

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00695 vom 22. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00695

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00695 du 22 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00695 del 22 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Die IV-Stelle leitete im März 2011 von Amtes wegen eine Revision ein (Urk. 7/72). Mit Mitteilung vom 10.

Mai 2011 (Urk. 7/77) wurde die unveränderte Dreiviertelsrente bestätigt (Invaliditätsgrad 64 %).

E. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E.

E. 1.2.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die

Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.2.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines renten begründenden 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweislustige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt:

Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3)

Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1)

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2)

Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3)

Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 1.3

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).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Eine Wiedererwägung in diesem Sinne ist in den Schranken von Art. 53 Abs. 3 ATSG jederzeit möglich, insbesondere auch wenn die Voraussetzungen der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die im Revisionsverfahren verfügte Aufhebung der Rente mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2, Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 2). Dabei muss der versicherten Person vorgängig das rechtliche Gehör zur Substitution der Motive gewährt worden sein (BGE 125 V 368 E. 4a und b; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/ bb). Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

). Zu prüfen ist daher die Invaliditätsbemessung im Zeitpunkt der Rentenaufhebung. 5.5.1

Das poly disziplinäre D.____ -Gutachten vom 5 . Juni 2015 (Urk. 7/ 97) basiert auf einer umfassenden allgemein-internistischen, psychiatrischen ,

rheumatologi schen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusam menhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem polydisziplinären Gutach ten kommt daher grundsätzlich v olle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.6). 5.5.2

Der rheumatologische D.____ -Gutachter stellte schlüssig fest, dass der somatische Gesundheitsschaden (Nacken- und Schulterbeschwerden), welcher die Arbeitsfä higkeit beeinträchtigt, mit der dargelegten Diagnose ausgewiesen ist. Er legte auch nachvollziehbar dar, dass die Leistungs fähigkeit bei einem Ganztagespen sum für eine körperlich leichte Tätigkeit mit auch nur leichter Belastung d er Nacken- und Schultergürtelreg ion, Möglichkeiten zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne Arbeiten über Brusthöhe lediglich im Sinne einer Leistungseinschränkung um 10 % vermin dert sei. 5. 5 .3

Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, dass die bei der Beschwerdefüh rerin gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F

45.41) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibt. Diese Schlussfolgerung hält auch einer Prüfung anhand der mit BGE 141 V 281 neu eingeführten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Invalidi tätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache mit tels Standardindikatoren (vgl. E. 1.2.2) stand.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12) verliert das nach altem Verfahrensrecht eingeholte Gutachten nicht per se seine n Beweis wert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bun desrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prü fen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständi gengutachten - gegebenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berich ten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8., mit Hin weis).

Unter dem - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt „Konsistenz“ ist betref fend den Indikator Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzuhal ten, dass bisher überhaupt keine psychiatrische Therapie und auch keine ange messene medikamentöse Medikation begonnen worden ist. Angesichts dieser erheblichen Inkonsistenz kann auf fehlenden Leidensdruck geschlossen werden. Unter der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome gemäss ICD-10 F

45.41 nicht ausgeprägt erscheinen. Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass keine weitere psychiatrische Störung vorliege.

Als somatische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde von den Gutachtern ein chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Brachialgie links (ICD-10: M 53.0/ M 53.1/S 13.4) gestellt, welche aus rheumatologischer Sicht eine 10%ige Leistungsminderung in einer angepassten Tätigkeit bewirke.

Beim Komplex „Sozialer Kontext“ ist auf die guten Ressourcen und das hohe Aktivitätsniveau hinzuweisen. So geht die Beschwerdeführerin weiterhin einer Arbeit nach und bewegt sich sportlich (Kraftübungen, Yoga, Tai Chi, Skifahren, Rollerbladen und Spazieren strammen Schrittes). Sie kümmert sich um Haushalt und Einkäufe und fährt Auto. Freitags behandelt sie zudem 1 bis 2 Patienten mittels Fussreflexzonen-therapie. Sie verfügt über gute soziale Kontakte zu Familie und Freunden und lebt seit längerem in einer neuen Beziehung.

Demnach sind unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.2) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Daher ist die chronische Schmerzstörung weder aus psychiatrischer noch aus rechtlicher Sicht als invalidi-sierend zu betrachten.

E. 1.7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin die aktuelle Invalidenrente auszurichten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die Renteneinstellung unter Hinweis auf das polydisziplinäre D.____-Gutachten vom 15. Juni 2015 (Urk. 7/97) einschliesslich

ergänzender Stellungnahme vom 30. November 2015 (Urk. 7/119) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin insoweit verbessert habe, dass sie seit Mai 2015 aus polydisziplinärer Sicht zu 90 % arbeitsfähig sei, wobei die angestammte Tätigkeit als Bankangestellte einer behinderungsangepassten Tätigkeit entspreche (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin überdies geltend, bereits die ursprüngliche Verfügung vom 10. Dezember 2009 (Urk. 7/71) sei zweifellos unrichtig gewesen, weshalb die angefochtene Verfügung auch mit der substituierten Begründung der Wiederwägung zu schützen sei (Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass ihr Gesundheitszustand unverändert geblieben sei. Auf das D.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden.

Gegen die D.____-Gutachter beständen zudem Ablehnungsgründe gemäss Art. 44 ATSG. Entsprechend sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Beim festgelegten Valideneinkommen seien ihre entgangenen Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten unberücksichtigt geblieben. Ausserdem würde sie im Gesundheitsfall zu 100 % arbeiten (Urk. 1). Eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung liege angesichts der damaligen ausführlichen Abklärungen nicht vor (Urk. 9). 3.

E. 3

Es sei das Gutachten vom 15.

Juni 2015 vollständig aus dem Recht zu weisen.

E. 3.1

Die Rentenverfügung vom 10. Dezember 2009 (Urk. 7/70 in Verbindung mit Urk. 7/65) basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

E. 3.2

Im rheumatologischen/psychiatrischen Gutachten vom 18. November 2008 von Dr. A.____ und Dr. B.____ (Urk. 7/29) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F 06.8) bei Status nach HWS-Distorsionstrauma

-

Chronisches zervikospondylogenes Syndrom (zervikophales und linksseitiges zervikobrachiales Syndrom, ICD-10: 53) mit/bei

-

deutlichen muskulären Befunden im Sinne von Insertions- tendinosen , Muskelverspannungen, zervikal und im Supra- spinatusbereich

-

Status nach HWS -Distorsion und Thoraxkontusion am 7. Januar

2007

Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung führte Dr. A.____ aus, dass die Wirbelsäulenform der Beschwerdeführerin eine leichte Betonung der

BWS -Kyphose mit Kopfpropulsion zeige. Die aktiv erreichten Bewegungswerte der HWS seien normal mit endphasig jeweils Schmerzhaftigkeit, es fänden sich deutliche Druckdolenz entsprechend muskulären Insertionstendinosen beidseits, am Occipitalansatz, dann eine druckdolente HWS-Muskulatur mit auch Verspannungen der HWS-Muskulatur, betont auf der rechten Seite, Verspannungen der Supraspinatuspartien beidseits, Druckdolenz an den sternocostalen Übergängen, entlang des Margo medialis scapulae. Die BWS und LWS seien frei beweglich. Kraft, Sensibilität und Reflexbild an den oberen Extremitäten seien normal bis auf eine verminderte Empfindlichkeit in den Fingern IV und V auf der linken Seite. An den unteren Extremitäten fänden sich keine Auffälligkeiten. Zusammenfassend finde sich der Befund eines zervikospondylo-genen Syndroms mit entsprechenden Weichteilbefunden im Sinne von Verspannungen zervikal, Insertionstendinosen und entsprechenden Druckdolenz im Sinne eines mittelschweren Zervikalsyndroms. Aufgrund des deutlichen zervikovertebralen Befundes mit deutlichen Insertionstendinosen und Muskelverspannungen sei die Beschwerdeführerin seit Januar 2007 auch in einer Bürotätigkeit/Banktätigkeit derzeit lediglich 70 % arbeitsfähig, dies bezogen auf ein Ganztagespensum. Es könne keine Tätigkeit genannt werden, in welcher derzeit eine höhere Arbeitsfähigkeit bestehen würde (S. 14 f.).

Dr. B.____ führte in seiner psychiatrischen Beurteilung aus, dass die Beschwerdeführerin psychiatrischerseits hereditär unbelastet sei. Sie sei in unauffälligen Familienverhältnissen aufgewachsen, wo sie zwar die Scheidung ihrer Eltern im Alter von 9 Jahren habe hinnehmen müssen, ihr Aufwachsen sei aber nicht von anhaltenden Konflikten geprägt gewesen. Sie sei eine gute Schülerin gewesen und habe mit soliden Leistungen die Matura bestanden. Seit 1996 sei sie bei der Y.____ angestellt, wo sie durchwegs sehr zuverlässige und gute Arbeit habe leisten können. Im Januar 2007 sei es zu einem Reitunfall gekommen mit HWS -Distorsionstrauma. Seither leide die Beschwerdeführerin unter gesundheitlichen Beschwerden: Schmerzen im Kopf und Nackenbereich sowie subjektiven Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit. In der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin sowohl die erwähnten Schmerzen als auch vor allem die kognitiven Einbußen geltend gemacht. Gleichzeitig habe sie aber jegliche weitere psychische Beschwerden verneint, nicht über Veränderungen in der Grundstimmung berichtet, auch nicht über irgendwelche Ängste oder sonstige psychische Auffälligkeiten. Im objektiven Psychostatus habe die Beschwerdeführerin keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Es habe überhaupt keine Hinweise auf eine Mitbeteiligung in der Grundstimmung gegeben. Die Beschwerdeführerin habe aber eine ausgezeichnete Kooperationsbereitschaft gezeigt, einen sehr guten affektiven Rapport herstellen lassen, sehr differenziert und nachvollziehbar über ihr Leiden in sehr sachlicher Art berichten können. So habe sie zu keinem Zeitpunkt begehrllich oder aggravierend gewirkt. Auch die eingehende Erhebung der persönlichen Anamnese habe keinerlei Hinweise für eine neurotische Störung oder gar eine Persönlichkeitsstörung beziehungsweise eine auffällige Persönlichkeitsstruktur ergeben. Es handle es sich um eine Beschwerdeführerin, welche subjektiv vor allem hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeiten im Vergleich zu früher ganz erheblich beeinträchtigt sei, welche aber

gleichzeitig objektiv keine psychopathologischen Auffälligkeiten aufweise. Aus rein psychiatrischer Sicht könne also keine Diagnose gestellt werden. Fraglich sei aber, wie es möglich sei, dass die Beschwerdeführerin in erheblicher Divergenz zu diesem blauen Psychostatus subjektiv über solche Beschwerden berichte, obwohl keine innerpsychischen strukturellen Auffälligkeiten hätten erhoben werden können. Zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung habe es nur irgendeinen Anlass gegeben, an der Glaubhaftigkeit der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden zu zweifeln. Dies sei wichtig hervorzuheben, da die von der Beschwerdeführerin erlebten Beschwerden gewissermaßen in ein diagnostisches Niemandsland fielen. Angesichts fehlender Zweifel an der Glaubhaftigkeit der gemachten Angaben, müssten die von der Beschwerdeführerin beschriebenen kognitiven Beschwerden als tatsächlich vorhanden beurteilt werden. Somit müsse von einer neuropsychologischen Funktionsstörung nach HWS-Distorsionstrauma ausgegangen werden, allenfalls könne auch von einem Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) ausgegangen werden. Schulmedizinisch sei es bekanntermaßen noch nicht möglich, das genaue anatomische Korrelat solcher Verletzungen und der daraus resultierenden Beschwerden genau zu beschreiben. Dies könne aber prinzipiell kein Grund sein, von einem Patienten angegebene Beschwerden nicht entsprechend zu würdigen. Anders wäre es, wenn es sich um ein aggravierendes oder gar begehliches Verhalten der Beschwerdeführerin handeln würde, wo Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine andere Somatisierungsstörung vorliegen würden, was hier aber nicht der Fall sei. Die Beschwerdeführerin verfüge prämorbid über sehr gute kognitive und innerpsychische Ressourcen, die es ihr im Übrigen auch aktuell ermöglichen, weiterhin berufstätig zu bleiben. Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht sei zu sagen, dass auch diese aus streng psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt seien, dass sie aber aus neuropsychologischer Sicht erhebliche Einbußen erfahren würde. Es seien überwiegend kognitive Beeinträchtigungen, über welche die Beschwerdeführerin berichte. Insbesondere beträfen diese die Daueraufmerksamkeit, die geteilte Aufmerksamkeit, die Konzentrations- und Kurzgedächtnisleistungen sowie aber auch höhere kognitive Aufgaben, nämlich wenn die Beschwerdeführerin mehrere Aufgaben aufs Mal zu bewältigen habe. Zusammenfassend könne jedoch gesagt werden, dass aus rein psychiatrischer Sicht keine Funktionseinbußen resultierten. Wenn man aber die neuropsychologischen Einbußen miteinbeziehe und diese als Teil der psychiatrischen Beurteilung gutheisse, so resultiere aus dieser gesamtpsychiatrischen Sicht eine ganz erhebliche Funktionseinbuße. Aufgrund der Transparenz und Glaubwürdigkeit der Angaben der Beschwerdeführerin müssten sodann die Funktionseinbußen in Anlehnung des von der Beschwerdeführerin geleisteten Arbeitspensums beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin leiste derzeit an 4 Nachmittagen insgesamt ein Pensum von 10 Arbeitsstunden, was bei einer 42-Stundenwoche einem ungefähren 25%igen Arbeitspensum entspreche. Derzeit bestehe also aufgrund der realen Erfahrungen der Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz eine Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht zu 75%. Allerdings bestehe derzeit ein sehr günstiger Verlauf, sodass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin laufend verbessern könne, sodass entsprechend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit laufend adaptiert werden müsste. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Januar 2007 in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit aktuell eine 25%ige Arbeitsfähigkeit (S. 22 ff.).

In der gesamtmedizinischen Beurteilung führten die beiden Gutachter Dr. A.____ und Dr. B.____ aus, dass - obwohl die streng rheumatologische Beurteilung hier eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vorsehe - vorliegend nicht ausser Acht zu las sen sei, dass sowohl die rheumatologische als auch die p sychiatrische Beurtei lung nicht d em realen Zustand entsprächen. A ufgund der sehr minutiösen Beschwerdeschilderung mit multiplen kognitiven Symptomen sei davon auszu gehen, dass gesamthaft betrachtet, das heisst unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte, die Arbeitsunfähigkeit wesentlich höher sei als die rein rheumatolo gisch oder psychiatrisch festgelegte Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin befinde sich mit dem derzeitig geleisteten 25%-Pensum an der oberen Grenze des von

ihr leistbaren Arbeitspensums. Es sei insbesondere bei der Tätigkeit der Beschwerdeführerin darauf zu verweisen, dass die kognitiven Beeinträchtigung en eine wesentliche Rolle spielten, welche durch die rein psychiatrische oder rheumatologische Beurteilung nicht erfasst würden. Insofern müsse empfohlen werden, eine zusätzliche neuropsychologische Testung zu veranlassen, sollte die vorliegend gelieferte Begründung bezüglich der Gesamtbeurteilung der Arbeits unfähigkeit nicht ausreichen (S. 28 f.) .

Aus rheumatologischer Sicht seien keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Aus psychiatrischer Sicht sei zu empfehlen, dass der Beschwerdeführerin die von ihr benötigte Zeit gelassen werde , um schrittweise wieder eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erlangen. Sie zeige dazu eine ausgezeichnete Motivation und Bereitschaft, wobei keinerlei H inweise für ein begehrlisches oder aggravie rendes Verhalten beständen. Würde von der Beschwerdeführerin eine zu schnel le Wiedererlangung einer höheren Arbeitsfähigkeit gefordert, so drohe ein wei tere r Rückfall und damit auf Dauer eine gewisse Chronifizierung der Beschwer den (S. 30).

E. 3.3

mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die kon krete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialver sicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie all fällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 1 5. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgaben bereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine). Ist jedoch anzuneh men, die versicherte Person wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teiler werbstätig oder sie arbeitete unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mit, ohne daneben in einem andern

Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 e contrario

IVG

). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen (Art. 27 bis IVV). Das Valideneinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BGE 125 V 157 E. 5c/ bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a). Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – vom Arzt festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E.

E. 3.4

Die beiden Gutachter Dr. A.____ und Dr. B.____ nahmen am 14. April 2009 Stellung zum neuropsychologischen Gutachten vom 9. März 2009 (Urk. 7/42) und führten aus, dass keine Zweifel darüber beständen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag erhebliche Einbussen in ihren Funktionsfähigkeiten erlebe, während diese aus somatischer und neuropsychologischer Sicht nicht vollumfänglich objektivierbar seien. Würde der neuropsychologischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % gefolgt werden, so würde der mehrfach erwähnten ausgezeichneten Kooperationsbereitschaft und dem vollständig fehlenden Aggravieren der Beschwerdeführerin nicht Rechnung getragen. Entsprechend ergebe sich keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Gutachten vom 8. November 2008, weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit.

E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 3.1, je mit Hinweisen) . 6 .2

Die Beschwerdeführerin arbeitete seit 1997 bei einem 100%-Pensum bei der Y.____ und reduzierte dieses Pensum aus eigenem Antrieb ab 1. Januar 2007 auf 85 % (Urk. 7/56) Sie ist ledig, kinderlos und lebt e damals mit ihrem Partner in einem

6 ½-Zimmer-Einfamilienhaus in G.____ .

Aufgrund dieser persönlichen, familiären und sozialen Verhältnisse wurde die Beschwerdeführerin mit 85 % im Erwerbsbereich und mit 15 % im Haushaltsbereich qualifiziert (Urk. 7/56).

Im Rahmen der Beschwerde (Urk. 1) gab die Beschwerdeführerin nun an, dass ihr Wunschpensum 100 % betragen würde. Aus den Akten ergeben sich aber keine erhärtenden Hinweise, dass sie im Gesundheitsfall

mit einem Pensum von 100 % gearbeitet hätte. So gab sie anlässlich der Haushaltsabklärung am 31. August 2009 an, dass sie mit der Reduktion des Arbeitspensums auf 85 % beabsichtigt habe, mehr Zeit für sich zu gewinnen (Hobbies wie Reiten und Gartenarbeiten, Urk. 7/56 S. 2). Ausserdem erklärte sie, auch im Gesundheitsfalle weiterhin im Rahmen eines 85%-Pensums ausserhäuslich tätig sein zu wollen (S. 3) . Die Tatsache, dass sie nun in einer 3 ½-Zimmer-Eigentumswohnung ohne zu bewirtschaftenden Garten lebt, ändert nichts daran.

Aufgrund der gelebten Wohnsituation (1-Personen-Haushalt ohne Kinder) ergibt sich kein zu berücksichtigender Aufgabenbereich, weshalb entgegen der Invaliditätsberechnung in der ursprünglichen und in der angefochtenen Verfügung die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige und somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen ist (Art. 28a Abs. 3 e contrario

IVG). 6.3

Folglich ist die Beschwerdeführerin als Erwerbstätige bei einem Pensum von 85 % zu qualifizieren. 7.

E. 4

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine neue medizinische polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin durchzuführen .

E. 4.1

Die rentenaufhebende Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 2) beruht auf folgenden medizinischen Beurteilungen:

E. 4.2

Dr. E.____ stellte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2014 (Urk. 7/86) zuhanden der Beschwerdegegnerin bei einem stationären Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Chronisches rezidivierendes Cervikovertebralsyndrom mit intermittierend cerviko-spondylogener Komponente beidseits, mehr links als rechts (bestehend seit 7. Januar 2007)

-

segmentale Funktionsstörungen C0/1, C1/2, C2/3, C4/5, C5/6, Th2/7

-

leichter thorakaler Rundrücken mit Kopfprotraktion

-

muskuläre Dysbalance mit myofascialem

Schmerzsyndrom

Nacken-/Schultermuskulatur beidseits mehr links als rechts

-

Status nach Stirnkontusion mit axialer Stauchung der HWS am

20. Mai 2011

-

Status nach Pferdeunfall mit HWS-Distorsion und Commotio

cerebri am 7. Januar 2007

-

Akutes Lumbovertebralsyndrom (aufgetreten im Februar 2014), aktuell

beschwerdefrei

-

Rezidivierende Gonarthrititis rechts im Rahmen einer Chondrocalcinose

(aufgetreten im April 2012), aktuell beschwerdefrei

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe die angst-phobische Störung, bestehend seit dem Unfall am 7. Januar 2007. In der bisherigen Tätigkeit als Bankangestellte und in einer angepassten, für die Behinderung optimal strukturierten Tätigkeit, bestehe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei sei die Leistungsfähigkeit um 60 % vermindert. Prognostisch sei von einem stationären bis zu einem leicht sich bessernden Verlauf auszugehen.

E. 4.3

Im polydisziplinären (allgemein-internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen) D.____-Gutachten vom 15.

Juni 2015 (Urk. 7/97) wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom

mit Brachialgie links (ICD-10: M

53.0/M 53.1/S 13.4)

-

klinisch vorwiegend myofasciale Ausprägung

-

Status nach HW S-Distorsion anlässlich Reitunfall (Januar 2007)

-

leichte kognitive Beeinträchtigungen bei Schmerzen und unspezifischer Begleitsymptomatik

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen :

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10: F 45.41)

-

Anamnestisch Chondrocalcinose Knie rechts, rezidivierend

Aus allgemein-internistischer Sicht ständen im Vordergrund der Symptomatik die Kopfschmerzen der Beschwerdeführerin mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie in den Brustbereich. Aufgrund eines allgemein-internistischen Leidens könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden - auch retrospektiv nicht (S. 12) .

Gemäss psychiatrischer Beurteilung sei die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Bruder aufgewachsen. In der Familie seien keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Sie habe immer eine gute Beziehung mit ihren Eltern und ihrem Bruder gehabt. Ohne Schwierigkeiten habe sie die Schule durchlaufen, welche sie mit der Matura abgeschlossen habe. Seit Abschluss arbeite sie bei der Y.____. Während Jahren sei sie als Firmenkundin und Betreuerin tätig gewesen. Bei der Arbeit habe sie keinerlei Probleme gehabt. In ihrer Freizeit sei sie sehr aktiv gewesen und habe viel Sport getrieben. Seit ihrer Jugend sei sie eine begeisterte Reiterin gewesen. 2007 habe sie einen Reitunfall erlitten. Ihr Pferd habe gescheut und sei auf die Hinterbeine gestiegen. Dabei sei der Kopf rasch nach hinten geworfen worden. Als das Pferd wieder auf seine Vorderbeine gekommen sei, habe sie mit ihrer linken Kopfseite am Hals des Pferdes aufgeschlagen. Zunächst habe sie nicht unter Beschwerden gelitten und habe das Pferd noch versorgen können. Stunden später habe sie an Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel gelitten. Am nächsten Tag habe sie Mühe gehabt, sich bei der Arbeit zu konzentrieren und habe den Arzt aufgesucht. Seither leide sie an Schmerzen im Bereich des linken Hinterkopfes, die in die Augen, die Arme und die Schulter ausstrahlten. Gemäss ihren Angaben leide sie andauernd unter Schmerzen. Die Schmerzen verstärkten sich bei körperlicher und geistiger Belastung und bei Wetterwechsel. Sie nehme einzig gelegentlich ein Schmerzmittel ein. Sie werde mit Lymphdrainage behandelt, besuche einmal pro Woche ein Fitnessstudio während 15 Minuten. Daneben betreibe sie Tai-Chi und Yoga. Sie sei auch zweimal stationär behandelt worden. All diese Behandlungen hätten wenig geändert. Die angestammte Arbeit habe sie nicht weiterführen können, sie sei in den rückwärtigen Dienst versetzt worden, sei für die Lehrlingsausbildung zuständig, arbeite noch dreimal während 5 1/2 Stunden pro Tag. Die Beschwerdeführerin

habe sich nie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung befunden und sei auch nie psychopharmakologisch behandelt worden. Die Beschwerdeführerin fühle sich maximal in der Lage, ihr jetziges Pensum zu leisten. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nur noch sehr eingeschränkt

arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Beschwerdeführerin

sei früher sehr aktiv gewesen, habe viel geleistet und sei auch in ihrer Freizeit sehr viel unterwegs gewesen. Sie habe grosse Mühe zu akzeptieren, dass sie aufgrund ihrer Beschwerden nicht mehr so leistungsfähig sei. Dies könne allenfalls dazu beitragen, dass sie ihren Beschwerden mehr Gewicht zumesse, als das den objektivierbaren Befunden entspreche. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keinerlei psychopathologische Symptome festgestellt werden können. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht und habe nie bestanden. Ausser der chronischen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert werden, weshalb keine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität vorliege. Eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Die geklagten Beschwerden seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar. Dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv überhaupt nicht mehr arbeitsfähig sehe, lasse sich weder aus somatischer Sicht noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Daher sei auch nicht zu erwarten, dass sich diese subjektive Krankheitsüberzeugung durch somatische oder psychiatrische Therapien wesentlich beeinflussen lasse. Aus psychiatrischer Sicht könne es der Beschwerdeführerin daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Der begutachtende Psychiater Dr. B.____

habe im Jahre 2008

eine neuropsychologische Funktionsstörung diagnostiziert und aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 75 %

attestiert. Doch seien keine psychopathologischen Auffälligkeiten festgestellt worden. Dr. B.____

habe aber berichtet, dass die Angaben der

Beschwerdeführerin glaubhaft seien, dass keine Aggravationstendenz vorliege und dass daher auf die subjektive Beschwerdeschilderung abgestellt werden könne. Die Diagnose neuropsychologische Funktionsstörung sei also einzig aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin

gestellt worden. Anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung hätten nur minimale bis leichte kognitive Minderleistungen festgestellt werden können. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hätten aus psychiatrischer Sicht keinerlei Hinweise auf kognitive Einbussen festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht könne einzig die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung diagnostiziert werden. Es fänden sich auch keinerlei Hinweise für eine Angststörung. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität könne somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 15 ff.).

Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung wurde festgehalten, dass es sich beim initialen Unfallereignis im Januar 2007 um einen Reitunfall gehandelt habe, wobei es zu

keinem Sturz vom Pferd gekommen sei, sondern die Beschwerdeführerin sich trotz stark scheuendem Pferd am Hals des Pferdes habe festhalten können, jedoch der Kopf herumgeschleudert worden sei und es dabei zu einem Anprall mit der linken Wange und dem Brustkorb gegen den Pferdehals gekommen sei. Ob im Rahmen dieses Ereignisses tatsächlich eine Bewusstlosigkeit vorgelegen habe, scheine unsicher, sei es doch zu keinem Sturz vom Pferd gekommen. In der Folge hätte sich die auch aktuell vorhandene Beschwerdesymptomatik entwickelt, welche subjektiv durch das Schmerzsyndrom geprägt werde mit Lokalisation vorwiegend im Hinterkopf und im Nacken-Schultergürtelbereich links mehr als rechts sowie eine einseitige Armschmerz und bei Schmerzexazerbationen auch einem heftigen Schmerz im Schädel- und Gesichtsbereich mit jeweils zusätzlich Übelkeit und Schwindelerscheinungen. Alle körperlichen und geistigen Anstrengungen sowie ein Zeitdruck führten zu einer Schmerzzunahme, die Schmerzintensität liege konstant jeden Tag bei circa 3-4 und exazerbiere circa einmal alle zwei Wochen,

dann mit Notwendigkeit der Einnahme von hohen Dosen Analgetika sowie Schonung und Ruhe. Das Beschwerdebild führe zu einer Konzentrationsschwäche und einer Abnahme des Kurzzeitgedächtnisses, ausserdem sei sogenanntes Multitasking nicht mehr möglich. Eine radiomorphologische Abklärung mittels MRI der HWS im Mai 2007 habe einen Normalbefund ergeben ohne degenerative oder traumatische Veränderungen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung ergäben sich während der Anamneseerhebung keine Auffälligkeiten mit zwar Vermeidung übermässiger Kopfbewegungen, daneben jedoch durchwegs normalen Spontanbewegungen. Neurologisch zeige sich eine etwas verminderte Kraftentwicklung in sämtlichen Myotomen am linken Arm, was nicht einer radikulären Verteilung entspreche und deshalb am ehesten als schmerzinduziert angesehen werden müsse. Die Sensibilität am linken Arm sei lateralseitig bis zum Knie einseitig etwas vermindert, weitere Hinweise für ein radikuläres Syndrom C8 seien aber nicht fassbar, wobei bezüglich der neurologischen Interpretation und Beurteilung auf das entsprechende Untergutachten verwiesen werde. Die Untersuchung aller grossen und kleinen Gelenke sowie auch der LWS und BWS ergäben keine relevanten Auffälligkeiten. An der HWS werde nur die aktive Beweglichkeit geprüft, deutliche Einschränkung der globalen Rotation nach links, etwas geringer der Extension, eingeschränkt seien auch Lateralflexionen beidseits und Flexion, allseitiger Endphasenschmerz im Nackenbereich. Es ergäben sich klinisch-rheumatologische Befunde im Sinne von umfangreichen positiven Irritationszonen an der HWS sowie massigen bis deutlichen Myogelosen und Insertionsentzündungen im Nacken-Schultergürtelbereich. Das aktuelle Röntgenbild der HWS zeige keine posttraumatischen Veränderungen und keine Degenerationen. Erwähnenswert sei lediglich eine leichte Rotationsfehlstellung von HWK

4. Die Symptomatik sei recht typisch für ein zervikozephalales und zervikospondylogenes, brachiales Schmerzsyndrom auf dem Boden von vorwiegend tendomyotischen Veränderungen und Befunden. Die Beschwerdeschilderung und die Befunde bei der klinischen Untersuchung seien konsistent, auch zeigten sich keine Hinweise für ein gesteigertes Schmerzverhalten. Insgesamt handle es sich um eine Symptomatik, welche aus somatisch-rheumatologischer Sicht auf eine mässiggradige Pathologie zurückzuführen sei. Funktionell liege eine deutlich verminderte Belastbarkeit der Nacken-Schultergürtelregion vor, zusätzlich eine leicht eingeschränkte allgemeine Belastbarkeit aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik.

Aufgrund der genannten Befunde und Diagnosen seien körperlich schwere nicht mehr und mittel schwere Tätigkeiten nur noch eingeschränkt zumutbar. Für eine körperlich leichte Tätigkeit mit auch nur leichter Belastung der Nacken-Schultergürtelregion, Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne Arbeiten über Brusthöhe sei die Arbeitsfähigkeit lediglich im Sinne einer Leistungseinschränkung um 10

% vermindert. Durch die Momentaufnahme einer einmaligen Untersuchung könne der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in den letzten acht Jahren retrospektiv nicht zuverlässig beurteilt werden. Aufgrund der Aktenlage lägen deutliche Einschränkungen für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten wohl seit dem Unfallereignis im Januar 2007 vor, zusätzlich initial wegen starken Beschwerden nach dem Unfallereignis vorübergehend auch eine volle Arbeitsunfähigkeit für eine geeignete Tätigkeit (Grad und Dauer seien retrospektiv nicht beurteilbar). Angesichts der Befunde im früheren rheumatologischen Gutachten vom November 2008

sei davon auszugehen, dass eine relevante und verwertbare Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit aber seit mindestens dem damaligen Zeitpunkt vorliege (S. 20 ff.) .

Gemäss der neurologischen Beurteilung leide die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren unter chronischen Kopf- und Nackenschmerzen. Es handle sich um andauernde Schmerzen, welche einhergingen mit einer ausgeprägten Belastungsintoleranz. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie bei jeglicher körperlicher und geistiger Beanspruchung rasch zunehmende Schmerzen entwickle, wobei es dann begleitend zu Übelkeit und Schwindel komme. Es werde ein Neurasthenie-ähnliches Beschwerdebild mit hohem Pausenbedarf und langen nächtlichen Ruhezeiten beschrieben. Zudem beklage sich die Beschwerdeführerin über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Die aktuellen Angaben hinsichtlich der Kopfschmerzen liessen keine sichere Klassifikation gemäss den diagnostischen Richtlinien der IHS (International Headache Society) zu. In der persönlichen Anamnese sei eine Migräne bekannt. Nach eigener Einschätzung handle es sich heute jedoch um davon unterschiedliche Kopfschmerzen. Die aktuellen Angaben liessen die Zuordnung der Kopfschmerzen zu einer Migräne diagnostisch nicht zu. Zeitweise bestehe möglicherweise ein Analgetika-Überkonsum. Diesbezüglich mache die Beschwerdeführerin jedoch Angaben über auch länger dauernde Pausen der Analgetikaeinnahme, sodass ein ursächlicher Zusammenhang der Kopfschmerzen mit dem Analgetikagebrauch eher unwahrscheinlich erscheine. Die während der Anamneseerhebung sehr überzeugend aufgetretene Beschwerde der Beschwerdeführerin zeige bei der klinischen Untersuchung eine stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, was jedoch bei unauffälliger Beobachtung in diesem Ausmass nicht nachvollzogen werden könne. Zudem berichte die Beschwerdeführerin bei der Palpation der Nackenmuskulatur über eine extreme Drucküberempfindlichkeit in dem bereits Berührungsreize genügt, um sehr starke Schmerzen auszulösen. Dies weise auf eine erhebliche funktionelle Überlagerung hin. Im Weiteren berichte die Beschwerdeführerin über diffuse Schmerz ausstrahlungen in den linken Arm, wobei auch hier eine deutliche Drucküberempfindlichkeit bestehe, sowie über ein leichtes sensibles Defizit am Ringfinger der linken Hand. Weder die Schmerzausstrahlungen noch das sensible Defizit könnten einem neurologischen Korrelat zugeordnet werden. Das Verteilungsmuster sei unspezifisch und es fänden sich keine anderweitigen objektivierbaren Befunde wie Reflexasymmetrien. Ausgangspunkt der Beschwerden sei ein Reitunfall im Jahr 2007. In zeitnahen Berichten sei über einen

Bewusstseinsverlust und eine Amnesie im Minutenbereich berichtet worden. Bei genauer Befragung hätte sich jedoch herausgestellt, dass die Beschwerdeführerin nicht vom Pferd gestürzt, sondern lediglich durch das scheuende Pferd durchgeschüttelt worden sei. Es sei ihr gelungen, das Pferd zu bändigen und einen Sturz zu verhindern. Dieser Ablauf sei mit einer Commotio cerebri nicht vereinbar. Im Detail sei diesbezüglich auf die ausführliche Diskussion im Gutachten der Z.____ vom 5. August 2008 verwiesen. Eine relevante diskoligamentäre oder ossäre Verletzungsfolge im Bereich der HWS habe ebenfalls nicht dokumentiert werden können. Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin beschriebenen hochgradigen Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit im körperlichen und geistigen Bereich aus neurologischer Sicht nicht erklärbar. Es fänden sich anamnestisch auch keine Hinweise auf eine zugrunde liegende schlafmedizinische Diagnose. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren und insbesondere auch zum Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht relevant beeinträchtigt gewesen (S. 24 ff.).

Das neuropsychologische Testprofil zeige eine im Bereich der Intelligenz durchschnittlich leistungsfähige Beschwerdeführerin. Prämorbid müsse von einem überdurchschnittlichen Intelligenzniveau ausgegangen werden. Dabei falle ein Spitzenresultat auf dem Gebiet der visuo-spatialen Konstruktion auf. Die Merkfähigkeit sei für Bewegungsabläufe, Zahlen, Wörter, Texte, Gegenstände und abstrakte Symbole nicht beeinträchtigt. Eine Leistungsminderung finde sich im Test zur Prüfung der Merkfähigkeit für figurales Material im Kurzzeitspeicher. Diese isolierte Minderleistung dürfe jedoch unspezifischer Art sein und am ehesten auf die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen zurückzuführen sein. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien für die selektive Aufmerksamkeit, für die geteilte Aufmerksamkeit und die Interferenzstabilität im Normbereich. Die Frontalhirnfunktionen seien im Sinne der visuo-konstruktiven Leistungen erhalten. Ebenso sei die Umstellfähigkeit auf dem visuellen und verbalen Gebiet nicht beeinträchtigt. Die kognitive Fähigkeit zur Rotation von Gegenständen sei ebenfalls erhalten. Die logischen Funktionen seien nicht beeinträchtigt. Somit fände sich diagnostisch eine leichte neuropsychologische Störung in der Folge von Schmerzen. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 10 % eingeschränkt.

Die Beschwerdeführerin sei aus polydisziplinärer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 10 % arbeitsfähig. Dasselbe gelte für andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin hingegen nicht zugemutet werden. Die leichte neuropsychologische Einbusse sei schmerzbedingt einzustufen, gehöre folglich zur rheumatologischen Einschränkung und wirke sich nicht additiv aus. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Unzumutbarkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seit dem Unfallereignis im Januar 2007 bestehe. Die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich gelte wahrscheinlich seit längerer Zeit, sei mit Sicherheit ab dem Mai 2015 zu bestätigen. Die bei der ursprünglichen Berentung zugrunde liegende Einschätzung sei gutachterlich circa 1 1/2 Jahre nach dem Unfall abgegeben worden. Die Beschwerden seien damals noch als glaubhaft eingestuft worden, woraus geschlossen werden könne, dass sie damals plausibel erschienen. Bei der aktuellen polydisziplinären Untersuchung, inzwischen mehr als sechs

Jahre nach dem letzten Gutachten, seien die Beschwerden weder somatisch noch neuropsychologisch oder psychi atrisch als plausibel im Vergleich zu den subjektiven Beschwerden einzustufen, sodass sich eine veränderte objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe (S. 31 f.) .

E. 4.4

Dr. E.____ äusserte sich im Nachgang zum ergangenen Vorbescheid vom 28. Juli 2015 (Urk. 7/103) zur vorgesehenen Rentenaufhebung und hielt im Schreiben vom 2. September 2015 (Urk. 7/109) folgende Diagnosen fest:

-

Chronisches rezidivierendes Cervikovertebralsyndrom mit intermittierend cerviko-spondylogener Komponente beidseits, mehr links als rechts (bestehend seit 7. Januar 2007)

-

segmentale Funktionsstörungen C0/1, C1/2, C2/3, C4/5, C5/6, Th2/7

-

leichter thorakaler Rundrücken mit Kopfprotraktion

-

muskuläre Dysbalance mit myofascialem Schmerzsyndrom Nacken-/Schultermuskulatur beidseits mehr links als rechts

-

Status nach Stirnkontusion mit axialer Stauchung der HWS am 20. Mai 2011

-

Status nach Pferdeunfall mit HWS-Distorsion und wahrscheinlich Commotio cerebri am 7. Januar 2007

-

Rezidivierendes

Lumbovertebralsyndrom , aktuell beschwerdefrei

-

Rezidivierende Gonarthritits rechts im Rahmen CPPD (Erstdiagnose 2012)

-

Angst-phobische Störung (bestehend seit dem Unfall am 7. Januar 2007)

Zusammenfassend liege ein traumatisch induziertes Cervikovertebralsyndrom mit intermittierend spondylogener Komponente beidseits bei den in der Diagnostik genannten Faktoren vor. Hinzu kämen das rezidivierende Lumbovertebralsyndrom und die

rezidivierende Gonarthrit rechts. Die objektiven Befunde, welche jeweils anlässlich der Konsultationen von 2011 bis 2015 erhoben werden können, schwankten von einer völligen Blockade mit praktisch unbeweglicher HWS in allen Richtungen bis zur mässigen segmentalen Funktionsstörung C0/ C3, C4/C6, Th12/Th7, L4/S 1. Obwohl das D.____-Gutachten von einem Beschwerdebild ausgeht, das aus somatischer Sicht nur zu einem Teil objektiviert werden könnte und der Beschwerdeführerin eine 90%ige Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit bescheinigt, sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit in der Bank, welche der optimal behinderungsangepassten Arbeit entspreche, lediglich zu 50 % ausüben könne. Da die Versuche die Arbeitsfähigkeit zu steigern jeweils zu deutlicher Verstärkung der Beschwerden und zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, könnte die Steigerung des Arbeitspensums eine akute Hospitalisation und Gefährdung der Selbständigkeit bewirken.

E. 4.5

Im Bericht vom 30. November 2015 (Urk. 7/119) nahmen die D.____-Gutachter Stellung zur Eingabe von Dr. E.____ (vgl. E. 4.4) und hielten fest, dass bereits im Gutachten zu der von ihm geltend gemachten Einschränkung in adaptierten Tätigkeiten von 40 % bei rein myofascialen Beschwerden, die nicht begründbar sei, Stellung genommen worden sei.

Im aktuellen Schreiben vom 2. September 2015 bringe er keine weiteren Argumente oder neue Befunde, sodass auf das Gutachten verwiesen werde. Im Weiteren sei anzumerken, dass bei Anamneseerhebungen subjektive Angaben der versicherten Personen eins zu eins übertragen würden. Dies im Gegensatz zu Befunden, die von den Untersuchern erhoben würden. Wenn nun eine zu untersuchende Person nicht identische Aussagen gegenüber den Teilgutachtern mache, habe dies nichts mit einer Ungenauigkeit der Untersucher oder einem möglichen „Verdrehungsversuch“ der Untersucher zu tun, sondern damit, dass die untersuchte Person manchmal unscharfe oder widersprüchliche Angaben mache. Dies sei besonders dann zu beobachten, wenn weitere Inkonsistenzen vorlägen, was den nun auch gut ins Bild passe. Zusammenfassend könne weiterhin vollumfänglich auf das Gutachten vom 15. Juni 2015 abgestützt werden. 5.

E. 5

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, nach Vorliegen des neuen medizinischen polydisziplinären Gutachtens über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden.

E. 5.1

Die Mitteilung vom 10. Mai 2011 (Urk. 7/77) basierte in medizinischer Hinsicht lediglich auf einem knappen Verlaufsbericht des behandelnden Rheumatologen Dr. E.____, so dass sie nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruhte. Daher fällt

sie als revisionsrechtlich massgeblicher zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ausser Betracht (BGE 133 V 108 E. 5.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2). Ob es nun zwischen der Rentenverfügung vom 10. Dezember 2009 (Urk. 7/70 in Verbindung mit Urk. 7/65) und der am 25. Mai 2016 verfügten Rentenaufhebung (Urk. 2) tatsächlich zu einer

Verbesserung des Gesundheitszustandes kam, wie es die Beschwerdegegnerin – gestützt auf das polydisziplinäre

D.____ - Gutachten vom 15. Juni 2015 (Urk. 7/97) – annahm, braucht nicht weiter geprüft werden. Die Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 2) erweist sich nämlich im Ergebnis als rechtens, da – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – die am 10. Dezember 2009 verfügte Zusprache einer Rente (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 eine ganze Invalidenrente und mit Wirkung ab 1. Juli 2008 eine Dreiviertelsrente , Urk. 7/70 in Verbindung mit Urk. 7/65) zweifellos unrichtig war und im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 2) kein Rentenanspruch bestand. 5.2

Ohne Weiteres ist mit Blick auf den Charakter der mit Verfügung vom 10. Dezember 2009 (Urk. 7/70 in Verbindung mit Urk. 7/65) zugesprochenen Invalidenrente als periodischer Dauerleistung die Voraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichtigung zu bejahen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_342/2008 vom 20. November 2008 E. 5.1 mit Hinweisen sowie E. 1.6). Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Verfügung vom 25. Mai 2016 zweifellos unrichtig war. 5.3

Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass der Entscheid unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – möglich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007, E. 3.1). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen wurde oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann auch in der unrichtigen Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gründen. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung auf grund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit . c ATSG). Trifft dies zu, erübrigt es sich, den damals rechtserheblichen Sachverhalt weiter abzuklären und auf dieser nunmehr hinreichenden tatsächlichen Grundlage den (ursprünglichen) Invaliditätsgrad zu ermitteln. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der mass geblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C_1014/2008 vom 14. April 2009, E. 3.2.2).

E. 5.4

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache stellte die Beschwerdegegnerin auf das rheumatologische und psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ vom 18. November 2008 (Urk. 7/29) ab. Darin kam Dr. A.____ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht aufgrund ihrer somatischen Beschwerden in ihrer bisherigen Tätigkeit als Bankangestellte zu 30 % arbeitsunfähig sei. Dr. B.____ konnte aus psychiatrischer Sicht - bei unauffälligem Psychostatus - keine psychiatrischen Diagnosen stellen. Trotz fehlender psychiatrischer Diagnose attestierte er der Beschwerdeführerin aber eine 75 % Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer neuropsychologischen Funktionsstörung und begründete dies damit, dass die (subjektiv) geschilderten kognitiven Beschwerden glaubhaft seien. Da es sich um kein begehliches oder aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin handle, sei auf die überzeugenden subjektiven Angaben abzustellen und die Arbeitsfähigkeit gestützt auf das tatsächlich

geleistete Arbeitspensum von rund 10 Stunden pro Woche festzulegen, was einer Arbeitsfähigkeit von 25 % entspreche. Die beiden Gutachter führten in ihrer bidisziplinären Beurteilung aus, dass die aus rheumatologischer Sicht begründete 30%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der minutiösen Beschreibung mit multiplen kognitiven Symptomen wesentlich höher, und zwar entsprechend dem aktuell geleisteten Arbeitspensum - aufgrund einer neuropsychologischen Funktionsstörung bei 75 % liege (vgl. E. 3.2). Entgegen dieser fachfremd gestellten Diagnose im bidisziplinären Gutachten vom 18. November 2009 diagnostizierte C.____, welcher die Beschwerdeführerin ergänzend neuropsychologisch begutachtete, nur eine minimale bis leichte kognitive Minderleistung und schloss daraus auf eine höchstens 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezugnehmend auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ vermutete er bei fehlenden Hinweisen auf psychogene Faktoren schmerzassoziierte Ursachen für die minimale kognitive Leistungsminderung. Zudem führte er aus, dass bei einer - nach dem geschilderten Reitunfall nicht auszuschliessenden - Hirnerschütterung und HWS-Distorsion nicht mit bleiben den hirnrnorganischen bedingten kognitiven Folgen zu rechnen sei. Diese neuropsychologische Einschätzung stimmt auch mit der derjenigen im interdisziplinären Z.____-Gutachten vom 5. August 2008 (Urk. 7/18 S. 27 ff.) überein. Darin wurde

bei fehlenden strukturellen Läsionen (vgl. MRI des Nackens vom 9. Mai 2007, Urk. 7/9/17) plausibel darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin innerhalb von 10 Tagen nach dem Reitunfall am 7. Januar 2007 wieder die volle Arbeitsfähigkeit erlangte und diese während 2 Monaten aufrechterhalten konnte, was gegen eine hirnrnorganische Störung spreche. Unter Hinweis auf die deutliche Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und dem geringen Schweregrad der objektivierten kognitiven Leistungen, stellte C.____ eine höchstens 20%ige Leistungseinschränkung fest. Wenn er auch ausführte, dass die subjektiv erlebten Einschränkungen nicht umfassend medizinisch beurteilt werden könnten und deshalb unter Umständen auf die Angaben der Versicherten abzustützen sei, bezeichnete er das Vorgehen der begutachtenden Dr. A.____ und Dr. B.____ als nicht unproblematisch, da sie rein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstellten. Dr. F.____ bestätigte im Rahmen seiner am 5. Juni 2009 durchgeführten psychiatrisch-psychotherapeutischen Standortbestimmung einen psycho-organischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert. Die Ausführungen im Feststellungsblatt vom 21. September 2009 (Urk. 7/59 S. 7) sind aber nur sehr knapp und ohne Darlegung der konkret festgestellten Befundlage. Doch ging auch Dr. F.____ gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 18. November 2008 von einer 75 % Arbeitsunfähigkeit aus. Nachdem die Beschwerdeführerin ab 1. April 2008 bei der Y.____ eine Innendienstfunktion als Sachbearbeiterin bei einem 50%-Pensum angenommen hatte, passte Dr. F.____ das leistbare Pensum - entsprechend dem gutachterlichen Fazit (vgl. E. 3.2) - auf 50 % an.

Obwohl selbst die Gutachter explizit ausführten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht zu 30 %, aus psychiatrischer Sicht zu 0 % und aus neuropsychologischer Sicht maximal zu 20 % eingeschränkt sei (vgl. E. 3.2-3.5), wurde bei der Festlegung des zum utbaren Arbeitspensums einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Damit beruhte der ursprüngliche Rentenentscheid vom 10. Dezember 2009 auf keiner nachvollziehbaren - medizinisch begründeten - Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Eine auf keiner nachvollziehbaren

ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wie dererwägungsrechtlichen Sinne (vgl. E. 5.3). 5 .5

Bei der Wiedererwägung eines formell rechtskräftigen Verwaltungsaktes geht es darum, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (vgl. E.

E. 5.5

Hinsichtlich des Vorbringens der Beschwerdeführerin, dass auf die Einschätzung ihres behandelnden Rheumatologen Dr. E.____, der ihr eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, abzustellen sei (Urk. 1 S. 7 ff.), ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Arztpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, weshalb deren Aussagen mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 5.6

Zusammenfassend entspricht das polydisziplinäre D.____-Gutachten den erforderlichen Kriterien und es ist seit Mai 2015 (Begutachtung) von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit mit 10%iger Leistungseinschränkung in der angestammten Tätigkeit als Bankangestellte auszugehen. 6 . 6 .1

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art.

E. 6

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, gestützt auf Art. 43 ATSG die weiteren notwendigen Abklärungen durchzuführen.

E. 7

Es sei vom Gericht ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

E. 7.1

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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 mit Hinweisen).

E. 7.2

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft auch vorliegend

zu, da der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit weiterhin gänzlich bei einer 90 % igen Leistungsfähigkeit zumutbar ist, woraus sich ein Invaliditätsgrad von 0 % ergibt .

Die Renteneinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte damit zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 8.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - 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 15. Juli bis und mit 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 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstGeiger

E. 8

Es sei vom Gericht im Sinne von Art. 6 EMRK eine öffentliche Verhandlung durchzuführen.

E. 9

Es sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen.“

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde und machte neu geltend, dass bereits die ursprüngliche Verfügung vom 10. Dezember 2009 zweifellos unrichtig gewesen sei, weshalb die angefochtene Verfügung auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen sei (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1- 127). Mit Verfügung vom 5. August 2016 wurde das Gesuch

um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen, ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerdeführerin eine Frist angesetzt, um sich zu einer allfälligen Substitution der Motive zu äussern (Urk. 8). Am 19. August 2016 ging die Replik ein (Urk. 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf Duplik (Urk. 12), was der Beschwerdeführerin am 21. September 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 13). Mit Schreiben vom 2. Februar 2018 zog die Beschwerdeführerin ihren Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück (Urk. 18).

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

E. 12

ff.), geht fehl.

Bei der vorliegend angeordneten medizinischen Untersuchung handelt es sich um eine polydisziplinäre Begutachtung (Urk. 7/97). Damit kommt Art. 72 bis Abs. 2 IVV zur Anwendung, womit die Vergabe des Gutachtersauftrags nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hat. Aus den Akten geht hervor, dass die IV-Stelle die Vergabe des Auftrags zur Begutachtung des Beschwerdeführers in Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen und in Nachachtung des im KSVI beschriebenen Verfahrens vorgenommen hat. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist daher nicht zu beanstanden. Ist eine Gutachterstelle nach dem beschriebenen System benannt worden, kann die versicherte Person gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung materielle Einwendungen gegen die Begutachtung an sich, gegen Art oder Umfang der Begutachtung oder gegen bezeichnete Sachverständige geltend machen. Weiter können formelle Ausstandsgründe gegen Gutachterpersonen geltend gemacht werden (BGE 138 V 271 E. 1.1).

Am 26. März 2015 gab die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin bekannt, sie werde den Auftrag der Begutachtungsstelle D. ___ erteilen und setzte ihre Frist an, um Einwände gegen einen oder mehrere der im Schreiben genannten Gutachter zu erheben (Urk. 7/93). Indem die vertretene Beschwerdeführerin damals keine Einwände erhob, ist sie damit nicht mehr zu hören. Zudem fehlt es an konkreten Hinweisen, welche auf Ausstands- oder Ablehnungsgründe hin deuten würden. 5.

E. 17

Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 133 V 504 E).

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