

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00430 vom 28. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00430](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00430)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00430 du 28 novembre 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00430 del 28 novembre 2024

## Erwägungen

### E. 1

1.%2 Die 1971 geborene X.\_\_\_\_, Mutter dreier Kinder (geboren 1993, 1996, 2004; Urk.

#### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Mit dieser sogenannten Weiterentwicklung der IV wurden namentlich neue Vorschriften zur Festlegung der Invalidenrente und zur Invaliditätsbemessung erlassen. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechts sätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 17. Juni 2024 und somit nach dem Inkrafttreten der Änderungen per 1. Januar 2022 ergangen. Strittig ist jedoch die Aufhebung der bisherigen Invalidenrente der Beschwerdeführerin per Mai 2021. Die Frage nach der Rechtmässigkeit der Aufhebung auf diesen Zeitpunkt hin ist aufgrund der allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsätze anhand der dann zumal gültig gewesenen Rechtsvorschriften zu beurteilen. Nach der speziellen übergangsrechtlichen Regelung zu den Änderungen per 1. Januar 2022 bleibt sodann bei Personen, die am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hatten, der nach bisherigem Recht festgelegte Rentenanspruch bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad ändert. Erst dann erfolgt die Überführung ins neue Recht (vgl. Rz. 9105 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab dem 1. Januar 2022 [KSIR]).

Bei den nach folgend zitierten gesetzlichen Bestimmungen handelt es sich daher, soweit nichts anderes vermerkt wird, um diejenigen, die vor dem Inkrafttreten des per Anfang 2022 revidierten Rechts gegolten haben, und zwar, wiederum soweit nichts anderes vermerkt wird, um diejenigen in der aktuellsten Fassung vor der Revision per 1. Januar 2022.

#### 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**

In der Folge nahm die IV-Stelle medizinische Abklärungen vor und hob mit Verfügung vom 31. März 2021 (Urk. 5/247) die bisherige ganze Rente mit Wirkung ab 30. April 2021 auf. Die dagegen von der Versicherten erhobene Beschwerde vom 3. Mai 2021 (Urk. 5/248/3-9) hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 30. September 2021 (Urk. 5/250; Verfahren Nr. IV.2021.00282) insofern gut, als es betreffend den Gesundheitszustand der Versicherten ergänzende Abklärungen als notwendig erachtete und die Sache zwecks Einholung einer polydisziplinären Begutachtung an die IV-Stelle zurückwies (S. 16 ff., S. 21).

#### **E. 1.3.1**

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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

#### **E. 1.4**

Die IV-Stelle tätigte medizinische Abklärungen und veranlasste unter anderem bei der Z. \_\_\_ AG eine polydisziplinäre Begutachtung (Innere Medizin, Neuropsychologie, Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie; Expertise vom 13. Februar 2023 [Urk. 5/312/1-123]). Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2024 (Urk. 5/316) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen diese am 3. Juni 2024 Einwand (Urk. 5/320/1) erhob. Mit Verfügung vom 17. Juni 2024 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch der Versicherten ab Mai 2021. 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 19. Juli 2024 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 17. Juni 2024 aufzuheben und ihr ab Mai 2021 eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2024 (Urk. 4) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 9. September 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 5**

/155; Verfahren Nr. IV.2016.00958) insofern gut, als es feststellte, dass die Versicherte weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat und es die Sache zwecks Prüfung der Frage

der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung der Versicherten respektive Prüfung von entsprechenden Hilfeleistungen durch die IV-Stelle an letztere zurückwies (S. 22).

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf die entsprechenden Berechnungsgrundlagen im Urteil vom 29. November 2017 (Urk. 5/155 E. 5.2), wobei sie die Tabelle der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020 heranzog (vgl. Urk. 5/314). Dies ist nicht zu beanstanden. Entsprechend ist in Übereinstimmung mit dem Einkommensvergleich vom 8. Mai 2024 (Urk. 5/314) für das relevante Jahr 2021 von einem Valideneinkommen von Fr. 58'709.40 auszugehen, was seitens der Beschwerdeführerin nicht bestritten wurde.

### **E. 5.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte für das noch zumutbare 80 % -Pensum gestützt auf die LSE 2020 (Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1) unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit für das Jahr 2021 ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr.

43'071.80 (vgl. Urk. 5/314). Diese Vorgehensweise ist nicht zu beanstanden und blieb seitens der Beschwerdegegnerin unbestritten.

### **E. 5.5**

Aus der Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'637.60, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 27 %

entspricht (vgl. E. 1. 4).

Ob vorliegend ein wie von der Beschwerdegegnerin statuerter Teilzeitabzug von 10 % (vgl. Urk. 5/314) zur Anwendung kommt, kann offenbleiben, da auch diesfalls ein Invaliditätsgrad von unter 40 % resultieren würde. 6.

#### **6.1**

Ist somit in der massgebenden Zeit ab Mai 2021 kein rentenbegründender

Invaliditätsgrad mehr gegeben, so bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneinte, obwohl letztere die Rente seit mehr als 15 Jahren (vgl. Urteil vom 29. November 2017 E. 6.2) bezogen hatte. 6.2

Bei Personen, deren Invalidenrente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind zwar – nach mindestens 15 Jahre Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben – praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2021 vom 14. Juli 2022 E. 8.1 mit Hinweis auf BGE 145 V 209 E. 5. 1). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt jedoch den Eingliederungswillen respektive die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran und ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben, darf 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. Berufliche Massnahmen können zwar unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indessen auch eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation der versicherten Person. Es sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung beziehungsweise Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen respektive gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C\_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 6. 3

Der psychiatrische Z.\_\_\_\_-Experte beschrieb eine fehlende Arbeitsmotivation, wobei die Beschwerdeführerin im Rahmen der entsprechenden gutachterlichen Exploration angab, sie traue sich keine berufliche Tätigkeit zu (Urk. 5/312/1-116 S. 48, S. 54). Gegenüber der neurologischen Sachverständigen führte die Beschwerdeführerin aus, sie könne momentan nicht arbeiten und könne sich auch nicht vorstellen, in Zukunft eine berufliche Tätigkeit auszuüben (S. 75). In der internistischen Untersuchung wiederholte sie, dass sie sich aktuell

gar nicht arbeitsfähig sehe (S. 91). Gleichermassen gab sie gegenüber der rheumatologischen Expertin an, dass sie sich ausser Stande sehe, einer Tätigkeit nachzugehen, da sie Schmerzen und keine Kraft habe (S. 105). Die Gutachterin bemerkte, dass diese innere Einstellung der Beschwerdeführerin als Belastung angesehen werden könne, da sie einer möglichen Motivation, überhaupt noch einmal im Berufsleben Fuss fassen zu wollen, entgegenstehe (S. 113). In ihrer Konsensbeurteilung gingen die Z.\_\_\_\_-Experten übereinstimmend von einer fehlenden Arbeitsmotivation der Beschwerdeführerin aus (S. 10).

Nach dem Gesagten nahm die Beschwerdeführerin eine ablehnende Haltung ein, wobei sie angab, sich überhaupt keine Erwerbstätigkeit mehr vorstellen zu können. Zwar mögen berufliche Massnahmen auch bezwecken, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer allfälligen überhöhten Krankheitsüberzeugung zu beseitigen (vgl. E. 6.2). Von einer solchen Krankheitsüberzeugung kann vorliegend aufgrund der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Aggravation (vgl. E. 4.3) indes nicht ausgegangen werden (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_597/2022 vom 11. Januar 2023 E. 6.2).

Daran vermag der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in der Beschwerde um Prüfung von Eingliederungsmassnahmen ersuchte (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6), nichts zu ändern; im Einwand (Urk. 5/320/1) gegen den Vorbescheid vom

8. Mai 2024 (Urk. 5/316) wurde seitens der Beschwerdeführerin kein Eingliederungswille geäussert. Im Weiteren kann aufgrund der

Tatsache, dass die Beschwerdeführerin vom 3. August bis 11. September 2018 an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen hat (Urk. 5/188),

im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung nicht auf eine

subjektive Eingliederungsfähigkeit geschlossen werden, nachdem diese Massnahmen bereits mehr als fünf Jahre zurückliegen.

Gleiches gilt betreffend die Angabe der damals behandelnden Psychologin vom 6. September 2018, wonach die Beschwerdeführerin mit dem Integrationsprogramm überfordert sei (Urk. 5/187/11). 6.4

Damit ist rechtskonform, dass die Beschwerdegegnerin die Rente per Ende Mai 20

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 3.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 1. 3.3

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, die eindeutig über die blosser unbewusster Ten denz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 1. 4

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 her - stellen, 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.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungs aufhebende

Verfügung ( Urk. 2) damit, dass im Rahmen der durchgeführten polydisziplinären Begutachtung fast in allen Fachgebieten zum Teil grobe Inkonsistenzen und Implausibilitäten festgestellt worden seien, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Aggravation im Sinne einer bewussten Übertreibung von Beschwerden zurückzuführen seien. Eine gewisse Leistungsminderung aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden sei jedoch trotzdem nachvollziehbar, weshalb auf denjenigen Teil abgestellt werde, welcher trotz der Inkonsistenzen als plausibel nachvollziehbar beurteilt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könne eine anhaltende Arbeitsfähigkeit klar nicht nachvollzogen werden. In somatischer Hinsicht bestehe bei ganztägiger Präsenz in der bisherigen Tätigkeit im Verkauf eine Leistungsfähigkeit von 70 % und in einer angepassten Tätigkeit (ohne Zwangshaltungen, ohne Arbeiten auf Leitern/Gerüsten und mit Zugang zu einer Toilette)

aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine solche von 80 % .

Gestützt auf den Einkommensvergleich resultiere für das Jahr 2021 ein Invaliditätsgrad von 27 % respektive für das Jahr 2024 unter Berücksichtigung eines pauschalen Abzugs von 10 % ein Invaliditätsgrad von 34 % , weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 1 f.) . Nachdem die Beschwerdeführerin von Januar 2001 bis April 2021 eine Invalidenrente bezogen habe, wären ihr grundsätzlich berufliche Eingliederungsmassnahmen anzubieten. Von solchen Massnahmen könne indes abgesehen werden, wenn die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht ausgewiesen sei . Aus dem

Z.\_\_\_\_ - Gutachten gehe klar hervor, dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und sie sich nicht vorstellen könne, in Zukunft eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Aus medizinischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit jedoch in hohem Ausmass ausgewiesen. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung und des in der Begutachtung festgestellten aggravatorischen Verhaltens sei weder eine objektive noch subjektive Eingliederungsfähigkeit gegeben , weshalb berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend seien . 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten könne nicht abgestellt werden und es sei ihr rückwirkend ab 1. Mai 2021 eine ganze Rente zuzusprechen. Entgegen der Auffassung der Z.\_\_\_\_ -Experten liege keine Aggravation vor und ihre gegenüber den Sachverständigen beklagten Beschwerden seien begründet. Entsprechend gehe auch die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass eine Leistungsminderung wegen der gesundheitlichen Beschwerden nachvollziehbar sei. Es sei nicht zulässig, dass die Beschwerdegegnerin auf Aggravation

schliesse und trotzdem der Meinung sei, dass auf einen Teil des Gutachtens abgestellt werden könne, welches «trotz Inkonsistenzen als plausibel nachvollziehbar beurteilt werden» könne. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem früheren Urteil des Sozialversicherungsgerichts in der angestammten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig gewesen sein soll und sie nun trotz der von den Gutachtern anerkannten seither eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustands in der bisherigen Tätigkeit aktuell lediglich 5 % weniger arbeitsfähig sein soll (S. 3 Ziff. 5). Im Weiteren habe sie mehr als 15 Jahre eine Rente bezogen, weshalb ihr diese nicht abgesprochen werden könne, ohne dass vorher Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden seien. Ob solche Massnahmen aktuell möglich seien, sei neu zu prüfen und die Beschwerdegegnerin habe ihr deshalb unter Androhung der entsprechenden rechtlichen Folgen mitzuteilen, dass die Beschwerdeführerin an Eingliederungsmassnahmen teilnehmen solle (S. 3 f. Ziff. 6). 2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdegegnerin am 17. Juni 2024

(Urk. 2) verfügte Aufhebung der bisher gewährten ganzen Rente rechtens ist.

Dies hängt unter anderem davon ab, ob eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG besteht. In medizinischer Hinsicht bildet die im Zusammenhang mit der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2002 in der A.\_\_\_\_ durchgeführte Begutachtung vom 21. Mai 2002 (Urk. 5 /17/1-12) die massgebende Vergleichsbasis (vgl. auch Urk. 5 /155 S. 5 E. 2.3). Das hiesige Gericht ging im Urteil vom 29. November 2017 gestützt auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ GmbH vom 9. November 2015 (Urk. 5 /127/2-35) davon aus, dass am 5. Juli 2016 von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen war (Urk. 5 /155 S. 5 E. 4.3.1 f.). Weiter stellte es auf die Beurteilung der somatischen Gutachter des B.\_\_\_\_ und deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab, wogegen es in Abweichung zu den psychiatrischen Feststellungen der attestierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 5 /155 S. 13 ff. E. 4.1.1 und E. 4.2). Im Ergebnis nahm es an, im Zeitpunkt der Verfügung vom 5. Juli 2016 habe keine rentenbegründende Invalidität mehr bestanden. An die Feststellungen zum Sachverhalt vom 29. November 2017 ist das hiesige Gericht grundsätzlich gebunden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_941/2012 vom 20. März 2013 E. 4.3.2).

Strittig und zu prüfen ist, ob eine rentenbegründende Invalidität auch am 17. Juni 2024, dem nun massgeblichen Zeitpunkt für die Sachverhaltsfeststellung, weiterhin zu verneinen ist beziehungsweise ob nach der Begutachtung durch das B.\_\_\_\_ 2015 eine rentenrelevante Veränderung eingetreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_748/2018 vom 12. März 2019 E. 4.1). 3.

### 3.1

Bezüglich der der Rentenzusprache vom 14. August 2002 (Urk. 5 /21) zugrunde gelegenen Berichte kann auf E. 3.1 des Urteils vom 29. November 2017 verwiesen werden (Urk. 5 /155 S. 6 ff.). 3.2

In dem nach Einleitung des Revisionsverfahrens eingeholten polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2015 (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Angiologie, Psychiatrie und Gynäkologie) wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 5 /127/2-35 S. 30 f., Urk. 5 /155 S. 8 ff. E. 3.2): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - 44-jährige IIP mit invasiv-duktalem und lobulärem Mammakarzinom

links pT2 NO (sn)(0/3)MO, G3, ER+++ , PR++ , HER2 neu++ , ohne FISH-Untersuchung, Erstdiagnose September 2004 (ICD-10 C50) - Tumorektomie und Sentinel-Lymphonodektomie links am 14.09.2004, Spital C.\_\_\_\_ - adjuvante Chemotherapie mit 6 Zyklen FEC 100 bis Februar 2005 - radiatio der linken Brust vom März bis April 2005, Spital C.\_\_\_\_ - antihormonelle Therapie mit Tamoxifen und Zoladix bis Februar 2008 - laparoskopische Adnexektomie beidseits April 2008 (unauffällige Histologie), Spital C.\_\_\_\_ - Tamoxifen weiter bis September 2011 - Zweitkarzinom, rezidiv eines Mammakarzinoms links, invasiv-duktales pT1c pN0 (0/16), cMO, G3 ER positiv 10 %, PR negativ, HER2 negativ, (FISH), Erstdiagnose September 2011 (ICD-10 C50) - axilläre Lymphonodektomie links am 07.10.2011, Spital C.\_\_\_\_ - postoperative Chemotherapie mit 4 Zyklen DC vom 07.2011-09.01.2014 - antihormonelle Therapie mit Aromatasehemmer seit Februar 2012 - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - sekundäres Lymphödem des linken Arms (ICD-10 I97.2) - bei Diagnose 1 und 2 oben - aktuell: gute Kompensation bei regelmässiger Lymphdrainage und Arm-Kompressionsstrumpf links - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) - radiologisch regelrechter Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) und ISG (Rx 29.09.2015) - klinisch keine klar fassbare Läsion an LWS und ISG - chronische Schulter-Armbeschwerden der dominanten linken Seite (ICD-10 M79.60) - bei Diagnose 1 und 2 oben - klinisch unauffälliger Befund - konstitutionell vermehrte Bandlaxizität (ICD-10 M35.7) - Übergewicht mit BMI von 27 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) 3.3

Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2024 (Urk. 2) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: 3.3.1

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie, Dr. med. univ. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und

Dr. med. H.\_\_\_\_ , Fachärztin für Rheumatologie, stellten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 13. Februar 2024 (Urk. 5/312/1-16) folgende Diagnosen (S. 8 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/32.1) - Morbus Crohn, Erstdiagnose 09/2020 (EM 2018), Kolitis-Therapie: Steroide, Azathioprin-Unverträglichkeit Vedolizumab; aktuell Remission unter Infliximab - Mischkopfschmerzen, Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Antrum-Gastritis 07/2020, Status nach Helicobacter-pylori-Eradikation - Refluxösophagitis LA Grad A 07/2022 - Nikotinabusus: mehrere Pack-years - Restless-Legs-Syndrom - wenig differenziertes, gemischtinvasiv-duktales und invasiv-lobuläres Mammakarzinom linkes Stadium pT2pN0 (sn - 3) M0G3, Rezeptorstatus positiv (Erstdiagnose 2004) - Rezidiv eines wenig differenziertes, invasiv-duktales Mammakarzinoms links Stadium pT1c, pN0 (0/16), M0, G3, R0

2011 - Status nach Mammateilresektion links sowie Sentinel-Lymphonodektomie links axillär und entlang der Mammae internae am 14.09.2004 und adjuvanter Chemotherapie mit 6 Zyklen FEC bis 0

(Beendigung der Chemotherapie; S. 97 f.).

Eine Veränderung habe seit dem 27. März 2018 stattgefunden: Im Januar 2022 sei ein mittels Lungenfunktionsuntersuchung ein COPD Gold Stadium und im 2022 eine Osteoporose diagnostiziert worden (S. 99). 3.3.6

Dr. H. \_\_\_ hielt in ihrem rheumatologischen Teilgutachten vom 17. Januar 2024 (Urk. 5/312/1-116 S. 101 ff.) fest, dass sich für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden keine Grundlagen aus dem rheumatischen Formenkreis fänden. Die in der Bildgebung dargestellten degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule seien nicht höhergradig und nicht über das Altersmass hinausgehend und somit nicht geeignet, die angegebenen Beschwerden objektiv zu untermauern. Die Beschwerdeführerin zeige insgesamt einen leidenden Eindruck und präsentiere sich als leistungsreduziert, sei aber während der Untersuchung in der Lage, die Bewegungsübungen mitzumachen. Von rheumatologischer Seite her könnten die angegebenen Beschwerden und vor allem das Ausmass der Schmerzen nicht begründet werden. Für die von der Beschwerdeführerin beschriebene Reduktion des Aktivitätsniveaus im privaten Lebensalltag gebe es aus rheumatologischer Hinsicht keine schlüssige Erklärung. Es sei interessant, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen Müdigkeit in der Lage sehe, kleinere Strecken mit dem Auto selbst zu fahren, dies unter Oxycodon-Einnahme. Im Weiteren sei nicht schlüssig, dass die Beschwerdeführerin keinen Muskelschwund oder hypotrophe Muskeln präsentiere und sich die Griffkraft mit 20 kg im guten Normbereich befinde, obgleich sie ihre Tage gemäss eigenen Angaben hauptsächlich im Liegen verbringe. Eine Dekonditionierung der Rumpfmuskeln und der wirbelsäulenstabilisierenden Muskeln liege indes vor. Für das Medikament Oxycodon gelinge aktuell der Medikamentennachweis, womit es in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Untersuchungszeitpunkt eingenommen worden sei. Für die beiden von der Beschwerdeführerin angegebenen Medikamente Dafalgan und Novalgin gelinge der Nachweis indes nicht (S. 109 f.).

Die Sachverständige führte weiter aus, es zeige sich vorliegend trotz M. Crohn keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung am Bewegungsapparat. Die ASAS-Kriterien für eine M. Crohn assoziierte Spondyloarthritis seien nicht erfüllt. In der Bildgebung fehlten entzündliche/postentzündliche Strukturveränderungen. Es liege zudem auch kein entzündlicher Körperschmerz vor.

Keines der Gelenke weise eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf und die Laboranalyse ergebe keine Erhöhung der Entzündungsparameter. Das Achsenskelett sowie die grossen und kleinen peripheren Gelenke seien ordentlich beweglich ohne wesentliche Funktionseinbussen oder Bewegungsdefizite bei Fehlen einer Gelenksinstabilität respektive einer neuroradikulären Ausfallsymptomatik. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Armes/Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Die symmetrischen Krafttests würden seitengleich ordentlich demonstriert, das Muskelkorsett präsentiere sich eutroph ohne hypo- oder atrophie Partien bei insgesamt symmetrischem Bild. Die in den Akten genannten chronischen Schulter-Arm-Beschwerden links dominant stünden aktuell nicht im Vordergrund und es sei aktuell keine Schulterpathologie zu objektivieren. Ebensovienig sei eine Hypermobilität zu erkennen. Betreffend Fibromyalgiesyndrom führte die Expertin aus, dass im konkreten Fall eine Krebserkrankung vorgelegen habe, so dass eine körperliche Erkrankung vorliege und die Fibromyalgiesyndrom-Kriterien nicht anzuwenden seien. Ein

Fibromyalgiesyndrom wäre jedenfalls kein Grund für eine absolute Arbeitsunfähigkeit, da es sich hierbei um einen syndromalen Zustand handle, demzufolge die Betroffenen leichter Schmerz empfinden würden als andere, weshalb das Belastungsprofil entsprechend zu gestalten sei. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit Schulterprotraktion beidseits und Neigung zur HWS- Streckfehlstellung vor dem Hintergrund einer Dekonditionierung des Muskelapparates in Verbindung mit Dysbalancen und geringgradiger skoliothischer Fehlstellung thorakulombal (S. 111 f.) .

Aktuell werde keine rheumatologische Therapie durchgeführt. Die Beschwerdeführerin nehme aufgrund ihres Schmerzempfindens Oxycodon ein, wobei es dafür aus rheumatologischer Sicht keine Indikation gebe. Der Schwerpunkt für die Massnahmen sollte auf physikalischer Therapie mit Eigenaktivierung (inklusive moderates Bewegungsprogramm) liegen und die Beschwerdeführerin sollte nicht den ganzen Tag liegend verbringen (S. 112).

Die Expertin führte weiter aus, das Belastungsprofil sei aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt. Aufgrund des Geschlechts der Beschwerdeführerin sei indes eine Gewichtslimitierung auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wünschenswert, was dem Tätigkeitsprofil der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin entspreche. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei seit dem 27. März 2018 keine Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei (S. 113 f., S. 115). 3.3. 7

Dr. D.\_\_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Januar 2024 (Urk. 5/312/ 1-116 S. 44 ff.) aus, die Beschwerdeführerin wirke in der Untersuchung beschwerdebetont. Die sehr niedrigen Spiegel der Antidepressiva Escitalopram und Mirtazapin seien als Hinweis dafür anzusehen, dass die Beschwerdeführerin diese Medikamente zumindest nicht regelmässig einnehme. In der neuropsychologischen Exploration hätten sich grobe Auffälligkeiten in der Beschwerdevalidierung gezeigt und die Testresultate wiesen gemäss neuropsychologischer Einschätzung auf eine gezielte Manipulation hin, weshalb bei der Beschwerdeführerin von Aggravation auszugehen sei (S. 51).

Die Herleitung der Diagnosen sei aufgrund der Beschwerdebetonung und Aggravation im Sinne gezielter Übertreibung von Beschwerden erschwert. Nach Abzug der Beschwerdebetonung und Aggravation ergebe sich eine allenfalls leichte

bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/32.1). Der Antriebsverlust sei, wenn überhaupt, nur leicht beeinträchtigt, wobei sich eine schwere r ausgeprägte Antriebsstörung auch in der Untersuchungssituation hätte zeigen müssen, was indes nicht der Fall gewesen sei

(S. 53). Die Beschwerdeführerin beklage insbesondere Schmerzen am Bewegungsapparat, wobei diesbezüglich in der Vergangenheit wiederholt die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden sei. Voraussetzung einer solchen Diagnose sei eine Diskrepanz zwischen organmedizinischen Befunden und Beschwerdeangaben, wobei diese Ausdruck einer psychogenen Überlagerung oder

einer Aggravation sein

oder auch beides eine Rolle spielen könne. Die Beschwerdeführerin habe sich in der rheumatologischen Untersuchung hochgradig auffällig gezeigt. Gemäss der

Rheumatologin sei es nicht schlüssig, dass die Beschwerdeführerin keinen Muskelschwund aufzeige, obgleich sie angabe, ihre Tage hauptsächlich im Liegen zu verbringen. Eine Dekonditionierung der Rumpfmuskeln und der Wirbelsäulen stabilisierenden Muskeln liege ebenfalls nicht vor (S. 53). Eine derartige Diskrepanz sei weder durch organmedizinisch noch psychogen bedingte Schmerzen zu erklären, sondern ausschliesslich durch Aggravation. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich ihres Aktivitätsniveaus unzureichende Angaben gemacht habe (S. 54).

Betreffend Verlauf führte Dr. D. \_\_\_ aus, dass in den Gutachten von 2015 und 2020 eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei; eine solche liege auch aktuell weiterhin vor (S. 54).

Optimal geeignet sei eine überwiegend sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck, ohne erhöhte Anforderung an die emotionale Belastbarkeit und ohne Schichtarbeit (S. 54).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit führte Dr. D. \_\_\_ aus, in der bisherigen Tätigkeit als Lebensmittelverkäuferin bestehe aufgrund erhöhter Pausenbedürftigkeit eine Einschränkung der Leistung von 30 %. In einer angepassten Tätigkeit sei unter Berücksichtigung des erhöhten Pausenbedarfs von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies gelte seit dem 27. März 2018, wobei während der Dauer der stationären Behandlungen (25. Januar bis 8. März 2018, 13. September bis 18. Oktober 2016, 6. bis 28. Februar 2023) jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 55 ff.). 4.

4.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Z. \_\_\_ -Gutachten (vgl. E. 3.3) für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagtes Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 5/312/1-1

#### **E. 16**

S. 15 ff., S. 45, S. 61, S. 72, S. 87, S. 102; Urk. 5/312/117-123 S. 1) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der Gutachter in einer Weise begründet, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Die Sachverständigen schälten insbesondere die Inkonsistenzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden respektive dem teilweise gezeigten Verhalten der Beschwerdeführerin heraus und würdigten diese in einleuchtender Weise

(Urk. 5/312/1-116 S. 51, S. 75, S. 77, S. 93, S. 109 f.; Urk. 5/312/117-123 S. 6 ff.).

In diesem Sinne beschrieb der psychiatrische Gutachter Dr. D. \_\_\_ nachvollziehbar eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode und ging unter Hinweis auf eine erhöhte Pausenbedürftigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit und einer solchen von 90 % in einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 5/312/1-116 S. 54, S. 56 f.). Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte in gastroenterologischer Hinsicht in schlüssiger Weise einen Morbus Crohn, eine Antrum-Gastritis, eine Refluxösophagitis sowie einen Nikotinabusus (S. 65 f.), wobei er aufgrund der mit dem Morbus Crohn zusammenhängenden Durchfällen eine

## 80%ige Arbeitsfähigkeit

in bisheriger und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte (S. 66 f.). Die neurologische Expertin

Dr. F.\_\_\_\_ stellte nachvollziehbar die Diagnosen eines Restless-Legs-Syndroms sowie von Mischkopfschmerzen / Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (S. 80 f.) und ging gestützt auf letztere aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs in der bisherigen Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer solchen von 80 % aus (S. 81 f.). In internistischer Hinsicht verwies Gutachterin Dr. G.\_\_\_\_ in schlüssiger Weise auf ein Mammakarzinom links sowie ein entsprechendes Rezidiv, eine Osteoporose, rezidivierende Synkopen, eine Adipositas sowie auf ein COPD (S. 96), welchen sie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (S. 97 f.). Die rheumatologische Sachverständige

Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte nachvollziehbar ein Panvertebralsyndrom, eine Dekonditionierung, Dysbalancen sowie eine Osteochondrose L4/5 und L5/S1 (S. 112), welche keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen (S. 113 f.). Der neuropsychologische Sachverständige Dr. I.\_\_\_\_ legte eingehend dar, dass das von der Beschwerdeführerin gezeigte suboptimale Leistungsverhalten eine bewusstseinsnahe Manipulation der Testresultate nahelegt (Urk. 5/312/117-123 S. 7). Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4.2

Daran vermag der Einwand der Beschwerdeführerin, auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden, weil ihr eine Aggravation unterstellt worden sei respektive ihre gegenüber den Experten angegebenen Beschwerden begründet seien (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5), nichts zu ändern. Sie verwies diesbezüglich auf ihren Einwand vom 3. Juni 2024 (Urk. 5/320/1), wobei die darin erwähnte Erschöpfung/Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Medikamenteneinnahme, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und der Umstand, dass sie den ganzen Tag im Bett liege,

keine Aggravation darstelle.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Inkonsistenzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden respektive dem teilweise gezeigten Verhalten der Beschwerdeführerin von mehreren Gutachtern in voneinander unabhängig durchgeführten Untersuchungen festgestellt worden sind (vgl. hierzu E. 4.3).

Der Hinweis der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei in ihrer Verfügung vom 17. Juni 2024 (Urk. 2 S. 2 oben) ebenfalls davon ausgegangen, eine Leistungsminderung sei aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden begründet (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5), spricht nicht gegen eine Aggravation. Soweit Anzeichen für ein aggravatorisches Verhalten neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung bestehen, sind deren Auswirkungen rechtsprechungsgemäss im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Im Einklang damit attestierten die Z.\_\_\_\_-Experten gestützt auf die gutachterlich objektivierbaren Leistungseinschränkungen unter Ausblendung der aggravierten Beschwerden eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in bisheriger respektive eine solche von 80 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.3.1).

Gleichermassen zielt der Einwand der Beschwerdeführerin ins Leere, es sei nicht nachvollziehbar, dass sie gemäss früherem Urteil in der angestammten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig gewesen und nun trotz der von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern anerkannten Verschlechterung des Gesundheitszustands in der bisherigen Tätigkeit lediglich 5 % weniger (70 % ) arbeitsfähig sei ( Urk. 1 S.

3 Ziff. 5) . Neu hinzu getretene Diagnosen bewirken nicht unbesehen eine höhere Arbeitsunfähigkeit. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). Im Übrigen besteht

die im Sinne von Art.

### **E. 17**

ATSG relevante Tatsachenänderung (vgl. E. 1.5) vorliegend in dem von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Z.\_\_\_\_-Begutachtung neu gezeigten aggravatorischen Verhalten (vgl. E. 4.3 ; vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_553/2021 vom 13. April 2023 E. 4.2.3 ). 4.3

Eine versicherte Gesundheitsschädigung liegt nicht vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht

(vgl. E. 1.3.3) . Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3) ergeben sich namentlich, wenn: Eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist ( BGE 131 V 49

E. 1.2). Nicht unbesehen auf Aggravation weist blosses verdecktes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente . Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung ( BGE 127 V 294

E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts 8C\_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6).

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter legten in ihrer Expertise vom 13. Februar 2024 ( Urk. 5 /312 /1-116) dar, dass sich in fast allen Fachbereichen grobe Inkonsistenzen und Implausibilitäten gezeigt hätten, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen sei.

Die Leistungen der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung seien teilweise unter dem Bereich der zu erwartenden Leistung einer Referenzpopulation von Menschen mit fortgeschrittener Demenz respektive mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma gelegen , wobei solche geringen Leistungen nicht ohne Anstrengung

erzielt werden könnten. Im Weiteren habe sich der Spiegel zweier Antidepressiva weit unterhalb des Referenzbereichs befunden, was darauf hinweise, dass diese Medikamente zumindest nicht regelmässig eingenommen würden. Die im Rahmen der neurologischen Untersuchung gemachten Angaben betreffend die Beschwerden seien diffus und nicht authentisch gewesen. In der rheumatologischen Expertise wurde darauf hingewiesen, dass sich bei der Beschwerdeführerin kein Muskelschwund oder hypotrophe Muskeln gezeigt hätten, obwohl letztere angegeben habe, ihre Tage hauptsächlich im Liegen zu verbringen (S. 8, S. 50, S. 51, S. 77, S. 109; Urk. 5/312/117-123 S. 6).

Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.3.2). 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 70 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. 5.

## **E. 21**

Abs. 4 ATSG förmlich zur Mitwirkung zu ermahnen.

7.

Aufgrund dieser Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 8.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
GräubSchleiffer Marais

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