

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01044 vom 31. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01044](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01044)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01044 du 31 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01044 del 31 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision in Aussicht stellte. In der Folge liess sie die Versicherte einen Fragebogen ausfüllen ( Urk. 6/112), holte Auskünfte beim behandelnden Arzt ( Urk. 6/109) ein und zog die Akten der Suva bei. Die Versicherte gelangte am 19. April 2013 ( Urk. 6/113) an die IV-Stelle und nahm dabei Bezug auf Observationsberichte ( Urk. 7/1-2), welche der IV-Stelle sowie der Suva vom Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers zur Kenntnis gebracht worden seien. Sie ersuchte um die weitere Anerkennung der Leistungspflicht aufgrund von objektiven Beurteilungskriterien und darum, sich vom Vorgehen des Haftpflichtversicherers nicht beeinflussen zu lassen (S. 11). Nach einem Informationsgespräch ( Urk. 6/130/14) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 4. Mai 2016 ( Urk. 6/131) die Aufhebung der Rente in Aussicht; dies unter Hinweis auf die Ergebnisse des von der Suva veranlassten Gutachtens von Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Neurologie FMH, und Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, von der A.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2015 ( Urk. 6/124/3-47). Nach erhobenem Einwand ( Urk. 6/132 und Urk. 6/134) verfügte die IV-Stelle am 16. August 2016 ( Urk. 2) im angekündigten Sinne.

### **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). 1.

### **E. 1.2**

Am 15. Januar 2013 ( Urk. 6/105) leitete die IV-Stelle ein neuerliches Revisionsverfahren ein, wobei sie eine Überprüfung im Sinne von lit. a Abs.

### **E. 1.3**

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG ( 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz:

lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision ) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mit verursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich

muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

## **E. 2**

S. 2). Die im eingeholten Gutachten attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Die Indikatorenprüfung zeige auf, dass die Beschwerdeführerin über ein hohes Aktivitätsniveau verfüge. Aus rechtlicher Sicht sprächen keine hinreichenden Gründe dafür, dass nicht genügend Ressourcen vorhanden seien, die angestammte Tätigkeit in vollem Pensum auszuüben (S. 3).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Renteneinstellung damit, die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt hätten, gehörten zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urk.).

### **E. 2.2**

Gemäss Absatz 4 SchlB 6. IV-Revision findet Abs. 1 (Rentenaufhebung ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes) keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

### **E. 3.1**

Unbestrittenermassen wurde die Rentenüberprüfung zwischen Anfang 2012 und Ende 2014 eingeleitet, weshalb lit. a der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision aus formeller Sicht anwendbar ist (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2 mit weiterem Hinweis).

#### **E. 3.2.1**

Zur Anwendbarkeit von lit. a der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision machte die Beschwerdeführerin indes geltend, sie habe zwar bei Einleitung des Revisionsverfahrens noch nicht während 15 Jahren eine Rente bezogen, sei je doch seit mehr als 15 Jahren aus dem normalen Erwerbsprozess ausgeschieden. Für die Berechnung der 15-Jahresfrist sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Jahre 1996 respektive der Ablauf des Wartjahres 1997 ausschlaggebend (Urk. 1 S. 28 f.).

#### **E. 3.2.3**

Die Beschwerdeführerin war bei Inkrafttreten der Änderung 42 Jahre alt und bezog bei Einleitung der Rentenüberprüfung im Januar 2013 seit 14 Jahren und 4 Monaten eine Rente der Invalidenversicherung. Die formellen Voraussetzungen für die Anwendbarkeit von Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision sind demgemäss gegeben.

Ein Abstellen auf einen alternativen Zeitpunkt widerspricht dem Gesetzeswort laut und auch das von der Beschwerdeführerin proklamierte Heranziehen weiteerer Auslegung

selemente führt zu keinem anderen Ergebnis. Der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin verspätet bei der Beschwerdegegnerin anmeldete und demgemäss – entsprechend der damaligen Rechtslage – Leistungen ab einem Jahr vor der Anmeldung zugesprochen erhielt, vermag nicht zur Anpassung des klaren Gesetzeswortlautes zu führen. Hätte der Gesetzgeber auf die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt abstellen wollen, wäre dies so zu formulieren gewesen. Dass dies nicht der Fall war, erhellt sodann schon daraus, dass das Wartejahr nicht angerechnet wird, während dem eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit gegeben sein muss.

Die in der Rechtsprechung anzutreffenden Beispiele arbiträrer Handhabung der Eckdaten (Alter von 55 Jahren, Rentenbezug seit 15 Jahren) betreffen nicht die Rentenüberprüfung nach Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision, sondern die Rentenherabsetzung respektive –aufhebung nach Art. 17 ATSG von Versicherten, welche in diese Kategorie fallen (so etwa BGE 141 V 5). Dabei geht es um die Frage, ob den Betroffenen die Selbsteingliederung zumutbar ist, oder ob sie auf Unterstützung durch die Invalidenversicherung angewiesen sind. Die Frage der grundsätzlichen Anwendbarkeit von Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision steht damit nicht im Zusammenhang, auch wenn diese Gesetzesänderung Inspiration für die einschlägige Rechtsprechung gewesen sein mag.

#### **E. 3.3.1**

Die Beschwerdeführerin befand sodann die Rentenüberprüfung unter dem einschlägigen Titel als ausgeschlossen, weil die Beschwerdeführerin am 5. August 2011 in Kenntnis der IV-Revision 6a und der Schlussbestimmungen bei Schleudertrauma-Diagnose dennoch den unveränderten Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 76 % mitgeteilt habe. Die im Jahr 2011 durchgeführte Revision und Bestätigung des Rentenanspruchs sei also bereits in Beachtung der relevanten Rechtsprechung ergangen. In Analogie zu BGE 140 V 8 bestehe kein Raum mehr für ein Rückkommen unter dem fraglichen Titel (Urk. 1 S. 8 f.).

#### **E. 3.3.2**

Vorliegend steht fest, dass die Rentenzusprache nicht in Beachtung der relevanten Rechtsprechung erging. Die erstmalige Rentenzusprache erfolgte mit Verfügungen vom 16. Juni 2003 (Urk. 6/62-65) ohne Thematisierung pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage. Dass im Zeitpunkt der im Jahr 2011 erfolgten Rentenrevision die einschlägige Rechtsprechung bestanden hat, ändert hieran nichts. Denn mangels relevanter Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse war es der Beschwerdegegnerin verwehrt, unter diesem Titel auf die Rentenzusprache zurückzukommen, war doch Abs. 1 lit. a SchlB 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt noch nicht in Kraft.

#### **E. 4**

Damit ergibt sich, dass eine Rentenüberprüfung aufgrund von Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision möglich ist.

#### **E. 4.1.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Rentenzusprache vom 16. Juni 2003 (Urk. 6/62-65) vollumfänglich auf die Einschätzung der Suva ab. In medizinischer Hinsicht bildete für die Beschwerdegegnerin wie auch für die Suva insbesondere der Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2002 (Urk. 6/41/1-4) betreffend Hospitalisation vom 2. Mai bis 1

2. Juni 2002 Grundlage für den Entscheid, namentlich die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2002 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss der Beschwerdegegnerin vom 6. März 2003 [Urk. 6/53] sowie Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung der Suva vom 19. Juni/ 8. November 2002 [Urk. 6/45/14-16]). Die Ärzte der B.\_\_\_\_ hatten bereits am 6. März 2002 (Urk. 6/41/7-17) ein Gutachten zu Händen der Suva erstellt.

#### **E. 4.1.2**

). Im Rahmen des erfolglosen Rehabilitationsaufenthaltes im Frühjahr 2002 konnten ebenfalls keine organischen Pathologien gefunden werden. Der Hinweis der Ärzte auf „somatischerseits“ eingetretene Exazerbationen bei kleinsten Belastungen basierte offenkundig auf subjektiven Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin und nicht auf darstellbaren Verletzungen oder Erkrankungen. Im Gegenteil wurde eine Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht geschildert (E. 4.1.3).

Auch die Beschwerdeführerin selber konnte keine einschlägige Pathologie bezeichnen. Sie hielt zwar dafür, dass seinerzeit nicht (ausschliesslich) „PÄUSBONOG“ zur Rentenzusprache geführt habe (Urk. 1 S. 8), legte aber nicht dar, worin denn die darüber hinausgehende Erkrankung bestand. Wenn sie geltend macht, die Ärzte der B.\_\_\_\_ hätten sie aus somatischen, psychiatrischen und neurologischen Gründen als in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt erachtet (Urk. 1 S. 12), trifft dies inhaltlich nicht zu.

Damit liegt kein Mischsachverhalt im Sinne der Rechtsprechung vor, bei welchem unklare und erklärbare Beschwerden bestehen. Die Rentenzusprache erfolgte aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage, weshalb eine Überprüfung unter dem Titel von lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision grundsätzlich möglich ist.

#### **E. 4.1.3**

Im Austrittsbericht vom 14. Juni 2002 (Urk. 6/41/1-4) betreffend Rehabilitationsaufenthalt vom 2. Mai bis 12. Juni 2002 konstatierten die Ärzte, dass die Ziele der Rehabilitation (Schmerzreduktion, Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Erhaltung der reduzierten Arbeitsfähigkeit) nicht hätten erreicht werden können. Von Seiten der psychischen Störungen sei es sogar zu einer Verstärkung der depressiven Reaktionen, somatischerseits zu Exazerbationen bei kleinsten Belastungen gekommen (S. 2).

Der Hauptbeschwerdepunkt bei Eintritt habe in der raschen Ermüdbarkeit und der konsekutiven Konzentrationsproblematik bestanden. Die zervikovertebrale und zervikozepale Schmerzsymptomatik sei mit verschiedenen Behandlungsmethoden angegangen worden, wobei es jedoch immer nur sehr kurzfristig zu einer Erleichterung gekommen sei. Die Beschwerdeführerin habe immer sehr empfindsam auf äussere Einflüsse wie Lärm und Vibration reagiert (S. 2).

Bei stationären Beschwerden und verstärkten depressiven Reaktionen sei die psychologische Therapie forciert worden (medikamentöse Therapie sowie Gesprächstherapie, wobei es darum gegangen sei, der symptombedingten Überlastung und Überforderung der Beschwerdeführerin und dem daraus folgenden sozialen Rückzug mit konsekutiver Verarmung des Beziehungslebens zu begegnen). Zu einer objektiven Verbesserung des Gesamtzustandes (somatisch und psychisch) sei es im Verlaufe der Hospitalisation nicht gekommen.

Die Ärzte attestierten im Beruf als Confiserie-Verkäuferin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund des nicht eingetretenen Rehabilitationserfolges beziehungsweise aufgrund der massiv reduzierten Leistungsfähigkeit, der Konzentrationsstörungen, der unter der kleinsten Belastung exazerbierenden somatischen Beschwerden sowie aufgrund der Unfallfolgen im psychologischen Bereich gingen sie auch für leichte Arbeit von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus (S. 3).

#### **E. 4.2.1**

Im Rahmen der ersten Revision bestätigte Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, am 28. August 2007 (Urk. 6/78) einen stationären Gesundheitszustand (Ziff. 5.1). Er ging von einer Arbeitsfähigkeit von 8 bis 10 Stunden pro Woche (seit 2002) aus. Am 10. Januar 2008 (Urk. 6/81) verdeutlichte er, dass die genannte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin umsetzbar sei.

#### **E. 4.2.2**

Anlässlich der zweiten Rentenrevision verwies Dr. D.\_\_\_\_ mit Bericht vom 31. März 2011 (Urk. 6/90) auf nach wie vor bestehende chronische, mittlerweile aber aushaltbare Schmerzen im HWS-Bereich. Weit mühsamer seien die Belastungsintoleranz und die kognitive Beeinträchtigung. So würden Konzentrationschwierigkeiten angegeben mit herabgesetzter Merkfähigkeit. Auch werde eine ausgeprägte Lärmempfindlichkeit beschrieben. In körperlichen Tätigkeiten bestehe nach wie vor eine Einschränkung. Den Haushalt könne sie angepasst führen, wobei praktisch alle Arbeiten über Kopf vermieden und an den Ehemann delegiert werden müssten, ansonsten träten HWS-Schmerzen und Schwindel auf. Wandern sei bis zu einer halben Stunde möglich. Die Beschwerdeführerin beschreibe immer wieder Schmerzexazerbationen mit Kribbeln beider Hände und der Beine.

Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte das Vorliegen gleich bleibender Beschwerden und verwies auf die ausbleibende Besserung trotz verschiedenen Bemühungen. Er attestierte unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 8 bis 10 Stunden pro Woche.

#### **E. 4.3**

Im Rahmen der nun strittigen Rentenüberprüfung diagnostizierten Prof. Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 27. Mai 2015 (Urk. 6/124/3-47) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Differenzialdiagnose somatoforme Schmerzstörung), eine dissoziative Störung (Konversion) gemischt, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit führend selbstunsicheren und ängstlich vermeidenden Anteilen bei Leistungsorientierung sowie anamnestisch Hinweise auf rezidivierende leichte bis mittelgradige depressive Episoden vor dem Hintergrund oben genannter Diagnosen (S. 26).

Zur Veränderung der Unfallfolgen seit November 2002 führten sie aus, hierzu werde wesentlich auf die aktuelle Exploration Bezug genommen, da fachärztliche Stellungnahmen in den letzten zehn Jahren nicht vorliegen und

auch praktisch keine Behandlungsunterlagen aktenkundig seien, was natürlich einen Mangel darstelle. Es könne jedoch sehr klar festgehalten werden, dass die damals in der psychiatrischen Begutachtung auffällige depressive Symptomatik, die sich entsprechend auch damals im psychopathologischen Befund niederschlagen habe, so heute nicht mehr bestehe. Aktuell sei die Beschwerdeführerin in der Interaktion völlig frei und jegliche Hinweise auf depressive Symptome fehlten. Aus der Exploration selbst heraus sei

überhaupt keine Einschränkung von Leistungsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit ableitbar . Dies abgestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, die vorliegenden Videoaufnahmen der Observation, die gewisse Diskrepanzen aufweisen, ohne dass dies direkt eine Simulation oder eine nicht krankheitswerte Aggravation belegen würde. Aus Sicht des psychiatrischen Gutachters

sei es der Beschwerdeführerin jedoch gelungen, über die letzten zehn Jahre Funktionen und Fähigkeiten zurückzugewinnen, was wahrscheinlich auch aufgrund des ihrer versicherungstechnisch und auch familiär gewährten Schutzes. Er geht von einer wahrscheinlich weiterhin unter Stress auffälligen Beschwerdesymptomatik aus mit dann apparenten pseudo neurologischen Symptomen, einem Hyperarousal und auch einer somatoformen Symptomatik. Aus der Katamnese heraus sei dies auch heute noch durchaus plausibel, eine Unsicherheit diesbezüglich bleibt jedoch. Eine eigentliche psychiatrische Komorbidität lässt sich nicht erkennen . In der Gesamtsicht müsste der Gesundheitszustand als deutlich gebessert angesehen werden. Aus neurologischer Sicht seien die von der Beschwerdeführerin angeführten neurologischen Beschwerden im Vergleich zum November 2002 unverändert. Abgestützt auf die klinischen Befunde habe sich der somatisch-neurologische Gesundheitszustand jedoch verbessert, so finden sich zum Beispiel keine Verspannungen mehr der Nacken-/Schultergürtelmuskulatur wie im Jahre 2002 beschrieben (S. 43 f.).

Die Gutachter attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, welche sich insbesondere aufgrund der sich in der Vergangenheit sehr deutlich gezeigten Vulnerabilität der Beschwerdeführerin zur Entwicklung einer schwereren psychischen Problematik mit dann auch depressiven Symptomen ergebe. Selbstklärend sei nach zehn Jahren Abwesenheit vom Arbeitsplatz auf dem Hintergrund der gesehenen Störung nur eine sehr behutsame Reintegration denkbar , eine Dekonditionierung liege vor. Aus heutiger Sicht sei mit einer weiteren Zunahme der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, dies sollte im Verlauf neu evaluiert werden. Bezüglich der neurologischen Einschätzung könne sehr klar festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin weder quantitativ noch qualitativ als bezüglich der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt einzuschätzen ist (S. 44 f.) .

### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenaufhebung nicht mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes respektive der Arbeitsfähigkeit, sondern einzig mit der Anwendung von lit. a Abs. 1 SchIB 6. IV-Revision (Urk. 2).

### **E. 5.2**

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte aufgrund der Diagnose eines Status nach Halswirbelsäulen-Distorsionstraumata. Im ausschlaggebenden Gutachten der Ärzte der B. \_\_\_ vom März 2002 finden sich keine organischen Pathologien, sondern - abgesehen von verkürzter Subokzipital-Muskulatur - lediglich Hinweise auf ein Zervikalsyndrom mit Dysfunktionen (ohne bildgebend darstellbare Pathologie) und Triggerpunkten sowie eine eben falls nicht organisch begründbare neurovegetative Symptomatik, eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung (ohne Ätiologieangabe) , eine Anpassungsstörung mit überwiegend depressiven Reaktionen sowie ein Dekonditionierung-Syndrom . Der Verweis auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit „ aus somatischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht “

verfängt demgemäss - bei fehlender organischer Diagnosestellung respektive Darlegung einer einschlägigen Pathologie - nicht (E).

### **E. 5.3**

Die zwei rentenbestätigenden Revisionen basierten auf Formularberichten des Hausarztes Dr. D.\_\_\_\_, welcher keine abweichenden organischen Befunde erhob und damit auch keine neuen Diagnosen stellte.

### **E. 5.4**

Auch im Rahmen der aktuellen Abklärungen ergab sich keine organische Pathologie. Prof. Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Differenzialdiagnose somatoforme Schmerzstörung), eine dissoziative Störung (Konversion) gemischt, akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie anamnestisch Hinweise auf rezidivierende leichte bis mittelgradige depressive Episoden. Sie nahmen dabei Bezug auf die (nach dem letzten Unfall) echtzeitlichen Untersuchungsergebnisse und kommentierten den Verlauf bis zur eigenen Exploration (E. 4.3). Wohl führten sie aus, dass gemäss der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen eine somatische Teilätiologie bestehe, ergänzten aber, dass diese in der neurologischen Untersuchung nicht habe bestätigt werden könne. Der Hinweis, dass eine solche zumindest in der Entstehung der Beschwerden nahe dem Unfallgeschehen anzunehmen sei (Urk. 6/124/43), ändert nichts an der Feststellung, dass weder bei Rentenzusprache noch aktuell eine bildgebend oder mittels objektiver Untersuchungsergebnisse nachweisbare organische Pathologie nachgewiesen wurde.

Damit ist eine Rentenanpassung unter dem erwähnten Titel möglich.

### **E. 5.5**

Anzufügen bleibt, dass aufgrund der Darlegungen der Gutachter auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nahe liegt, wurde doch die depressive Symptomatik, welche bei der Rentenzusprache mitausschlaggebend war, nicht mehr festgestellt. Wie es sich damit genau verhält, kann beim vorliegenden Ergebnis indes offen bleiben, da eine umfassende Überprüfung (in Bezug auf die allein vorliegenden nicht nachweisbaren Beschwerden) möglich ist.

## **E. 6**

. 4 .

### **E. 6.1**

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (an dauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der

subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wo für Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein - wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges - Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist die notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis auf Susanne Bollinger, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, herausgegeben von Ueli Kieser und Miriam Lendfers, S. 114).

Mit zur Publikation bestimmten Urteilen

8C\_841/2016, 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht entschieden, dass die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte

Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung findet.

### **E. 6.2**

Die Gutachter Prof. Dr. Y. \_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Beschwerdeführerin, welche die Expertise in mehrfacher Hinsicht kritisierte, bestritt diese Schlussfolgerung nicht substantiiert und brachte vor, eine Rentenaufhebung sei auch deshalb nicht möglich, weil das Gutachten von einer erheblichen (50%igen) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgehe (Urk. 1 S. 28).

Die Leiden der Beschwerdeführerin lassen sich nicht mittels objektiv nachweisbaren Untersuchungsergebnissen untermauern, sondern erschöpfen sich vielmehr in pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Dies gilt vorweg für die Diagnose (vgl. E. 4.3) der chronischen Schmerzstörung (mangels Vorliegens eines nachweisbaren somatischen Faktors) sowie der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352) wie auch der dissoziativen Störung (Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; Urteil des Bundesgerichts 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4). Spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle fallen ebenfalls unter diese Kategorie (BGE 136 V 279).

### **E. 6.3**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex

„Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

## **E. 6.4**

. 4

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführer ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern. Sie bewohnt mit ihrer Familie ein Haus und sorgt sich um Haushalt und Kinder. Sie bedient den Computer und kümmert sich um organisatorische Dinge im Zusammenhang mit der Schule wie auch den Pfadiaktivitäten der Kinder. In sozialer Hinsicht bestehen vereinzelte Kontakte, die indes meist seitens des Ehemannes initiiert werden (Urk. 6/124/19). Damit ist insgesamt kein auffälliger sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Auch die

Persönlichkeitsstruktur weist keine erheblichen Einschränkungen aus; die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit führend selbstunsicheren und ängstlich vermeidenden Anteilen bei Leistungsorientierung sind nicht dergestalt, als dass sich die Beschwerdeführerin nicht behaupten könnte (Urk. 6/124/34).

#### **E. 6.4.1**

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die Gesundheitsschädigung nicht als ausgeprägt erscheint. Die Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung, der dissoziativen Störung und der akzentuierten Persönlichkeitszüge und die funktionellen Einschränkungen im Alltag wurden nicht als derart einschneidend beschrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. Die Beschwerdeführerin gestaltet ihren Alltag recht unauffällig, sie kümmert sich um die schulpflichtigen Kinder samt Hausaufgabenhilfe, geht mit dem Auto einkaufen und mit dem Hund einer Nachbarin spazieren, kocht, besorgt die Wäsche und verreist in die Ferien. Lediglich schwerere Arbeiten und solche in ungünstigen Positionen kann sie nicht übernehmen (Urk. 6/124/18-19). Die anamnestisch erhobene depressive Störung war zuletzt nicht mehr erkennbar.

#### **E. 6.4.2**

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr in medizinischer Behandlung befindet und auch keinerlei (berufliche) Eingliederungsbemühungen tätigte (vgl. hierzu auch E. 6.4.6). Nach dem letzten Unfall geschehen im Jahr 1996 erfolgten verschiedene therapeutische Bemühungen und die Beschwerdeführerin nahm auch eine Arbeitsstelle an, welche sie in der Folge nach der Geburt ihres ersten Kindes (2000) aufgab (Urk. 6/9 und Urk. 6/124/20). Im Rahmen der Abklärungen im Jahr 2002 wurde ein fehlender Rehabilitationserfolg festgehalten und eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (E. 4.1.3). Bis zur ersten Rentenrevisión verbesserte sich der Zustand dann insoweit, als dass der Beschwerdeführerin neu eine Arbeitsfähigkeit von 8 bis 10 Stunden pro Woche attestiert wurde (E. 4.2.1), was indes ohne Auswirkung auf den Rentenanspruch blieb und deshalb (revisionsrechtlich) unerheblich war. Weitere Bemühungen – insbesondere in arbeitsrehabitativer Hinsicht – sind nicht ersichtlich, was indes auch nicht erstaunt, hatte sich die Beschwerdeführerin doch als Familienfrau mit zwei Kindern und eigenem Haus etabliert, war dadurch vollzeitlich ausgelastet und – unter zeitweiser Medikation – auch fähig, den Alltag zu meistern.

#### **E. 6.4.5**

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/Hürzeler, Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, S. 136 f. und S. 138) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts

9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Das

Tagesaktivitätsniveau der Beschwerdeführerin ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch nicht entsprechend der von ihr geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit. So hat die Beschwerdeführerin einen praktisch unauffälligen Tagesablauf und kommt sämtlichen Aufgaben und Verpflichtungen nach (E. 6.4.1). Einschränkungen finden sich lediglich bei anstrengenderen körperlichen Tätigkeiten wie Gartenarbeit, Besorgung der Wäsche bei grossen Textilien, Raumpflege in ungünstigen Körperhaltungen sowie Einkauf schwerer Sachen. Die Beschwerdeführerin engagiert sich sodann in Rahmen des Elterntreffs am Wohnort (Urk. 6/114/10), wenn auch in bescheidenem Rahmen (Weihnachtsbaseln an zwei Tagen à drei bis vier Stunden, Urk. 6/124/19). Diese Umstände zeigen, dass die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage ist, ihr Leben zu meistern und ihre Beschwerden im Alltag nur am Rande ersichtlich werden. Eine wesentliche Einschränkung ist damit nicht ausgewiesen.

#### **E. 6.4.6**

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 142 f.) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg

oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. In konsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Behandlungen im Anschluss an den letzten Unfall im Jahr 1996 dauerten bis September 2003, als die Beschwerdeführerin eine letzte psychotherapeutische Sitzung absolvierte (Urk. 6/79/19). Bereits im August 2007 bestätigte Hausarzt Dr. D. \_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin seit der Rehabilitation im Jahr 2002 keine Behandlungen mehr in Anspruch nahm. Sie sehe seither keine Perspektive mehr und nehme gelegentlich Schmerzmittel (Urk. 6/78/3). Im März 2011 erwähnte Dr. D. \_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin seit der letzten Kontrolle (2007) keine Behandlung in Anspruch nahm (Urk. 6/90/1). Auch die Gutachter stellten fest, dass keine (jüngeren) fachärztlichen Stellungnahmen und praktisch keine Behandlungsunterlagen vorliegen (Urk. 6/124/45 und Urk. 6/124/33). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

Damit ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin seit über einem Jahrzehnt keine ärztliche Therapie mehr in Anspruch nahm und namentlich auch in keiner Schmerzklinik vorstellig wurde. Dies deutet auf einen mässigen Leidensdruck hin, und verdeutlicht, dass sich die Beschwerdeführerin in ihrer Rolle als Familienfrau etabliert hat, in welcher sie im Wesentlichen funktioniert.

#### **E. 6.5**

Die diversen Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von Prof. Dr. Y.\_\_\_\_ sowie Dr. Z.\_\_\_\_ erweisen sich bei dieser Aktenlage als irrelevant. Soweit sie die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens unter Einbezug von drei Disziplinen samt Vergabe nach dem Zufallsprinzip verlangt (Urk. 1 S. 28), ist festzuhalten, dass das fragliche Gutachten vom Unfallversicherer eingeholt wurde und die Beschwerdegegnerin nach Einsichtnahme den Sachverhalt als genügend geklärt erachtete; dies nachdem sie ergänzende Fragen stellen lassen (Urk. 6/122). Eine erneute Begutachtung drängte sich demnach nicht auf. Dass der Regionale Ärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin eine Abklärung auch in orthopädischer Hinsicht vorgeschlagen hatte (am 13. Mai 2013, Urk. 6/130/7), ändert hieran nichts. Denn weder die neurologische/psychiatrische Begutachtung noch die sonstigen Akten lieferten Hinweise auf eine mögliche orthopädische Pathologie. Auch die Beschwerdeführerin selber brachte nichts Dergleichen vor.

Soweit sie die Existenz verschiedener referierter Vorberichte bestreitet und da mit Zweifel an der Genauigkeit proklamiert (Urk. 1 S. 20), liegt offenkundig ein Irrtum vor (Einweisungsschreiben vom Universitätsspital Zürich vom 1. Oktober 1996 [Urk. 6/45/316-317], Gesprächsprotokoll betreffend Praktizierung von Jin Shin Do vom 6. [richtig: 7.] August 1997 [Urk. 6/45/261]). Auch einzelne kleinere Missverständnisse in der Anamneseerhebung (Urk. 1 S. 21 ff.) bleiben ohne Relevanz, weil die Gutachter hieraus keine Folgerungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit zogen respektive die vorliegend im Vordergrund stehenden massgebenden tatsächlichen Feststellungen, welche dem strukturierten Beweisverfahren zugrunde liegen, erstellt und unbestritten geblieben sind.

Offen bleiben kann auch, inwiefern die Überwachung der Beschwerdeführerin durch den Haftpflichtversicherer rechtens war und ob die Beschwerdegegnerin auf die Ergebnisse hätte greifen dürfen. Die Resultate der Überwachung bleiben für den Ausgang des vorliegenden Verfahrens ohne Relevanz, dreht sich dieses doch in tatsächlicher Hinsicht um das Vorliegen einer organischen Pathologie sowie die Sachverhaltselemente in Bezug auf die massgebenden Kriterien des strukturierten Beweisverfahrens. Diesbezüglich stützten sich namentlich die Gutachter auf die Angaben der Beschwerdeführerin und nicht auf die Überwachungsberichte. Letztere mögen allenfalls zur Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit beigetragen haben, dies bleibt aber vorliegend ohne Bedeutung.

Fest steht nach dem Gesagten auch, dass die Akten - und dabei namentlich das fragliche Gutachten - genügend Grundlagen für das strukturierte Beweisverfahren liefern. Diese stammen allesamt von der Beschwerdeführerin selber oder ergeben sich aus den Akten.

#### **E. 6.6**

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht in Anwendung von lit. a Abs. 1 SchlT 6. IV-Revision die laufende ganze Rente der Beschwerdeführerin aufgehoben hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 7**

Die

Kosten

des

Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -  
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  
Der Gerichtsschreiber Gräub-Stocker

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