

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00633 vom 31. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00633

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00633 du 31 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00633 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da der Rentenanspruch aufgrund des Urteils des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2018.00960 vom 17. August 2020 ab Januar 2017 zu prüfen ist (Urk. 7/260 /19) , sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 unbeschrieben 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. 1.5

). 5.2

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). In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen anhand derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen). 5.3

Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass weiterhin vom im Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2008.00513 vom 17. Februar 2009 berücksichtigten Valideneinkommen von Fr. 59'211.-- auszugehen sei (Urk. 1 S. 11). Allerdings hatte die Beschwerdeführerin die damals berücksichtigte Tätigkeit in der Wäscherei des L.____, die sie am 1. Oktober 2002 aufgenommen hatte (Urk. 7/10/1), bereits am 28. März 2003 wieder gekündigt hatte (Urk. 7/10/4), ohne dass ersichtlich wäre, dass dabei gesundheitliche Gründe eine Rolle gespielt hätten. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass sie diese Tätigkeit im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aktuell weiterhin ausüben würde. Was die am 14. April 2003 angetretene Tätigkeit bei der Y.____ betrifft, lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin diese aus gesundheitlichen Gründen nie im vertraglich vereinbarten Umfang ausübte (Urk. 7/4/1, Urk. 7/4/4, Urk. 7/50), weshalb auch aus dieser Tätigkeit keine Rückschlüsse auf die Situation im Gesundheitsfall über 15 Jahre später gezogen werden können. Angesichts der

übrigen Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin, die nach der Ausbildung zur Coiffeuse nie in diesem Beruf tätig war, sondern verschiedene Tätigkeiten, unter anderem als Verkäuferin,

Betreuerin von Pflegekindern, Raumpflegerin und Sekretärin ausübte (vgl. Urk. 7/172), ist vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall auch aktuell solche Hilfsarbeiten ausüben würde. Für die Bemessung des Valideneinkommens ist daher auf das auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiten durchschnittlich erzielbare Einkommen abzustellen. 5.4

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 1. November 2017 mit einem Pensum von 30 % als Mitarbeiterin SPITEXplus bei der Y.____ angestellt (Urk. 7/224). Damit schöpft sie das ihr zumutbare Arbeitspensum jedoch nicht aus, weshalb auch bezüglich des Invalideneinkommens vom durchschnittlich für Hilfsarbeiten erzielbaren Verdienst auszugehen ist. Das Invalideneinkommen beträgt somit grundsätzlich 80 % des Valideneinkommens und der Invaliditätsgrad 20 %. Auch unter Einbezug des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten leidensbedingten Abzuges von 15 % würde kein für eine Invalidenrente erforderlicher Invaliditätsgrad von mehr als 40 % resultieren. Gründe, die für einen höheren Abzug sprechen, sind nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit grundsätzlich zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin keinen über Oktober 2018 hinausgehenden Rentenanspruch hat. Indessen ist angesichts des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin zu prüfen, ob ihr die Selbsteingliederung zumutbar ist oder ob die Beschwerdegegnerin vor der Rentenaufhebung (weitere) Eingliederungsmassnahmen durchzuführen hat. 6.

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Christine Fleisch, am 5. Dezember 2022 Beschwerde mit dem Antrag, es sei die Verfügung vom 3. November 2022 aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Januar 2017 bis und mit 30. Juni 2022 eine

Dreiviertelsrente und ab dem 1. Juli 2022 eine unbefristete Viertelsrente zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6) , worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. Februar 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass ein Rentenanspruch nur bestehe, wenn die gesundheitliche Einschränkung schwer, langandauernd und nicht mehr behandelbar sei. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt und es bestehe daher kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 2 S. 1).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, dass die Beschwerdeführerin zunächst zu 30 % arbeitstätig gewesen sei, worauf sie aufgrund einer Knieoperation während einigen Monaten nicht gearbeitet habe. In der Folge habe sie im Rahmen von Integrationsmassnahmen zwei Arbeitstrainings durchlaufen, welche frühzeitig hätten abgebrochen werden müssen , und habe dann selbst eine Stelle bei der Y.____ gefunden, die sie seit Juli 2017 zu 30 % ausübe (Urk. 6 S. 1). Daraus folge, dass es ihr möglich sei, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urk. 6 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, gemäss der behandelnden Psychiaterin könne entgegen dem psychiatrischen Teilgutachten nicht von einer lang andauernden Zustandsverbesserung der Depression ausgegangen werden. Unter Würdigung der biographischen Belastung, der Persönlichkeitsstruktur, des vergangenen Beziehungsverhaltens und unter Berücksichtigung des Längsverlaufs (double Depression) vertrete die behandelnde Psychiaterin die Ansicht, sie sei in der jetzigen Tätigkeit bei einem Pensum von 30 % optimal eingegliedert und an der Grenze der Belastungsfähigkeit angelangt (Urk. 1 S. 7 f.).

Im Gutachten werde festgehalten, aufgrund der Beurteilung durch die Psychotherapeutin sei am 16. Mai 2017 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Symptomatik eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Diese Symptomatik werde auch im psychiatrischen Bericht vom 14. Juni 2021 bestätigt. Der Gutachter halte fest, dass sie aufgrund einer mittelgradigen depressiven Symptomatik bis zu seiner Begutachtung zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Danach sei es gemäss dem Gutachter zu einer Rückbildung der mittelgradigen depressiven Episode und einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen (Urk. 1 S. 9).

Gemäss dem aktuellen psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachten sei die zumutbare Tätigkeit in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Zudem sei sie in einem fortgeschrittenen Alter. Es rechtfertige sich daher , einen Leidensabzug von 15 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 9 f.). Der Revisionszeitpunkt sei vom Sozialversicherungsgericht auf den 1. Januar 2017 festgelegt worden, wobei der Anspruch auf eine Viertelsrente bis Oktober 2018 geschützt worden sei. Sie arbeite erst seit Juli 2017 zu 30 % bei der Y.____ und es handle sich nicht um eine leidensangepasste Tätigkeit, weshalb sie auch nur im Rahmen von 30 % eine Leistung erbringen könne. Insofern könne auf die im Urteil de s

Sozialversicherungsgerichts vom 17. Februar 2009 festgelegte Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens - unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und eines Lebensabzugs von 15 % - abgestellt werden. Der Invaliditätsgrad betrage demgemäss bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit 64 % und bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit 43 % . Sie ersuche das Gericht daher um die Zusprechung einer Dreiviertelsrente

bis am 30. Juni 2022 und einer unbefristeten Viertelsrente

ab diesem Zeitpunkt (Urk. 1 S. 11 f.).

E. 2.3

mit Hinweisen).

Zudem war f das Gericht die Frage auf, ob die Beschwerde führerin auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden könne (Urk. 7/60 E. 4.3). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin nahm nach der mit Urteil vom 17. August 2020 erfolgten Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren Abklärungen für die Zeit ab Oktober 2016 (Urk. 7/260) die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten:

Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, legte im Schreiben vom 2. Februar 2021 dar, er könne zu den im Formularbericht gestellten Fragen nicht adäquat Stellung nehmen und empfehle eine polydisziplinäre Beurteilung (Urk. 7/278/7). Soweit er die Situation übersehe, bestehe vor dem Hintergrund einer mehrfach traumatisierten Vorgeschichte eine langjährige Schmerzproblematik, die mindestens bis in die frühen Neunzigerjahre zurückreiche. Involviert seien die Kniegelenke, der Rücken und weitverteilt die Weichteile (Urk. 7/278/8). 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verwies in seinem Bericht vom 30. März 2021 hauptsächlich auf die Vorberichte und führt zur aktuellen medizinischen Situation aus, beim letzten Konzil hätten Rückenschmerzen und Gonalgien links bei Status nach einer - nicht weiter aktenkundigen - Knieendoprothese im Februar 2021 und eine psychosoziale Belastungssituation bei Tod des Vaters und Unfall des Ehemannes vorgelegen. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert (Urk. 7/287/2). 3.3

Am 16. und 23. März 2021 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, untersucht. Er stellte in seinem Bericht vom 12. April 2021 auf seinem Fachgebiet die Diagnosen eines therapieresistenten, chronisch generalisierten myofaszialen Schmerzsyndroms (Fibromyalgiesyndrom), eines ausgeprägten lumbosakralen spondylogenen Syndroms beidseits mit Ausstrahlung in den Bauch, die unteren Extremitäten beidseits und nach kranial und reduzierter Belastbarkeit sowie einer Adipositas (Urk. 7/287/9). Er hielt fest, die Kniebeschwerden, welche während mehreren Jahren die gesundheitliche Situation belastet hätten, seien nach den durchgeführten Operationen zurückgegangen. Trotzdem würden die generalisierten Schmerzen im Sinne eines myofaszialen Schmerzsyndroms persistieren und die bereits im Jahr 2006 erhobenen Befunde seien anlässlich der aktuellen Untersuchung praktisch unverändert vorhanden, was die Evidenz der Chronifizierung und der Therapieresistenz des Weichteilrheumas bekräftige. Die Kombination der gestellten Diagnosen führe zu einer deutlich reduzierten körperlichen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, eine Tätigkeit - auch eine leichte, angepasste Arbeit - in einem Pensum von über 30 % auszuüben. Hinzu kämen die psychischen Schwierigkeiten, welche er als Nicht-Psychiater in dieser Beurteilung nicht

thematisiert und nicht berücksichtigt habe (Urk. 7/287/10 f.). 3.4

Die Beschwerdeführerin begab sich per 1 1. Dezember 2020 in psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. In ihrem Bericht vom 1 4. Juni 2021 stellte sie auf ihrem Fachgebiet die Diagnosen einer chronisch rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig therapieresistente mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer Persönlichkeit mit selbstunsicheren und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61; Urk. 7/289/3). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1 1. Dezember 2020 bis auf weiteres zu 70 % arbeitsunfähig (Urk. 7/289/1). Die Verwertung der postulierten Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführerin in all den Jahren seit 2003 aufgrund der Schwere der einschränkenden Schmerzen im Bewegungsapparat und der chronifizierten Depression nicht möglich gewesen. Der Schweregrad der depressiven Störung sei chronisch mittelgradig und habe sich auch unter medikamentöser Therapie nicht gebessert. Die Persönlichkeitsstruktur

sei geprägt von schlechtem Gewissen und Angst, die eigenen Bedürfnisse adäquat durchsetzen zu können. Die Behandlungsbemühungen, auch mit unterschiedlichen therapeutischen Rehabilitationsansätzen bei vorhandener Eigenanstrengung und Motivation der Beschwerdeführerin und psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung hätten den Zustand der komorbiden Beeinträchtigung nicht verbessert (Urk. 7/289/3). Das aktuelle 30%ige Arbeitspensum bei der Y.____ sei am oberen Limit der Belastbarkeit und Erholungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zwei bis zweieinhalb Stunden pro Tag / 30 % sei für die bisherige Tätigkeit das Belastungslimit, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei im selben Umfang an vier Tagen pro Woche zumutbar. Wenn sich der psychische und körperliche Zustand bessern sollte (nicht in nächster Zeit absehbar), sei die bisherige, angepasste Tätigkeit zu maximal 30 % denkbar. Mit der aktuellen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin bereits optimal eingegliedert (Urk. 7/289/5). 3.5

Am 20. Januar 2022 führte Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, bei Diagnosen einer Narbenhernie bei Zustand nach proximalem Magenbypass eine diagnostische Laparoskopie, Adhäsionolyse

und intraperitoneales Onlay -Mesh, laparoskopisch

mittels Symbotex -Netz durch (Urk. 7/321/1). Der intra-

und postoperative Verlauf sei vollkommen regelrecht gewesen und die Beschwerdeführerin sei am 23. Januar 2022 in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand nach Hause entlassen worden (Urk. 7/321/2). 3.6

3.6.1

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie, hielten im polydisziplinären C.____ -Gutachten vom 13. Juni 2022 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest. Den folgenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/324 /10): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Zustand nach Adipositas Grad 3 (aktuell Übergewicht bei BMI 29.4 kg/m³) - Hypercholesterinämie - Zustand nach Cholezystektomie 2013 - Zustand nach idiopathischer Pankreatitis 2017 - a

ktenanamnestisch Leber- und Nierenzysten - Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits - degeneratives Kniegelenksleiden - Panvertebralsyndrom 3.6.2

Die Gutachter legten in der Konsensbeurteilung dar, im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stünden Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates, die Beschwerdeführerin beklage des Weiteren Bauchschmerzen. Die Schmerzen seien zum Teil organmedizinisch nachvollziehbar. Von psychiatrischer Seite sei hin sichtlich der organmedizinisch nicht ausreichend erklärten Rückenschmerzen unter Berücksichtigung der Unterlagen von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor dem Hintergrund ganz erheblicher biographischer Belastungen auszugehen. Es ergebe sich zudem das Bild einer reaktiven depressiven Störung aufgrund der Schmerzen. Für eine depressionsbedingte Antriebsminderung gebe es jedoch keine Hinweise, sondern die Beschwerdeführerin habe eine Einschränkung von Aktivitäten aufgrund der Schmerzen geschildert. Darüber hinaus habe sie sich trotz durchaus zum depressiven Pol verschobener Grundstimmung affektiv gut schwingungsfähig gezeigt und über diverse positiv besetzte Aktivitäten und gute soziale Kontakte berichtet. Bei der Beschwerdeführerin liege eine leicht ausgeprägte chronifizierte depressive Symptomatik im Sinne einer Dysthymia vor dem Hintergrund der Schmerzen und der damit verbundenen Einschränkungen im Alltag vor. Zwischenzeitlich sei es gemäss den Unterlagen zu einer stärkeren Depressionssymptomatik im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode gekommen.

Hintergrund davon scheine eine psychosoziale Konfliktsituation gewesen zu sein. Dass damals eine mittelgradige Episode vorgelegen habe, erscheine plausibel. Im psychiatrischen Bericht von Dr. G. ___ vom 14. Juni 2021 würden die Diagnosen einer chronisch rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig therapieresistente mittelgradige depressive Episode sowie anhaltende somatoforme Störung angegeben. Die letztgenannte Diagnose werde auch aktuell gesehen. Was die Depression angehe, erscheine es zwar recht ungewöhnlich, dass nach in diesem Zeitpunkt über vierjähriger ambulanter, zunächst psychotherapeutischer und dann psychiatrischer

Behandlung keinerlei Besserung der Depression eingetreten sein solle, auszuschliessen sei dies aber nicht. Aktuell liege eine Depression in diesem Schweregrad aber eindeutig nicht mehr vor (Urk. 7/324/7).

In internistischer Hinsicht habe sich die Beschwerdeführerin bei ursprünglich vorhandener morbidem Adipositas im Jahr 2010 einer Magenbypass-Operation unterzogen. Langfristig könne dahingehend ein Erfolg konstatiert werden, dass aktuell formal nur noch Übergewicht angegeben werde. Wegen einer Narbenhernie habe im Januar 2022 eine Herniotomie durchgeführt werden müssen. Inwieweit die angegebenen Beschwerden damit zusammenhängen, sei objektiv schwerlich überprüfbar. Bedingt durch das intraoperative Einbringen eines Netzes seien diesbezügliche Beschwerden temporär ein Stück weit nachvollziehbar. Relevante Auswirkungen auf die Funktionalität dürften hier jedoch nicht vorliegen. Dauerhafte Beschwerden hierdurch seien objektiv nicht nachzuvollziehen (Urk. 7/324/8).

Aus rheumatologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf ein entzündlich-rheumatologisches Grundgeschehen. Das Achsenskelett sowie die grossen und kleinen Gelenke seien gut beweglich, mit Ausnahme des rechten Kniegelenks, wo ein Zustand nach Knie totalendoprothesenversorgung vorliege. Es fehle eine neuoradikuläre Ausfallsymptomatik. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische

Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines ausgeschlossen werden könne. Funktionsschmerzen würden von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Wirbelsäule und auch im Bereich der Kniegelenke, speziell am rechten operierten Kniegelenk, angegeben, Funktions Einschränkungen bestünden aber nicht. Ein Fibromyalgiesyndrom könne aktuell nicht bestätigt werden (Urk. 7/324/9). 3.6. 3

Die Experten kamen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aktuell in der bis herigen sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (8.5 Stunden täglich, Leistungsminderung 20 %). Vom 1. September 2016 bis am 15. Mai 2017 sei sie zu 80 % arbeitsfähig gewesen, vom 16. Mai 2017 bis am 14. Juni 2021 zu 50 % , seither sei eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf den aktuellen Wert von 80 % erfolgt . Zwischenzeitlich sei postoperativ nach der Narbenherniotomie vom 20. Januar 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen nachvollziehbar (Urk. 7/324/11 f.). 3.7

Dr. G.____ legte in ihrem Bericht vom 4. September 2022 dar, die Beschwerdeführerin sei in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Spontanaktivitäten, Kontakt zu Dritten und Gruppenfähigkeit des Mini ICF jeweils mit teilsgradig eingeschränkt. Sie benötige ständig Pausen, der Alltag sei durch mehr krankheitsbedingte Ruhezeiten als durch produktive oder Leistungszeiten gekennzeichnet (Urk. 7/330/1). Die Beschwerdeführerin neige bei der Befragung zur Dissimulation (Urk. 7/330/2) . Der Argumentation, dass ein geregelter Tagesablauf mit Alltagsaktivitäten wie Lesen und Fernsehen und Besuchen von ein bis zwei Bezugspersonen zu einer Arbeitsfähigkeit

von 80 % führen sollte, könne aus mehreren Gründen nicht gefolgt werden. So seien die Persönlichkeitsaspekte (selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsanteile) im Gutachten nicht erörtert und dementsprechend nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen worden, obschon die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten geäußert habe ,

Nein zu sagen. Ihre Fähigkeit zur Abgrenzung, besonders unter zeitlicher und inhaltlicher Belastung sei eingeschränkt. Daher habe sie nur zu wenigen Menschen Beziehungen, bei denen sie nicht in Gefahr laufe , sich und ihre Bedürfnisse zu vernachlässigen. Im Team arbeite sie ungerne, Gruppenverträge sie nicht.

Die Arbeit mit den chronisch kranken und unterstützungsbedürftigen Kunden sei emotional anspruchsvoll, bei einem grösseren Pensum bestehe die Gefahr, dass sie sich aufgrund ihrer Persönlichkeit nicht mehr abgrenzen könne, was in einer Zunahme von Schmerzen und Erschöpfung sowie erneuten depressiven Episoden resultiere. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 70 % sei im Kontext der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankungen, insbesondere der Double Depression zu verstehen. Die Gutachter verstünden die komplexe Dynamik des Zusammenwirkens der komorbiden Erkrankungen nicht (Urk. 7/330/3) . Die Reservekapazität und die zeitliche Dimension würden im Mini ICF nicht berücksichtigt , weshalb daraus keine Rückschlüsse auf die Risikoprognose gezogen werden könnten. Letztere sollte anhand der Würdigung der biographischen Belastungen, vergangenem Beziehungsverhalten, der Persönlichkeitsstruktur und dem Längsverlauf der psychischen Störungen erfolgen . Dies sei ihres Erachtens nicht geschehen und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden (Urk. 7/330/4) . 4. 4.1

Die angefochtene Verfügung vom 3. November 2022 basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 13. Juni 2022 (Urk. 7/324). Dieses erfüllt die formalen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl.

E. 1.6 vorstehend) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführer in , berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und ihr Verhalten und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten

(Anamnese) abgegeben . 4.2

In somatischer Hinsicht stellten die Experten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/324/10), was von den Parteien nicht in Frage gestellt wurde . Es erscheint überzeugend, dass die Beschwerdeführerin bei leichten bis mittelschweren Tätigkeiten - was den bisher ausgeübten Tätigkeiten entspricht - durch die von der rheumatologischen Gutachterin diagnostizierten Knick-Senk-Spreizfüsse, das degenerative Kniegelenksleiden und das Panvertebralsyndrom sowie die vom internistischen Gutachter gestellten Diagnosen nicht massgeblich eingeschränkt ist. Diese Einschätzung wird durch die zurückhaltendere Zumutbarkeitsbeurteilung des behandelnden Internisten und Rheumatologen Dr. F.____ , der allein aus somatischer Sicht von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (vorstehend E. 3.3) , nicht in Zweifel gezogen.

Anders als die Gutachter berücksichtigte er nicht bloss die objektivierbaren Beschwerden, sondern zog auch das von ihm angesprochene Schmerz- und Fibromyalgiesyndrom sowie das Weichteilrheuma in seine Beurteilung mit ein. Rechtsprechungsgemäss ist jedoch hinsichtlich dieser Krankheitsbilder die noch zumutbare Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Sachverständigen einzuschätzen und mittels eines strukturierten Beweisverfahrens zu plausibilisieren (BGE 132 V 65 E. 4) . Der entsprechenden Beurteilung des Gutachter Dr. I.____ kommt dementsprechend mehr Gewicht zu.

Zu bemerken bleibt, dass aus internistischer Sicht postoperativ nach der Narbenhernienoperation vom 20. Januar 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen attestiert wurde (Urk. 7/324/94) . Dabei handelt es sich allerdings nicht um eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes, da sie weniger als drei Monate andauerte (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Narbenhernienoperation dementsprechend zu Recht für die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente nicht berücksichtigt. 4.3

4.3.1

Der psychiatrische Gutachter

Dr. I.____

diagnostizierte

eine somatoforme Schmerzstörung , wodurch die

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu 20 % eingeschränkt sei. Der ebenfalls diagnostizierten Dysthymie mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/324/10). Die Beschwerdeführerin verwies diesbezüglich auf die abweichende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin (Urk. 1 S. 6 ff.) . Letztere kritisiert einerseits, dass

Dr. I.____ die Persönlichkeitsaspekte (selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsaspekte) nicht diskutiert und somit für seine Beurteilung auch nicht berücksichtigt habe. Insbesondere tendiere die Beschwerdeführerin zur Dissimulation, dies sei in der Begutachtung nicht exploriert worden .

Andererseits habe Dr. I. ___

die zeitliche Dimension (Risikoprognose) nicht erfasst und das Zusammenspiel der verschiedenen Diagnosen nicht bedacht (Urk. 7/330/1 ff.). 4.3.2

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 4.3.3

Rechtsprechungsgemäss kann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf 8C_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Zwar trifft es zu, dass Dr. I. ___ die von Dr. G. ___ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht im Einzelnen diskutierte. Indessen

kam er gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung und Befragung der Beschwerdeführerin inklusive einer ausführlichen Anamneseerhebung zum Schluss, dass keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung vorlägen, sondern die Beschwerdeführerin über eine verträgliche, kontaktfreudige und offene Persönlichkeit verfüge (Urk. 7/324/44). Somit setzte er sich abweichend von der Ansicht der behandelnden Psychiaterin durchaus mit der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin auseinander. Inwiefern er dabei nicht lege artis vorgegangen sein sollte, ist nicht ersichtlich, zumal im bisherigen Verlauf inklusive mehrfacher Begutachtungen nie eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (vgl. u.a. Urk. 7/ 21/16, Urk. 7/84/25 f.) , obwohl sich diese Störungen definitionsgemäss bereits in der Kindheit und Jugend entwickeln und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren (Horst Dilling / Werner

Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F60-F61 , S. 276 f.) . Es sind keine Anhaltspunkte dafür

zu erkennen , dass die von Dr. G.____ vorgebrachte Neigung zur Dissimulation die Ergebnisse der Begutachtung massgeblich beeinflusst hätte ; immerhin war die Beschwerdeführerin

unter anderem in der Lage, ihre Beschwerden und Einschränkungen zu schildern und insbesondere anzugeben , dass eine Steigerung ihrer Arbeitstätigkeit auf mehr als 30 % ihrer Ansicht nach nicht möglich sei (Urk. 7/324/41, Urk. 7/324/43) . Es sind daher hinsichtlich der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin keine Aspekte ersichtlich, die Dr. I.____ nicht berücksichtigt hätte und auf grund derer sich eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde. 4.3.4

Was das Zusammenwirken der verschiedenen Diagnosen und den Längsverlauf betrifft , stellte

die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (Urk. 7/ 289/3) , während Dr. I.____ von einer Dysthymie ausging und festhielt, ab dem Jahr 2017 habe sich darauf eine depressive Episode aufgepfropft. Das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung hielt er nicht für nachvollziehbar, was angesichts des von ihm angeführten Umstandes, dass die Beschwerdeführerin vor der Therapieaufnahme im Jahr 2017 über sehr viele Jahre keine psychiatrische Therapiemassnahmen in Anspruch genommen hat , nachvollziehbar erscheint. Aktuell liegt gemäss seiner Beurteilung nur noch eine Dysthymie vor, was er damit begründete, dass keine Hinweise für eine depressionsbedingte Antriebsminderung bestünden. Die Beschwerdeführerin habe sich trotz Neigung

zum depressiven Pol affektiv gut schwingungsfähig gezeigt und über diverse positiv besetzte Aktivitäten und gute soziale Kontakte berichtet (Urk. 7/324/45 f.). Mit diesen von ihrer Diagnostik abweichenden Ausführungen setzt sich die behandelnde Psychiaterin nicht auseinander und ihre Ausführungen zum Zusammenwirken der verschiedenen Diagnosen erweisen sich daher nicht als geeignet, Zweifel an der Beurteilung von Dr. I.____ zu erwecken. Zudem fällt ins Gewicht, dass Dr. G.____

dafür hielt , es sei von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und in all den Jahren seit 2003 sei wegen der Schmerzen und der Depression die Verwertung der postulierten Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen (vorstehend E. 3.4). Dabei übersieht sie, dass der Beschwerdeführerin aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht bis Ende 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zugemutet wurde. Insoweit fehlt es der Beurteilung von Dr. G.____

an Nachvollziehbarkeit , was sie massgeblich entkräftet . Des Weiteren schloss Dr. I.____ Tätigkeiten mit emotionalen Belastungen - wie auch Dr. G.____ - ausdrücklich als dem Leiden der Beschwerdeführerin nicht angepasste Tätigkeiten aus (Urk. 8/324/51) und berücksichtigte somit auch das Risiko einer erneuten Verschlechterung der depressiven Störung .

Der Beurteilung von Dr. G.____

sind somit auch in dieser Hinsicht

keine Aspekte zu entnehmen , welche bei der Begutachtung ungewürdigt geblieben wären . Ihre abweichende Beurteilung ist daher nicht geeignet, den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu schmälern.

4.4

4.4.1

Von der aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit vom 16. Mai 2017 bis am 14. Juni 2021 und der ab diesem Zeitpunkt postulierten schrittweisen Verbesserung auf den Wert von

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3 mit Hinweisen).

Praxisgemäss darf bei fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit, wenn die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben ist, die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_480/2018 vom 26. November 2018 E. 7.3 und 8C_311/2018 vom 16. November 2018 E. 5.5). So können berufliche Massnahmen zwar unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (Urteile des Bundesgerichts 8C_111/2018 vom 21. August 2018 E. 6.4 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Von fehlendem Eingliederungswillen oder fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit ist indes nur dann auszugehen, wenn sie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten

Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung und Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor dem kantonalen Versicherungsgericht gemachten Ausführungen und die gestellten Anträge (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.1 und 6.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Die 1961 geborene Beschwerdeführerin war zwar im Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Ende Oktober 2018 bereits über 55 Jahre alt und eine Selbsteingliederung daher vermutlich unzumutbar. Indessen ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin im Jahr 2017 - nach Eintritt der Verschlechterung auf Grund der Einsetzung einer Knieprothese und darauffolgender Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/260/14 f.) - bereits Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern prüfte und der Beschwerdeführerin am 8. Februar 2017 Kosten gutschrieb für Beratung und Begleitung (Urk. 7/181) sowie am 18. April und am 9. Juni 2017 für Arbeitstraining, Akquisition und Nachbetreuung (Urk. 7/189, Urk. 7/202) erteilte.

Die Arbeitstrainings wurden jeweils nach kurzer Zeit abgebrochen, da sich die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gefühlt hatte, diese mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen weiterzuführen und die Rentenprüfung gewünscht hatte (Urk. 7/192, Urk. 7/207), obwohl es sich dabei um behinderungsangepasste Tätigkeiten handelte (Urk. 7/212/2). Zudem ist die Beschwerdeführerin - wie sie dies durchgängig gegenüber sämtlichen C.____ - Gutachtern äusserte (Urk. 7/324/43, Urk. 7/324/58, Urk. 7/324/71)

-

subjektiv der Überzeugung, nur zu 30 % arbeitsfähig zu sein,

und sie beantragte weder im Einwand noch in der Beschwerde die Durchführung von beruflichen Massnahmen (vgl. Urk. 1, Urk. 7/331/2). Es erscheint daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass es der Beschwerdeführerin an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehlt.

Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerdegegnerin dem ihr obliegenden Eingliederungsauftrag genügend nach gekommen, weshalb die Beschwerdeführerin auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen ist.

Mithin steht das fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin der Rentenaufhebung nicht entgegen. 7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdeführerin keinen über den bereits mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2018.00960 vom 17. August 2020 rechtskräftig zugesprochenen Anspruch auf eine Viertelsrente bis Oktober 2018 (Urk. 7/260/19) hinausgehenden Rentenanspruch. Die angefochtene Verfügung vom 3. November 2022 erweist sich daher als rechtmässig und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

und auf Fr. 7 00.-- festzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrEngesser

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