

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00349 vom 13. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00349

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00349 du 13 octobre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00349 del 13 ottobre 2025

Erwägungen

E. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab gegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2

m.w.H.).

E. 4.2

Der RAD-Arzt Dr. B.____ hielt nach Einsicht in das A.____ - Gutachten am 11. Oktober 2023 aus somatischer Sicht fest, dass eine Funktions- und Belastungsminderung des linken Kniegelenks und der thorakolumbalen Wirbelsäule bestünden. Noch zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit Sitzgelegenheit (40 % Sitzen) ohne häufiges Rumpfvorbeugen / - drehen, ohne Arbeiten mit erhöhter Anforderung an die Standsicherheit (wie Besteigen von Leitern, Gerüsten und Podesten oder Begehen unebener, abschüssiger Wegstrecken) sowie ohne Knien/Hocken/Kauern oder schlagende/stossende/rüttelnde/vibrierende Kräfteinflüsse. Seit der Knieoperation vom 13. Dezember 2022 bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin « Reinigung / Wäsche » eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, unter Berücksichtigung des vorstehend definierten Belastungsprofils eine solche von 0 % mit Ausnahme von vier Monaten perioperativ. Da es sich um einen degenerativ fortschreitenden Prozess handle, sei somatisch keine Verbesserung mehr zu erwarten. Zur Konsistenz und Plausibilität zitierte Dr.

B.____ aus dem orthopädischen Teilgutachten (E. 3.4) und der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (E.

3.2).

Er schlussfolgerte, in somatischer Hinsicht beruhe das Gutachten auf eigenen Untersuchungen, erscheine schlüssig, sei umfassend und berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome. Es sei darauf abzustellen (vgl. Urk. 6/192/9 f.).

E. 4.3

Dr. B. _____

hat das Gutachten aus somatischer Sicht

somit in keiner Weise beanstandet. Soweit die Beschwerdeführer in

die Formulierung «orthopädisch nicht gänzlich erklärbar» monierte, ist ihr entgegenzuhalten, dass diese aus dem orthopädischen Teilgutachten stammt, dem sich ohne weiteres entnehmen lässt, welches Beschwerdeausmass subjektiv

geklagt wurde und welches Ausmass an gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund der klinisch und bildgebend erhobenen Befunde als objektiv nachvollziehbar beurteilt wurde

(vgl. E. 3.4). Letztere wurden im Belastungsprofil berücksichtigt (Urk. 6/182/62), das in die Gesamtbeurteilung einfluss (vgl. E. 3.2).

Zur Knie-Transplantation ergeben sich zudem weder aus den Spitalberichten (Urk. 6/170-171) noch dem Austrittsbericht zur anschliessenden sechswöchigen Rehabilitation (Urk. 6/174) Anhaltspunkte für Komplikationen. Zudem hatten die Behandler zu den geklagten Schmerzen tieflumbal, gluteal und an der Schulter bereits im April/Mai 2023 berichtet, dass sich laborchemisch keine humorale Entzündungsaktivität zeigen würde. In Bezug auf die Lendenwirbelsäule konstatierten sie lediglich beginnende degenerative Veränderungen und zu den Schulterbeschwerden rechts

(nach Stockentlastung

infolge der Knieoperation) diagnostizierten sie bei ultrasonographisch moderater Flüssigkeit in der Bursa

subacromialis/ subdeltoidea

rechts

bliesen Verdacht auf eine Bursitis subacromialis sowie eine Tendinopathie der Bizepssehne. Für das Rücken- und Schulterleiden wurden

Infiltrationen

denn auch lediglich angeboten und nicht etwa empfohlen.

Im Zusammenhang mit den geringen Befunden an den Hüftgelenken wurden gar keine Behandlungsoptionen thematisiert. Letztlich wurde – wie im Gutachten –

auf eine Fehlstatik des Achsenskeletts und muskuläre Dysbalance hingewiesen bzw.

wurden die multilokulären Arthralgien als am ehesten myofaszial bedingt beurteilt.

Deshalb sollte die Beschwerdeführerin primär die ambulanten physiotherapeutischen Massnahmen weiterführen und ferner wurde ein psychosomatischer Behandlungsansatz erwogen (vgl. Urk. 6/182/97-100; dazu ferner Urk.

E. 6

/149/19).

Aus kardiologischer Sicht hielten die Behandler am 22. Dezember 2022 unter Einbezug der Anamnese

sinngemäss fest , dass das EKG die geklagte , in den letzten Monaten zunehmende Müdigkeit und Leistungsminderung

nicht erkläre ; es bestünden keine Hinweise auf eine kardiale Dekompensation. Höchstwahrscheinlich handle es sich um Dekonditionierung bei angegebener Gewichtszunahme von 8 kg (vgl. Urk.

6/182/88 f.). 4 . 4

Aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin und Berichten der Behandler ergeben sich somit

keine

somatischen Aspekte , die im A.____ -Gutachten bzw. vom RAD-Arzt verkannt worden wären und

eine anhaltend höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer

Sicht nahelegen würden. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind zudem schlüssig begründet, so dass darauf abzustellen ist . 5 . 5 . 1

Hauptstreitpunkt zwischen den Parteien ist die psychiatrische Arbeitsfähigkeit. Die für den RAD tätige Psychiaterin, Dr. C.____ , führte in ihrer Stellungnahme vom 11. Oktober 2023 zu den Teilgutachten der Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie aus , dass mit dem nicht nachvollziehbaren Verdacht auf eine Schizophrenie

kein psychisches Leiden mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei . Unter Benennung der ICD-10-Kriterien einer Schizophrenie hielt sie fest, diese seien nicht erfüllt. Es würden keine komplementären oder dialogisierenden Stimmen beschrieben und die beschriebene «depressive» Symptomatik entspreche keiner Negativsymptomatik. Wenig nachvollziehbar sei die Aussage, dass die Beschwerdeführerin aus isoliert klinisch - psychiatrischer Beurteilungsperspektive insgesamt authentisch und plausibel gewirkt habe, vor allem in Anbetracht der starken Auffälligkeiten und Hinweise auf bewusstes Aggravationsbestreben bei der neuropsychologischen Begutachtung. Aus ihrer Sicht handle es sich bei der Beschwerdeschilderung um eine laienhafte Beschreibung der psychotischen Symptome. Zudem zeige der beschriebene Befund keine Hinweise auf eine psychotische Symptomatik (Urk. 6/192/10 f.). 5 . 2

Wie vom begutachtenden Psychiater hinsichtlich der nicht erfüllten

ICD-

E. 6.3

Mit Blick auf die fehlende berufliche Ausbildung

und die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin ist für das Einkommen ohne Invalidität vom Total für Frauen im Kompetenzniveau 1 der im Verfügungszeitpunkt zuletzt publizierten LSE 2020 , Tabelle TA1_targe_skill_level, von

Fr. 4'276.-- pro Monat auszugehen .

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und der bei Verfügungserlass bekannten Lohnentwicklung bis ins Jahr 2021 von 0.6 % (Nominallohnindex , Frauen 2021-2024 , Total, Tabelle T1. 2. 20) resultiert für das zumutbare Vollzeitpensum ein Jahreseinkommen von Fr. 53'814.-- (4'

E. 10

Kriterien selbst angefügt (vgl. Urk. 6/182/36), sind s chizophrene Störungen im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekenn zeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, auch wenn sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können.

Den Leitlinien ist unter anderem zu entnehmen, dass Betroffene oft glauben , dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder andere daran teilhaben. Besonders akustische Halluzinationen sind häufig und können das Verhalten oder die Gedanken kommentieren. Zu Beginn ist Rat losigkeit häufig und führt oft zur Überzeugung, dass alltägliche Situationen eine besondere, meist unheimliche Bedeutung haben, die sich einzig auf die Betrof enen bezieht. Bei der charakteristischen schizophrenen Den kstörung werden nebensächliche und unwichtige Züge eines Gesamtkonzepts, die bei normaler psychischer Aktivität eine geringe Rolle spielen, in den Vorder g rund gerückt und an Stelle wichtiger und situationsentsprechender Elemente verwendet. So wird das Denken vage, schief und verschwommen und der sprachliche Ausdruck gelegentlich umständlich. Brüche und Einschiebungen in den Gedankenfluss sind häufig. Die Stimmung ist charakteristischerweise flach, kapriziös und unange messen. Ambivalenz und Antriebsstörung können als Trägheit, Negativismus und Stupor erscheinen. Die Störung kann akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten beginne n oder schleichend mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen . Retrospektiv kann möglicherweise eine Pro dromalphase identifiziert werden, in der Symptome und Verhaltensweisen wie Interesse n verlust an der Arbeit, an sozialen Aktivitäten, am persönlichen Erscheinungsbild und an der Körperhygiene zusammen mit generalisierter Angst, leichter Depression und Selbstversunkenheit dem Auftreten psychotischer Symp tome vorausgehen können (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internatio nale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/ Mombour /Schmidt [Hrsg.], 1 0. Aufl. , 2015, S. 127-130). 5 .3

Nichts von alle dem lässt sich dem psych i atrischen Teilgutachten entnehmen . Der Allgemein-, Pflege- und Ernährungszustand der Beschwerdeführerin war gut, sie war allseits orientiert und ausser einer im Laufe der Exploration abnehmenden Konzentration fanden sich objektiv keine kognitiven Defizite. Charakteristische Denkstörungen oder Anzeichen für wahnhafte Denkinhalte wurden

explizit

keine dokumentiert (vgl. E. 3.6) . Entsprechend es gilt für das neuropsychologische Teilgutachten . Es fanden sich keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen (vgl. Urk. 6/182/70).

Im Gespräch zeigte die Beschwerdeführerin

zudem nicht annähernd die Defizite, wie sie sich in der unmittelbar anschliessenden Test diagnostik offenbarten und nach Angaben des begutachtenden Neuropsychologen medizinisch nur zu erklären wäre n , bestünde eine medizinische Störung, die eine Selbständigkeit in den Basis-Alltagsaktivitäten ausschliesst (vgl. E. 3.5) . Eine solc h e ist

indes klar zu verneinen. Selbst der begutachtende Psychiater sprach letztlich

nur von einer Prodromalphase

mit allmählichem Übergang in einen psychotischen Zustand bei (noch) nicht erfüllten ICD-10 Kriterien und das Erscheinungsbild der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.6) wie auch die

von ihr geschilderten, selbständigen Alltagsaktivitäten stehen einer solchen gravierenden Störung klar entgegen

(vgl. E. 3.7).

Entsprechendes gilt für den jüngsten Bericht des Zentrums D.____ vom 4. August 2020, bestätigt und ergänzt am 16. April 2021. Die Behandler diagnostizierten eine schwere depressive Episode [gar] ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Zum Befund hielten sie fest, der Druck im Kopf sei stärker geworden; es bestünden weiterhin das Stimmengewirr, Lust- und Interessenlosigkeit, schnelle Erschöpfung und eine starke Einschränkung der Konzentrations- und Merkfähigkeit. Sie beschrieben den Gesundheitszustand als stationär, berichteten eine nicht besonders intensive Therapiefrequenz und beurteilten die Beschwerdeführerin als weiterhin voll arbeitsunfähig; den Haushalt könne sie mit Hilfe des älteren Sohnes knapp bewältigen.

Auto fahre sie nicht (vgl. Urk. 6/147). Es fällt somit vorderhand auf, dass nicht nur keine auffälligen Denk- und Verhaltensmuster, sondern auch keine zunehmenden Halluzinationen

angegeben wurden. Zudem konnte die Beschwerdeführerin den Haushalt vor dem Einzug der Schwiegertochter (vgl. Urk. 6/182/30) selbst erledigen

(auch Urk.

6/149/25) und fährt dafür inzwischen wieder Auto.

Auch im Austrittsbericht zur stationären Rehabilitation vom 18. Dezember 2022 bis 19. Januar 2023 nach Implantation der Knieprothese

finden sich keine Indizien für

oben beschriebene Störungsspezifitäten. Vielmehr wurde konstatiert, die Beschwerdeführerin

habe sehr konzentriert und engagiert an allen angebotenen Therapien teilgenommen und die erforderlichen postoperativen Einschränkungen eingehalten. Im Verlauf hätten Beweglichkeit und Belastbarkeit kontinuierlich zugenommen und die Schmerzen gebessert. Die analgetische Medikation habe daher im Verlauf adaptiert und die zunächst installierten Opiate ausgeschlichen werden können. Einzig unter «Prozedere» findet sich der Hinweis, dass die Beschwerdeführerin sich bei Verschlechterung der Depression nach ihrem Austritt selbständig bei ihrem Psychiater vorstellen werde (vgl. Urk. 6/174). 5.4

Es

ist daher der Einschätzung von Dr. C.____ beizupflichten, dass er in medizinischer Sachverständiger die Angaben des Exploranden im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorbehaltlos unter Hinweis auf eine «isoliert klinisch-psychiatrische Beurteilungsperspektive» bzw. «unter der Annahme einer allseitig authentischen

Beschwerdeschilderung» als richtig ansehen darf . Wie der begutachtende Psychiater selbst darlegte und die RAD-Ärztin betonte, sind die ICD-Kriterien (vgl. Dilling/ Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O. S. 129) für eine schizophrene Erkrankung nicht erfüllt – weder aus der Begutachtung noch den Akten ergeben sich klare respektive objektive Anhaltspunkte für eine solche.

Es ist zwar nachvollziehbar, dass die Selbstwahrnehmung und -einschätzung bei

Vorliegen einer psychotischen Störung Schwierigkeiten bereite t und sich daraus D iskrepanzen zwischen objektivierbarem Gesundheitsschaden/Funktionsniveau und subjektiv e r Beschwerde klage

ergeben können . Abgesehen davon, dass der Gutachter aber selbst nach Jahren noch

keinen eigentlichen psychotischen Zustand feststellte , verfügt die klinische Neuropsychologie über wissenschaftlich anerkannte Verfahren, die e ine differenzierte und realistische Einschätzung der Folgen einer psychischen Störung erlauben (etwa Ludger Neumann -Zielke et al., Leitlinie «Neuropsychologische Begutachtung», Zeitschrift für Neuropsychol og ie, 26 (4), 2015,

S. 290 f.; « Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung » der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen vom 1 2. Februar 2011 ,

Ziff. 4 «Funktion des neuropsychologischen Gutachtens»,

abrufbar unter <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de>) . Sie dient also gerade dazu, bei gegebener Anstrengungsbereitschaft der Testperson das Ausmass der Beeinträchtigung unabhängig von deren Selbstwahrnehmung/-einschätzung objektiv abzuklären bzw. zu quantifizieren.

Wenn sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Exploration und im Gespräch mit dem begutachtenden Neurop sy chologen weitgehend unauffällig zeigt e , in der unmittelbar darauf

folgenden Testdiagnostik jedoch die einfachsten Instruktion en nicht mehr verstand und ein massiv verlangsamtes Arbeitstempo sowie eine massiv reduzierte Reaktion demonstriert e , so lässt dies – Dr. C.____ folgend –

den Schluss zu, dass sie ihren Zustand im entscheidenden A ugenblick im Wissen um die gegenwärtige Leistungsmessung be wusst schlecht darstellte. 5 .5

Es kommt hinzu, dass Dr. Y.____ in der Begutachtung vom

E. 11

Juli 2016 (vgl. Urk.

6/80/5) noch

fest hielt , die Beschwerdeführerin wirke insgesamt unsicher und überfordert , sei wenig ansprechbar. Es fänden sich relevante kognitive Störungen mit Einschränkungen von Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Es bestünden teilweise aggressiv fordernd e und sprunghafte Verstimmungen, die sowohl anamnestisch als auch in der Untersuchungssituation aufträten. Hinzu kämen Morgenerwachen (um 2 und 4 Uhr) und teilweise rezidivierende Gedanken an Suizid. Neben der rezidivierenden depressiven

Erkrankung mit psychotischen Symptomen sei eine schizoaffektive Psychose zu diskutieren, jedoch stünden die formalen und inhaltlichen Denkstörungen nicht im Zentrum. Zusätzlich zu diskutieren sei eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung. So sei es in der ersten Ehe zu regelmässigen, schweren körperlichen Übergriffen und in der zweiten Ehe zu schweren psychischen Misshandlungen gekommen; die Beschwerdeführerin gebe an, Todesangst und Angst gehabt zu haben, und zeige Misstrauen, Zurückgezogenheit sowie schwere Ängstlichkeit. Hinzu kämen Anteile einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin gebe an, panische Angst vor Gürteln mit Löchern zu haben. Die Beschreibung solcher Kleinigkeiten wie Löcher, die zur Auslösung von Flashbacks führten, seien eine sehr typische Darstellungsweise, die nicht aus Büchern hervorgehe. Damit sei die Schilderung insgesamt glaubwürdig (vgl. Urk. 6/80/23 f.) .

Im Befund erwähnte er

dabei etwa eine fluktuierende Aufmerksamkeitsfähigkeit, Gedankensprünge und Denkerfahrenheit, im formalen Denken

teils nicht geordnet, teilweise erhebliche Weitschweifigkeit und fehlende strukturierte Antworten. In der Untersuchung sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin teilweise «woanders hinhörte». Diese wiederum gab unter anderem

an, beim Anblick eines Gürtels mit Löchern Bilder vor den Augen zu haben, wie sie schwer misshandelt werde. Manchmal komme es ihr vor, als ob die ganze Welt um sie herum sie komisch anschauen würde (vgl. Urk. 6/80/12). Angst habe sie, wenn ein Mann laut werde. Angst und Desorientierung mit Zittern erlebe sie, wenn zu viele Leute in einem Raum wären und reden würden. Sie fühle sich manchmal so, als ob alle sie anstarren würden. Die wüssten sicher, was mit ihr los sei. Trotz Einkaufsliste könne sie nicht denken, was sie einkaufen wolle. Sie verliere häufig ihre Schlüssel und könne überhaupt nicht mit dem Handy umgehen. Zusätzlich zu den starken Kopfschmerzen habe sie ein Geräusch im Kopf, als ob ein Düsenjet landen würde (vgl. Urk. 6/80/

E. 12

x 1.006). Nach dem Abzug von 10 %

verbleibt ein massgebliches Einkommen mit Invalidität von Fr.

48'432.--.

Stellt man dieses dem unbestrittenen Einkommen ohne Invalidität von Fr. 70'203.--

gegenüber, resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr.

21'771.-- und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 31 %. Die Aufrechnung der inzwischen bekannten Nominallohnentwicklung von 0.8 %, 1.8 % und 2.6 % für die Jahre 2022 bis 2024 auf beide Vergleichsein kommen vermöchte daran nichts zu ändern. Zudem würde sich auch unter der bisherigen Rechtsprechung in Nachachtung des somatischen Belastungsprofils kein höherer leidensbedingter Abzug rechtfertigen (etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_410/2023 vom 5. Dezember 2023 E. 5.4.2.3, 9C_395/2022 vom 4. November 2022 E. 4.5.3). Insoweit kann offenbleiben, ob

Art. 26 bis

Abs. 3 IVV

in der aktuellen Fassung auch auf am 1. Januar 2024 bereits laufende Renten Anwendung findet und nunmehr eine abschliessende Regelung enthält (vgl. BGE

150 V 410). 7.

7.1

Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin inzwischen wieder vollzeitig arbeitsfähig ist. Der psychopathologische Befund hat sich deutlich gebessert und auch im Alltag finden sich keine Anhaltspunkte für eine schwere psychische Beeinträchtigung; eine allfällige Restsymptomatik ist bei gezielter Aggravation des Zustandes unter Beobachtung nicht zu verifizieren. Unter Berücksichtigung der festgestellten somatischen Einschränkungen ist die Erwirtschaftung eines rentenausschliessenden Einkommens künftig wieder möglich. Nur der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass in keiner Weise dokumentiert ist, dass die Beschwerdeführerin die ihr am 4. November 2016 auferlegte Schadenminderungspflicht im Sinne einer wöchentlichen Psychotherapie und engmaschig kontrollierten und evaluierten Psychopharmakotherapie, auch in Bezug auf den Medikamentenspiegel (vgl. Urk. 6/93), jemals tatsächlich erfüllt hat (Urk. 6/182/36 Ziff. 7. 1; Urk. 6/192/4). 7.2

Zu beachten ist, dass bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie im Zeitpunkt der Revisionsverfügung – wie die Beschwerdeführerin um wenige Tage – das 55.

Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen sind, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten.

Ausnahmen sind möglich, 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_235/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2.1 und 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.3.2), wofür in den vorhandenen Akten keine Anhaltspunkte bestehen. Ein übertriebenes Krankheitsgebaren in der Begutachtung und der fehlende Antrag im Prozess lassen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch nicht auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft schliessen (vgl. oberwähntes Bundesgerichtsurteil 8C_235/2019 E. 3.2.3). 7.3

Der angefochtene Entscheid ist folglich aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese unverzüglich Eingliederungsmassnahmen an die Hand nimmt, gegebenenfalls ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2023 vom 4. Oktober 2024 E. 4.3) und alsdann neu über die Aufhebung des Rentenanspruchs verfügt. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der Beschwerdeführerin (vorerst) weiterhin eine ganze Rente auszurichten. 8. 8.1

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. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht

[GebV

SVGer]). Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze sowie des Verfahrensausgangs (Rückweisung von Amtes wegen) ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 8.3

Das (nach Fristablauf substantiierte und näher belegte, vgl. Urk. 8-13) Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 7. Juni 2024 (Urk. 1 S. 2) erweist sich somit als gegenstandslos. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 7. Juni 2024 wird als gegenstandslos abgeschrieben und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen Massnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung ergreift und hernach neu über die Rentenaufhebung verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Fehr Bonetti

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