_\_\_, ohne Berufsausbildung und Mutter zweier 1988 und 1991 geborener Söhne und einer 1993 geborenen Tochter, war seit ihrer Einreise in die Schweiz am 26. März 1994 nicht erwerbstätig. Am 28. Juni 2005 meldete sich sie unter Hinweis auf ein Nierensteinleiden nach einer Bauchoperation erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1, Urk. 6/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, tätigte beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 22. November 2005 ab (Urk. 6/17).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teils 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. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung [Betätigungsvergleich]; vgl. statt vieler: BGE 142 V 290 E. 4). Als Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV).

Bei der Bemessung der Invalidität von im Haushalt tätigen Versicherten ist die Schadenminderungspflicht von erheblicher Relevanz. Nach der Rechtsprechung ist dabei vom Grundsatz auszugehen, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist

danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 27. Mai 2025 Beschwerde und beantragte, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 16. April 2025 eine dem IV-Grad entsprechende Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdewort vom 4. Juli 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die medizinischen Abklärungen sei die Beschwerdeführerin in einer – näher umschriebenen – Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Bei dieser Sachlage sei nicht von einer relevanten Einschränkung im Haushaltsbereich auszugehen, weshalb auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werde. Die einwandweise geltend gemachten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und Knie würden daran nichts ändern. Mithin bestehe kein IV-Leistungsanspruch (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein, die Beschwerdegegnerin sei ohne nähere Begründung davon ausgegangen, dass die Befunde an der Wirbelsäule und an den Knie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten und habe lakonisch mehr Bewegung, eine Ernährungsberatung und Gewichtsabnahme empfohlen. Diese Haltung entspreche nicht mehr der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, welche mit Entscheid 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 korrigiert worden sei. Zudem bestünden eine Anstrengungsdispnoe und chronische Bronchitis, welche sich auf die Gehfähigkeit auswirkten. Alsdann seien nach Erlass des Vorbescheids fortgeschrittene degenerative Veränderungen festgestellt worden. Diesbezüglich habe sich die Beschwerdegegnerin mit der pauschalen Bemerkung begnügt, dass sich dadurch an der bisherigen medizinischen Einschätzung nichts ändere. Bezüglich der Rückenbeschwerden habe sie betont, diese seien degenerativ. Welche Schlussfolgerung daraus gezogen werde, sei nicht klar. Insbesondere spiele es keine Rolle, ob das Beschwerdebild traumatisch oder degenerativ verursacht sei. Massgeblich sei nur der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine rechtsgenügende Prüfung des Sachverhalts sei offenkundig nicht erfolgt. Es sei zudem weder ein Gutachten noch eine Untersuchung durch den regionalen ärztlichen Dienst veranlasst worden. Damit habe die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt (Urk. 1).

## **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 22. August 2023 eingetreten. Jedenfalls infolge der neu diagnostizierten Dispnoe

und Adipositas ist seit dem abschlägigen Entscheid vom 22. November 2005 eine revisionsrelevante Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten (vgl. hievore E. 1.3).

## **E. 4**

.1

Die seit 2003 behandelnde Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 16. Februar 2024 ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Dyspnoe gemischter Genese mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine chronische Niereninsuffizienz, Diabetes Mellitus Typ

2, Adipositas, arterielle Hypertonie sowie Status nach Leistenhernienoperation. In therapeutischer Hinsicht bedürfe es medikamentöser Massnahmen und wenn möglich einer Aktivierung. Die Prognose sei ungünstig. Im Übrigen verwies Dr.

Y.\_\_\_\_ auf die beigelegten Konsiliarberichte (Urk. 6/23):

#### **E. 4.2**

Im Konsiliarbericht vom 3. Oktober 2023 hielten die Nephrologen der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ (Z.\_\_\_\_) folgende Hauptdiagnosen fest (Urk. 6/33/5): - Rezidivierende Calcium-Oxalat- und Apatit-Nephrolithiasis beidseits; - chronische Niereninsuffizienz Stadium G3aA1 nach KDIGO; - chronisches Schmerzsyndrom; - Diabetes Mellitus ED 12/2022; - Adipositas WHO Grad I; - arterielle Hypertonie; - erhöhtes Ferritin unklarer Ursache; - Vitamin D3-Mangel, ED 2019; - Status nach total endoskopischer extraperitonealer Hernienreparatur (TEEP) inguinal rechts bei symptomatischer Leistenhernie rechts und Herniation der Harnblase am 20. April 2015; - Status nach Helicobacter pylori positiver Gastritis 2012.

Es habe sich erneut eine ausgeprägte Hypocitraturie trotz anamnestisch regel mässiger Einnahme von Urocit ergeben. Diese habe jedoch schon in der Vergangenheit unter diätetischen Massnahmen bzw. Kaliumcitrateinnahme normalisiert werden können. Die Hypomangesiurie und Hypokaliurie seien am ehesten diätetisch bedingt. Die Nierenfunktion sei mit einem aktuellen Kreatinin von  $79 \mu\text{mol/l}$ , eGFR  $71 \text{ ml/min}$  im oberen Schwankungsbereich stabil und altersentsprechend diskret eingeschränkt. Die seit 20 Jahren bestehenden Flankenschmerzen könnten nicht mit der Nephrolithiasis erklärt werden (Urk. 6/33/

#### **E. 4.3**

Die zur Abklärung der Flankenschmerzen veranlasste Messung der Knochendichte erwies sich als altersentsprechend normalwertig

(vgl. osteologische Sprechstundenbericht vom 12.

Juni 2024, Urk. 6/37) 4.4

Im Konsiliarbericht vom 28. März 2024 hielten die Pneumologen des Spitals

A.\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnosen fest (Urk. 6/33/1): - Anstrengungsdyspnoe, mMRC 2-3; - arterielle Hypertonie; - chronisches Schmerzsyndrom (zervikobrachial) - chronische Niereninsuffizienz Stadium G3aA1 nach KDIGO; - rezidivierende Calciumoxalat- und Apatit-Nephrolithiasis beidseits, EM 2003.

Die Beschwerdeführerin habe eine seit zwei Jahren progrediente Anstrengungsdyspnoe berichtet. Rezidivierende Infekte oder ein auslösender Infekt seien nicht ursächlich. Sie könne weder gut geradeaus laufen noch Treppensteigen. Auch beim Staubsaugen würde sie in Luftnot geraten. Zudem habe die Beschwerdeführerin linksthorakale Schmerzen. Diese

beständen seit zwei Jahren und würden vom Herz in den linken Arm ausstrahlen. Der 6 Minuten Gehstest vom 11.

März 2023 sei infolge linksthorakaler Schmerzen und Dyspnoe nach 2 Minuten (SpO<sub>2</sub> nach dem Gehstest : 94 % ) und einer Gehstrecke von 120 m abgebrochen worden. Das COPD Assessment habe einen Punktwert von 32/40 ergeben. Die Thorax-Röntgenuntersuchung habe wie die Voruntersuchung aus dem Jahr 2019 eine nicht pathologische Lungenzirkulation und Herzgrösse sowie

bronchovaskuläre Strukturvermehrung basal rechtsbetont, DD chronische Bronchitis , sowie etwas besser demarkierte streifige/fleckige Transparenzminderungen rechts basal, DD Belüftungsstörungen , Infiltrate sowie multisegmentale Osteochondrosen der BWS gezeigt ( Urk. 6/33/1-3). 4.

## **E. 5**

Die zur Abklärung der Leistungsdispnoe veranlasste kardiologische Abklärung ergab keine strukturelle Herzkrankheit ( vgl. kardiologischer Sprechstundenbericht vom 13. März 2024 , Urk. 6/34 /2-5 ).

4.

### **E. 5.1**

Da die Beschwerdeführerin seit ihrer Einreise in der Schweiz nie erwerbstätig war, richtet sich die Invaliditätsgradbemessung nach der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs (vgl. hievorig, E. 1. 4 ; vgl. auch Rz . 3105 des Kreisschreibens

des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [ KSIR ]

Stand: 1. Januar 2024 ). Dies ist unbestritten.

### **E. 5.2**

In medizinischer Hinsicht wurde die Beschwerdeführerin umfangreich und aus verschiedenen Fachrichtungen untersucht. Dabei ergaben sich im Wesentlichen – näher bezeichnete – degenerative Veränderungen im Bereich der LWS , ohne Aktivierungszeichen oder Hinweise auf eine Nervenkompression und/oder spinale oder foraminale Enge, eine beginnende laterale Gonarthrose beidseits sowie

eine Dispnoe unklarer Genese . Entsprechend

anerkannte

Dipl. - med.

B .\_\_\_ arbeitsrelevante Einschränkungen in Form von Wirbelsäulen- und Abdominalbeschwerden , Flankenschmerzen und Belastungsluftnot ( Urk. 6/64/5).

Mit dem von ihr definierten Belastbarkeitsprofil (leichte wechselbelastende Tätigkeit) ist auch den Kniebeschwerden beidseits Genüge getan. Sowohl die Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates als auch die Belastungsluftnot wurde seitens der behandelnden Ärzte differenzialdiagnostisch der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin zugeschrieben. Diesbezüglich ist es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) sowie in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht

zuzumuten, eine

aktive physikalische Behandlung aufzunehmen und/oder ein Trainingszentrum aufzusuchen, was sie

bisher offenbar unterlassen hat. Der Eindruck eingeschränkter Motivation hinsichtlich einer aktiven und eigenverantwortlichen Verbesserung ihrer Situation sowie fehlender Compliance wird insbesondere im Physiotherapiebericht vom 28. Dezember 2022 (Urk. 6/47; E. 4.6) deutlich.

Alsdann trifft es zwar zu, dass das Bundesgericht seine bisherige Spezialrechtssprechung zur Adipositas (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_290/2023 vom 6. Oktober 2023 E. 2.5 mit Hinweisen) mit BGE 151 V 66

aufgegeben hat. Demnach steht die grundsätzliche Behandelbarkeit des Leidens einem Rentenanspruch nicht mehr per se entgegen. Wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit ist im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt. Selbstredend gilt die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) auch bei der Adipositas, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren diätischen und medikamentösen Therapien resp. Verhaltenstherapien und Bewegungsprogrammen verlangt werden kann (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Wie es sich damit im vorliegenden Fall genau verhält, kann indessen offengelassen werden, zumal sich beim vorliegend anzuwendenden Bestätigungsvergleich unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur freien Zeiteinteilung im Aufgabenbereich sowie der Schadenminderungspflicht des Ehemannes und - soweit noch zu Hause wohnhaft - der erwachsenen Söhne und erwachsenen Tochter keine leistungs begründende Einschränkung begründen liesse. Namentlich wurden von den Ärzten keine dauerhaften funktionellen Einschränkungen genannt, welche eine mindestens 40%ige Einschränkung im Haushalt als denkbar erscheinen liesse. Mithin ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin von einer Haushaltsabklärung abgesehen hat (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E.

### **E. 5.3**

Zusammengefasst ergibt

sich bei der hinreichend aufschlussreichen medizinischen Aktenlage und mit Blick auf den vorliegend anzuwendenden Bestätigungsvergleich kein Leistungsanspruch. Von einer Verletzung der Abklärungspflicht kann nach dem Gesagten ebenfalls nicht die Rede sein. Zudem wurden die

einwandweise eingereichten Unterlagen dem RAD zur ergänzenden Stellungnahme vorgelegt und es ergaben sich daraus keine entscheidungsrelevanten, neuen Erkenntnisse.

Mithin hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch in der angefochtenen Verfügung zu Recht verneint und ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominik Sennhauser - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Arnold Gramigna Hediger

## **E. 6**

Gemäss Konsiliarbericht vom 4. Juli 2024 konnte aufgrund der im Mai 2024 durchgeführten Spirometrie eine relevante obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ausgeschlossen werden. Zudem habe die

FeNO-Messung abermals Werte im Normalbereich ergeben. Zusammenfassend ergäbe sich keine pneumologische Ursache für die linksthorakalen Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Es bestehe eine unklare Dispnöe, DD: Dekonditionierung ( vgl.

Urk. 6/41). 4.

## **E. 6.5**

S. 368 f., 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

## **E. 7**

Am 29. Juli 2022 zog sich die Versicherte anlässlich eines Stolpersturzes eine Weber A Fraktur links zu. Die daraufhin verordnete Physiotherapie wurde laut Berichterstattung der behandelnden Physiotherapeutin nach 9 Sitzungen bei zwar fehlender Compliance, aber dennoch zufriedenstellender Situation beendet. Die Beschwerdeführerin habe sich während der Therapie leider nicht compliant gezeigt und eine passive Therapieform begrüsst. Trotz intensiven Gesprächen, auch mit dem Ehemann, habe die Beschwerdeführerin nicht überzeugt werden können. Zuletzt habe sie keine Schmerzen mehr angegeben; das Gangbild sei weiterhin hinkend (vgl. Notfallbericht des Spitals A.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022, Urk. 6/46; Physiotherapiebericht vom 28. Dezember 2022, Urk. 6/47). 4.

## **E. 8**

Dr. Y. \_\_\_ bestätigte am 6. September 2024 den Abschluss der (konservativen) Behandlung bezüglich der stattgehabten Weber-A-Fraktur. Die Rückenschmerzen seien immer wieder kontrolliert und ebenfalls physiotherapeutisch behandelt worden. Unter Therapie habe sich eine Besserung eingestellt, solange sich die Beschwerdeführerin an die Übungen gehalten habe. Es seien keine weiteren Massnahmen oder Untersuchungen geplant, da die Beschwerdeführerin anlässlich der letzten Konsultation berichtet habe, keine Rückenschmerzen zu haben. Bildgebend hätten sich zuletzt keine Änderungen ergeben (Urk. 6/59). 4.

### **E. 9**

Auf entsprechenden Vorhalt kam dipl.

med. B. \_\_\_ , Fachärztin für Innere Medizin/Prävention und Gesundheitswesen, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) mit interner Stellungnahme vom 3. Dezember 2024 zum Schluss, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Andererseits hielt dipl.

med. B. \_\_\_ als Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit Wirbelsäulen- und Abdominalbeschwerden, Flankenschmerzen und Belastungsluftnot fest. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen. Zudem könnte sie ihren Gesundheitszustand durch eine Lifestylemodifikation verbessern. Als medizinische Massnahmen nannte sie eine Bewegungstherapie, Ernährungsberatung und Gewichtsreduktion. Zusammengefasst bestehe kein Gesundheitsschaden mit langfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die kardiologischen und pulmonologischen Untersuchungen hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Als Ursache für die Belastungsluftnot sei von einer Dekonditionierung auszugehen. Bei der pulmonologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin zudem nicht kooperativ mitgewirkt. Die fehlende Mitwirkungsbereitschaft ergebe sich auch aus dem Physiotherapiebericht aus dem Jahr 2022 (Urk. 6/64/6). 4.

### **E. 10**

Dem einspracheweise eingereichten Befundbericht über die MRT-Untersuchung der LWS und ISG vom 21. Januar 2025 sind im Bereich der LWS – näher lokalisierte – fortgeschrittene Spondylarthrosen ohne Aktivierungszeichen und eine kleine Diskusprotrusion bei ansonsten altersbezogenen geringen degenerativen Veränderungen der LWS, ohne Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression oder Stenose zu entnehmen. Das ISG habe sich beidseits unauffällig dargestellt (Urk. 6/81). 4. 1 1

Im Konsiliarbericht vom 31. Januar 2025 hielten die beurteilenden Rheumatologen des Z. \_\_\_ neu resp. präzisierend ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Erstmanifestation (EM) circa 1995, ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom und eine beginnende laterale Gonarthrose beidseits, Erstdiagnose

(ED) 12/2024, fest (Urk. 6/81/3). Die Beschwerdeführerin habe unverändert belastungsabhängige Kniegelenkschmerzen beidseits und lumbovertbrale Schmerzen berichtet. Durch die aktive Physiotherapie sei es zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Radiologisch habe sich als mögliches Korrelat für die Kniegelenkschmerzen eine beginnende lateral betonte Gonarthrose beidseits gezeigt. Die Schmerzen seien aber weiterhin periartikulär und könnten deshalb auch myofaszial durch Fehlbelastung und

Dekonditionierung bedingt sein. Als möglicher Risikofaktor bestehe eine Adipositas. In der LWS hätten sich fortgeschrittene degenerative Veränderungen ohne Aktivierungszeichen oder Nervenwurzelkompressionen ergeben. Die Rückenschmerzen würden daher als degenerativ und myofaszial bedingt interpretiert. Es sei empfehlenswert, die aktive Physiotherapie, insbesondere zur Stabilisierung der autochtonen Rückenmuskulatur unverändert fortzusetzen (Urk. 6/81/3 f.). 4. 1 2

Auf erneuten Vorhalt hielt RAD-Ärztin d ipl.

med. B. \_\_\_ mit Stellungnahme vom 1. April 2025 fest, bei den fortgeschrittenen degenerativen Befunden an der LWS hätten sich weder Aktivierungszeichen noch Hinweise auf eine Nervenkompression oder spinale oder foraminale Enge bei im Übrigen altersbezogen geringen degenerativen Veränderungen ergeben. Beide ISG seien unauffällig. Die behandelnden Ärzte hätten eine Physiotherapie und Stabilisierung der Rückenmuskulatur empfohlen. Daraus ergäben sich keine Neuerungen und es sei auf die Stellungnahme vom 3. Dezember 2024 zu verweisen (Urk. 6/83/2 f.). 5.

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