

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00830 vom 12. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00830

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00830 du 12 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00830 del 12 novembre 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). 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

Mitte). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung im Bereich Reiki absolviere und sie mit dem Auto einkaufen gehe, zeige keine wesentliche Einschränkung der sozialen Aktivität, die auf eine psychiatrische Gesundheitsschädigung zurückzuführen sei. Die angegebene Angststörung scheine ebenfalls keinen wesentlichen Einfluss auf die soziale Situation der Beschwerdeführerin zu haben. Unter Berücksichtigung der festgestellten Aggravation scheine die Gesundheitsschädigung im alltäglichen Bereich geringer zu sein als von der Beschwerdeführerin angegeben (S. 87 unten). Als invaliditätsfremder Faktor stehe allenfalls eine berufliche Unzufriedenheit im Rahmen der früheren Tätigkeit auf der Bank im Raum (S. 88 unten). Der Gutachter gab zur Beschwerdevalidierung an, trotz der Angaben von subjektiv schweren Beeinträchtigungen sei das psychosoziale Funktionsnetz der Beschwerdeführerin bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt. Das Vorbringen der Klage habe sodann appellativ, demonstrativ oder theatralisch gewirkt. Weiter stimme das Ausmass der geschilderten Beschwerden nicht mit der entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe überein (S. 90 Ziff.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3,

134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

oben). 5. 9. 3

Eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung mit einem dramatischen, emotionalen oder launenhaften Verhalten sei vorliegend nicht nachweisbar. Auch für das Vorliegen einer Cluster-A-Persönlichkeitsstörung hätten sich keine Hinweise ergeben. Die anamnestiche Nachfrage bezüglich der bestehenden Symptomatik insgesamt und deren

Vorliegen seit

dem Kindes- und Jugendalter habe keine überzeugenden Zusammenhänge ergeben (S. 92 Mitte). Bei der Exploration liege eine Reihe grundsätzlicher persönlicher Ressourcen vor. Sie habe sich die Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Leitung von Mitarbeitern angeeignet und habe Erfahrung im Gastgewerbe, auch im Umgang mit Kunden und Mitarbeitern. Weiter habe sie ehemals ein umgängliches Wesen in Bezug auf andere Personen sowie Zuverlässigkeit, Einfühlungsvermögen und eine klare Arbeitsweise gezeigt (S. 93 unten). Eine selbständige Arbeitsweise sei bei ihr ausgewiesen (S. 94 oben). Es sei davon auszugehen, dass Ressourcen vorlägen und diese grundsätzlich auch eingebracht werden könnten (S. 94 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe eine Kollegin, die am gleichen Ort wie sie wohne. Diese treffe sie zwei bis dreimal in der Woche. Im Sommer würden sie im Rhein schwimmen gehen. Eine andere Kollegin treffe sie alle drei Wochen, eher in Solothurn als im Kanton Zürich. In Solothurn mache sie auch eine Ausbildung im Bereich Reiki (S. 99 oben). Mit dem Auto fahre sie relativ wenig, beispielsweise zum Einkaufen über die Grenze (S. 99 Mitte). Das Interesse an der Ausbildung bezüglich Reiki bedeute eine intellektuelle Aktivierung von Ressourcen, was gut achterlich zu begrüssen sei. Weiter finde eine Beziehungspflege statt und die Beschwerdeführerin erfahre Unterstützung von ihrem Ehemann, der nicht mehr berufstätig sei (S. 101 Ziff. II.5). 5. 9. 4

Der Gutachter stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0; S. 102 Ziff. III). Unter versicherungsmedizinischen psychiatrischen Kriterien sei es nicht sinnvoll möglich, die gezeigte Symptomatik einer Bewegungsstörung als Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu klassifizieren, zumal an einem theoretischen Arbeitsplatz keine Gutachtens- oder Prüfungssituation permanenter Natur ableitbar sei. Weiter sei zu bedenken, dass die Beschwerde führe allein mit dem Auto die Grenze nach Deutschland passiere. Augen scheinlich seien bei diesen Gelegenheiten nicht ein deutlicher Tremor oder eine Bewegungsstörung aufgetreten. Der gezeigte Tremor wäre auch

schwerlich mit der Fahrtauglichkeit eines Personenwagens zu vereinbaren (S. 105 oben).

Bezüglich der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei diese unter Berücksichtigung der Aggravation als leicht einzuordnen. Dies stehe auch im Einklang mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschwerdeführerin im Alltag (S.

106 unten). Ein Test habe eine schwere Panikstörung ergeben. Lasse man die festgestellte Aggravation in die Bewertung einfließen, liege der Schweregrad mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in dieser ausgeprägten Form oder überhaupt nicht vor (S. 107 oben). Bei Vorliegen einer schwereren Agoraphobie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wäre der wöchentliche Besuch von Cafés oder eine Reise alleine nach Winterthur mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durchführbar (S. 107 unten). Das Medikament Bupropion gegen Depressionen sei von der Beschwerdeführerin gemäss Laborkontrolle nicht eingenommen worden. Trittico liege im unteren Bereich des Nachweisbereiches. Aufgrund dieser Fakten könne nicht von einer optimalen Kooperation bei den bisherigen Therapien ausgegangen werden (S. 108 Ziff. IV.2 unten).

Nach den vorliegenden Informationen seien seit der Berentung keine Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt worden. Der behandelnde Psychiater Dr. J. ___ habe im Februar und August 2010 eine Wiedereingliederungsmaßnahme im Umfang von 50 % grundsätzlich als möglich bezeichnet. Eine solche sei in der Folge aber nicht durchgeführt worden (S. 110 Ziff. IV.4).

Zur Konsistenz wurde ausgeführt, die Schilderung der Beschwerdeführerin bezüglich einer Depression sei relativ vage gewesen.

Sie selbst habe sodann kaum die Problematik des Tremors erwähnt. Sie habe einerseits angegeben, dass sie im Haushalt nichts alleine erledigen könne. Später sei dann deutlich geworden, dass sie im Haushalt durchaus Dinge alleine bewerkstelligen könne. Der gezeigte grob schlägige Tremor würde jede häusliche Tätigkeit, das Autofahren usw. schwierig oder unmöglich machen. Aufgrund der testpsychologischen Erkenntnisse müsse von Aggravation oder Simulationstendenzen ausgegangen werden. Die sie stellten auch die Schwere der im psychopathologischen Befund erhobenen Symptomatik und den ermittelten Schweregrad der psychologischen Testergebnisse stark in Frage (S. 112 oben). Der Tremor der oberen Extremitäten sei beim Verlassen der Praxis, als die Beschwerdeführerin ihre Tasche vom Boden aufgehoben habe, nicht merklich gewesen. Nach der gutachterlichen Erfahrung würde ein dissoziativer Anfall, sei er motorischer oder anderer Art, in keiner Weise ein logisches oder abgestimmtes Vorgehen beim Verlassen der Praxis ermöglichen (S. 112 unten).

Im Gutachten von Dr. C. ___ ergäben sich keine objektiven Befunde bezüglich einer Agoraphobie oder einer Panikstörung. Dennoch seien eine anhaltende Agoraphobie und eine Panikstörung diagnostiziert worden (S. 114 Mitte). Dr. C. ___ habe in ihrer Beurteilung einen Therapeutenwechsel und die Intensivierung der Therapie empfohlen. Beides habe nicht stattgefunden. Es fänden weiterhin Termine bei Dr. J. ___ alle drei Wochen statt (S. 114 unten). 5 . 9 . 5

Medizinisch-theoretisch hätte die Arbeitsfähigkeit auch im Bankenbereich in einer nichtleitenden Position seit 2006 überwiegend wahrscheinlich erhöht werden können (S.

119 unten). Unter optimalen Bedingungen (Intensivierung der Behandlung, Therapeutenwechsel, gezielte medikamentöse Einstellung) und aus ressourcenorientierter Sicht hätte im August 2010 eine langsame stufenweise Erhöhung der beruflichen Belastungsfähigkeit, zum Beispiel in einem Zeitrahmen von zwölf Monaten, erfolgen können. Dies, mit dem Ziel je nach Verlauf in der bisherigen Tätigkeit ohne Leitungsfunktion oder in einer angepassten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt wieder zu 80-100 % tätig zu sein (S. 120 Ziff. VI.1). Im Rahmen einer angepassten Tätigkeit seien Nachtschichten zu vermeiden. Weiter solle es sich um eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Kundenkontakt mit ausschliesslich Routinearbeiten handeln. Aktuell könne insofern von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Die Arbeitsfähigkeit könne unter einer adäquaten Therapie innert zwölf Monaten auf 80-100 % ausgebaut werden (S. 120 Ziff. VI.2). 5.10

Der Ehemann der Beschwerdeführerin äusserte sich in einer E-Mail an die Beschwerdegegnerin vom 10. September 2016 (Urk. 7/68)

zu den Umständen der Begutachtung. Er führte aus, er habe kurz vor 12 Uhr vor dem Gebäude, in dem sich die Praxis des Gutachters befinde, auf seine Frau gewartet. Um 12.30 Uhr habe im Haus plötzlich ein Riesen geschrei und ein Gejammer begonnen, das bis auf die Strasse zu hören gewesen sei. Er sei das Treppenhaus hochgerannt und habe seine Frau alleine auf dem Treppenabsatz unterhalb der Praxis vorgefunden. Sie sei völlig hysterisch gewesen, habe geschrien, geweint und wie verrückt gezittert. Der Gutachter sei aus der Praxis gekommen und habe gesagt, dass er nichts gemacht habe. Anschliessend sei er zurück in seine Praxis gelaufen und habe sich dort eingeschlossen (S. 1 unten).

Der Ehemann schilderte sodann den Ablauf der Begutachtung. Dabei habe der Gutachter die Beschwerdeführerin wiederholt aufgefordert, Testaufgaben schneller zu bearbeiten (S. 1 f.). Er habe ihr sodann gegen ihren Willen Blut abgenommen. Schliesslich habe er eine Schere genommen und habe ihr Haare abschneiden wollen. Sie habe sich dann selber Haare ausgerissen, habe diese hingeworfen und sei weggerannt (S. 2). 5.11

Dr. B. ___ nahm seinerseits am 4. November 2016 (Urk. 7/79) zuhanden der Beschwerdegegnerin zu den Umständen der Begutachtung Stellung. Er führte aus, zur Verifizierung der Medikamenteneinnahme über einen längeren Zeitraum habe er eine Haaranalyse durchführen wollen. Er habe die Explorandin am Ende der Begutachtung darüber informiert, worauf sie zunächst nichts gesagt habe. Auf weitere Nachfrage habe sie angegeben, dass bereits Blut abgenommen worden sei. Schliesslich habe sie verbal laut reagiert und angegeben, dass der Gutachter ohnehin machen würde, was er wolle. Sie habe sich dann einige Haare ausgerissen und diese zu Boden geworfen. Weiter habe sie ihre Tasche zielgerichtet, ohne ersichtlichen Tremor, vom Boden aufgehoben und sei zur Praxistüre gelaufen (S. 2 oben). Kurz darauf sei der Ehemann das Treppenhaus hochgelaufen. Dieser habe sich verbal sehr laut und nach Einschätzung des Gutachters ihm gegenüber bedrohlich geäussert. Der Gutachter habe die Begutachtung daraufhin für beendet erklärt und habe sich zu seiner eigenen Sicherheit in die Praxisräume zurückgezogen. Der Ehemann habe ihn nicht aufgefordert, einen Notarzt zu rufen. Aus ärztlicher Sicht habe auch keine Indikation bestanden, einen Notarzt zu holen (S. 2 unten). Bezüglich der Haaranalyse habe er zu keiner Zeit eine Schere in der Hand gehabt und er habe der Beschwerdeführerin auch nicht gegen ihren Willen Blut abgenommen (S. 3 oben). Zwar habe er teilweise nachgefragt, bei welcher Fragennummer des Tests die Beschwerdeführerin sei. Die Deutung einer ständigen Nachfrage seinerseits im Sinne, dass

sie schneller arbeiten solle, weise er aber klar zurück (S. 3 unten). 5 .12

Dr. M.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 22. November 2016 (Urk. 7/81 S. 8 f.) aus, gemäss dem Gutachten von Dr. B.____ bestünden für die bisherige Tätigkeit als Bankangestellte ohne Leitungsfunktion keine wesentlichen Einschränkungen. Als Belastungsprofil seien wechselnde lastende Tätigkeiten ohne Nachtschichten und ohne Schichtarbeit möglich. Weiter solle es sich um eine Tätigkeit ohne Kundenkontakt ausschliesslich mit Routinearbeiten handeln. In der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit als Bankangestellte bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit stufenweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80-100 % (S. 9 Mitte). 5.

E. 1.6

und S. 4). 5 .2

Dr. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

F.____, gab in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 8. August 2010 (Urk. 7/27) zudem an, therapeutisch sei eine sukzessive Leistungssteigerung mittels einer Eingliederungsmassnahme sinnvoll. Eine solche sei in einem angepassten, geschützten und druckfreien Rahmen bis zu 50 % zumutbar. Die sei bei einem positiven Verlauf denkbar. Wegen der Panikzustände und der depressiven Symptome sei der Verlauf prognostisch aber schwer abschätzbar. 5 .3

Im Bericht vom 17. Februar 2014 (Urk. 7/35/5-7) bestätigten die Ärzte des F.____ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 1.6). 5.4

5 .4 .1

Dr. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 9. August 2014 (Urk. 7/42) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten. Die psychiatrische Untersuchung erfolgte am 29. Juli 2014 (S. 1 Mitte).

Dr. C.____ führte zur Anamnese und den subjektiv geklagten Beschwerden aus, nachdem die Beschwerdeführerin schwere Diabetikerin geworden sei, habe sie beruflich reduzieren müssen beziehungsweise habe sie eine Auszeit genommen, um den Diabetes zu regulieren. Ab 2002 (richtig: 2001) sei sie bei der A.____ tätig gewesen, wo sie als Projektleiterin gearbeitet habe. Es habe sich um eine Tätigkeit mit viel Verantwortung und Anforderungen an die Flexibilität gehandelt. Es sei zu Belastungsschüben gekommen und die Beschwerdeführerin habe viele Rückschläge verarbeiten müssen. Im Verlauf des Jahres 2006 sei eine immer stärkere Leistungsunfähigkeit eingetreten. Sie habe unter Angststörungen, einer Agoraphobie und Panikattacken gelitten und habe nicht mehr schlafen können. Sie habe immer mehr gearbeitet, aber ohne ein Ergebnis zu erzielen (S. 3 lit. B oben). Aktuell müsse sich die Beschwerdeführerin tagsüber häufig ausruhen und hinlegen. Derzeit leide sie vor allem unter ihrer starken Verlangsamung und unter Orientierungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Angstzuständen (S. 3 lit. B Mitte).

Ihren früheren Hobbys könne sie nicht mehr nachgehen. Sie halte sich eigentlich nur noch zu Hause auf. Sie gehe höchstens mit ihrem Mann etwas spazieren und koche mit ihm gemeinsam. Weiter fahre sie nur noch sehr kurze Strecken mit dem Auto. Sie bevorzuge dann die Autobahn, wo kein Gegenverkehr herrsche. Wenn sie etwas lese, könne sie sich

höchstens eine halbe Stunde konzentrieren. Wenn sie im Fernsehen die Tagesschau anschaut, seien ihr die Bilder viel zu schnell und sie könne nicht folgen. Vor einigen Jahren habe sie versucht, für ein bis zwei Stunden eine Hausaufgabenbetreuung an einer Schule zu übernehmen. Sie habe sich für eine Stunde Betreuung aber fast fünf Stunden vorbereiten müssen. Seit vielen Jahren sei sie in einer ambulanten Therapie. Bezüglich der Agoraphobie seien nur geringe Fortschritte erzielt worden. Weiter leide sie unter einem Tremor der linken Hand und des linken Armes. Manchmal schüttele auch der ganze Kopf mit (S. 3 unten).

Zu den erhobenen Befunden wurde ausgeführt, bei der Untersuchung sei als erstes ein starker grobschlägiger Tremor des gesamten linken Armes aufgefallen. Im Verlauf des Gesprächs habe auch der Kopf angefangen zu wackeln. Die Beschwerdeführerin habe mit extrem leiser, fast unverständlicher Stimme und sehr langsam und stockend gesprochen. Die Exploration sei dadurch stark erschwert gewesen.

In der Mimik und Psychomotorik habe sie erstarrt gewirkt (S.

4 lit. C oben). Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien reduziert gewesen. Das formale Denken sei stark verlangsamt und eingeengt gewesen. Anhaltspunkte für einen Wahn, für Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden nicht. Affektiv habe die Beschwerdeführerin stark deprimiert, hoffnungslos und ängstlich gewirkt. Es habe so gut wie keine affektive Schwingungsfähigkeit bestanden. Weiter hätten eine starke Beeinträchtigung der Vitalität sowie

Interesse- und Freudlosigkeit vorgelegen (S. 4 lit. C Mitte). 5. 4. 2

Dr. C. ___ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, weiterhin mittelgradig bis schwer ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1/2), eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD

E. 2

Die Versicherte erhob am 14. August 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine Rente auszurichten. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 Mitte).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 7. November 2017 wurde das Gesuch um Gewährung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) abgewiesen und der Beschwerdeführerin eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8 Dispositiv Ziff. 1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin machte in formeller Hinsicht geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht mit den von ihr am 7. März 2017 erhobenen Einwänden bezüglich des Gutachtens von Dr. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

vom 4. November 2016 und der Befangenheit des Gutachters auseinandergesetzt. Die Verfügung leide daher an einem schwerwiegenden Begründungsmangel (Urk. 1 S. 6 Ziff. 1.3).

Der Vorwurf der mangelhaften Begründung des angefochtenen Entscheides ist vorab zu prüfen.

E. 2.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs.

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin brachte im Einwand vom 3. März 2017 vor, die psychiatrische Begutachtung durch Dr. B.____

sei äusserst konfliktreich abgelaufen. Sie habe bei der Begutachtung einen Zusammenbruch erlitten und habe diese völlig aufgelöst, schreiend und weinend verlassen. Zu Hause habe sie dann von einem Notfallpsychiater psychiatrisch betreut werden müssen. Es sei davon auszugehen, dass der Gutachter bei der Abfassung des Gutachtens unter dem Eindruck der sehr negativen Rückmeldung seitens der Beschwerdeführerin befangen gewesen sei (Urk. 7/91 S. 2 Ziff. 2).

Die Beschwerdegegnerin hat den Vorwurf der Befangenheit des Gutachters zur Kenntnis genommen. Dies lässt sich dem internen Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2017 entnehmen, wo die erhobenen Einwände zusammengefasst aufgeführt sind (Urk. 7/103 S. 1 unten). Wie erwähnt, kann von der Verwaltung nicht erwartet werden, dass sie sich mit jedem rechtlichen Einwand auseinanderzusetzen hat. Aus der Verfügung vom 21. Juni 2017 ergibt sich immerhin, dass die Beschwerdegegnerin das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ für beweistauglich erachtete und sie trotz der gegen ihn erhobenen Vorwürfe der Einschätzung des Gutachters folgen wollte. Eine sachgerechte Anfechtung des Entscheides war der Beschwerdeführerin bei dieser Ausgangslage sehr wohl möglich. Die Beschwerdegegnerin äusserte sich in der Verfügung sodann zu den von der Beschwerdeführerin im Einwand beantragten Eingliederungsmassnahmen (Urk. 2 S. 2 Mitte). Die rund eine Seite umfassende Begründung des angefochtenen Entscheides erweist sich zumindest als ausreichend. Soweit sich die Beschwerdegegnerin nicht zur Rüge der Befangenheit des Gutachters äusserte, erweist sich ein allfälliger Mangel durch das vorliegende Beschwerdeverfahren zudem als geheilt. Der Vorwurf der mangelhaften Begründung des angefochtenen Entscheides erweist sich daher als unzutreffend.

E. 3

.1

Die Beschwerdegegnerin stellte

in der angefochtenen Verfügung zu den medizinischen Abklärungen fest, nach der aktuellen gutachterlichen Untersuchung bestünden zahlreiche Widersprüche, die nicht miteinander vereinbaren seien. Aktuell lägen keine wesentlichen Einschränkungen für die Ausübung der ursprünglichen Tätigkeit als Bankangestellte mehr vor (Urk. 2 S. 2 oben).

E. 3.1

und 3.2).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin brachte zum Gutachten von Dr. B.____ weiter vor, von einem Gutachten müsse

grundsätzlich verlangt werden, dass darin die wichtigsten Akten zusammengefasst und nicht einfach eingescannt würden. Unter diesen Umständen sei nicht belegt, ob der Gutachter die Akten überhaupt gelesen habe. Er habe das Gewicht der Begutachtung sodann von Anfang an darauf gelegt, bei der Beschwerdeführerin Aggravation und Simulation zu beweisen (Urk. 1 S.

9 Ziff.

E. 3.3

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. März 2009 (Urk. 7/21 S. 1) ab dem 1. März 2008 eine ganze Rente zugesprochen. Die aktuelle Rentenrevision wurde im November 2013 eingeleitet (vgl. Urk. 7/32 S.

3). Streitgegenstand bildet daher die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Rente aufgrund einer gesundheitlichen Verbesserung der Beschwerdeführerin verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 6. März 2009 zu Recht für die Zukunft aufgehoben hat.

Zu prüfen ist zunächst, ob auf das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. C.____ vom 9. August 2014 oder auf jenes von Dr. B.____

vom 4. November 2016 abzustellen ist.

Dabei ist auch über die Befangenheit des Gutachters zu entscheiden.

E. 4

.3

Die behandelnden Ärzte, Zentrum

F.____, nannten im Bericht vom 21. Mai 2008 (Urk. 7/10/7-9) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode, eine Agoraphobie mit Panikattacken und einen Diabetes mellitus Typ II. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie keine (S. 2 Ziff. 1.1 und 1.2).

Die Ärzte des F.____ führten weiter aus, die Patientin könne mit Mühe die Alltags- und Haushaltsarbeiten erledigen. Sie leide an einer Depression und unter Antriebslosigkeit, die zu einer verminderten Aufmerksamkeits- und Konzentrationleistung sowie zu damit verbundenen Stimmungsschwankungen führten (S.

1 lit. a). Sie attestierten auch auf längere Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 1 lit. b).

E. 4.1

und 4.2).

Die Beschwerdeführerin habe verschiedene Hotelfachausbildungen absolviert. In wenigen Jahren sei es zu einer erfolgreichen Karriere im Bereich Hotellerie und Hauswirtschaft gekommen. Einen Einbruch habe die in ihrem 37. Lebensjahr gestellte Diagnose eines Diabetes mellitus Typ-I dargestellt. Nach eigenen Angaben sei die Beschwerdeführerin dreimal in ein nächtliches Koma gefallen. Durch den insulinpflichtigen Diabetes sei sie

nicht mehr in der Lage gewesen, die hohen beruflichen Anforderungen zu bewältigen, und habe sich in ihrer Karriere gebremst gesehen (S. 13 Ziff. 5 Mitte). Im Frühling 2001 habe eine erste psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Zusammen mit der Diabeteserkrankung und familiären Problemen sei sie im Herbst 2006 in eine depressive Krise geraten, die sich in den folgenden Monaten zu einer schweren depressiven Episode ausgeweitet habe. Diese habe zwischen April und Juni 2007 auch eine Klinikeinweisung notwendig gemacht. Die Behandlung durch die Ärzte des F.____ habe weder auf der Symptomebene noch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu substantziellen Verbesserungen geführt. Die Explorandin habe zudem einen grobschlägigen Tremor der oberen Extremität bei Belastung entwickelt. Somatische Ursachen hierfür seien mittels einer neurologischen Untersuchung und eines MRI ausgeschlossen worden (S. 13 f.).

Die Explorandin sei mindestens seit Sommer 2007 nicht mehr in der Lage, die bisherigen Arbeitsverhältnisse als Projektleiterin in einer Grossbank oder als Leiterin Hotellerie/Gastronomie auszuführen. Dies aufgrund der erheblichen Komorbidität der mittelgradigen depressiven Episode und der Panikstörung sowie der seit einem Jahr auftretenden motorischen Störung aus dem möglichen Formenkreis der Konversionsstörungen. Es sei daher von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 14 Ziff. 6). Eine angepasste Tätigkeit sei an zwei Stunden pro Tag zumutbar. Eine solche könne die Beschwerdeführerin ausführen, wenn weder ein Leistungs- noch ein Zeitdruck auf sie einwirke. Die von ihr beabsichtigte Tätigkeit als Hausaufgabenhilfe und –aufsicht in einer Sekundarschule stelle ein mögliches Einsatzgebiet dar (S. 14 Ziff. 7).

E. 4.4.1

Dr. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 8. September 2008 (Urk. 7/13) ein psychiatrisches Gutachten.

Dr. G.____ führte zur Anamnese aus, nach einer Ausbildung zur Hoteldirektionsassistentin sei die Beschwerdeführerin in einem Hotel als Direktionsassistentin tätig gewesen. Mit 26 Jahren habe sie

dort die Hauswirtschafts- und die

Betriebsleitung übernommen (S.

E. 4.4.2

Der Gutachter nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Als Differentialdiagnose nannte er einen Verdacht auf eine Konversionsstörung im Sinne einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. G.____ keine (S. 12 Ziff.

E. 4.5

H.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahmen am 16. Oktober 2008 (Urk. 7/15 S. 3 f.) Stellung zu den medizinischen Akten. Sie führten aus, nach dem psychiatrischen Gutachten von Dr. G.____ sei für die bisherige Tätigkeit als Projektleiterin in einer Grossbank ein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Im Gutachten sei als Beginn der Einschränkung Sommer 2007 angegeben worden. Als Beginn sei jedoch der 19. März 2007 ausgewiesen (S. 3 unten). Für eine angepasste Tätigkeit sei gemäss Dr. G.____ eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag

ausgewiesen (S. 3 f.). 5 . 5 . 1

Die Ärzte des F.____ bestätigten im Bericht vom 8. Februar 2010 (Urk. 7/25) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Projektmitarbeiterin seit dem 19. März 2007 bis heute eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Weiter gaben sie an, in einem späteren Zeitpunkt sei in einem angepassten, geschützten, druckfreien Rahmen eine suk zessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Wiedereingliederung bei einem positiven Verlauf denkbar (S. 3 Ziff.

E. 6

f.). Von einem Tag auf den anderen sei sie eine schwere Diabetikerin geworden. Nach einer Auszeit sei sie ab dem Jahr 2001 bei der A.____ tätig gewesen

(S. 7 Mitte). Die Beschwerdeführerin leide nach ihren Anga ben am meisten unter Angst. Damit verbunden seien Panikattacken, welche sie plötzlich und unvorbereitet überfallen würden. Dabei verliere sie regel mässig die Orientierung (S. 8 Ziff. 2). Insgesamt sei sie sehr müde und verlang samt (S. 9 Mitte).

Bei der Untersuchung sei zunächst ein starker grobschlägiger Tremo r des linken Armes aufgefallen. Dieser trete seit September 2007 bei einer

Anspannung auf. In Ruhe und zu Hause habe die Beschwerdeführerin keinen Tremor. Die Untersu chungssituation habe eine starke Belastung für sie dargestellt und der Tremor habe sich durch die ganze über zweistündige Untersuchung hin durch gezogen. Ihre Stimme sei leise und monoton gewesen. Die Exploration sei sodann durch eine deutliche Verlangsamung der Explorandin erschwert gewesen (S. 11 oben).

Einschränkungen der Aufmerksamkeit und des Langzeitgedächtnisses hätten sich nicht gezeigt. Die Merkfähigkeit sei jedoch deutlich reduziert und die geprüfte Konzentrationsfähigkeit stark vermindert gewesen . Die Angst sei konstant vor handen, aber nicht immer gleichermassen intensiv. Anamnestisch erfasse sie drei mal pro Woche eine Panikattacke (S. 11 Mitte). Die Stimmungslage sei reduziert und die affektive Schwingungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Die Beschwer deführerin leide sodann unter einer starken Vergesslichkeit. Sie sei interesselähig, aber nur im engen Kreis. Auch die Freudfähigkeit sei vorhanden, bloss könne sie nicht zum Ausdruck gebracht werden . Anamnestisch sei en immer wieder Suizidgedanken vorh anden gewesen. Die Explorandin habe sich aber klar von aktuellen Suizidgedanken distanzieren können (S. 11 unten).

E. 6.3

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

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indika toren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungs faktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderer seits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundes ge richts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die

Anerkennung eines reinen 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweislustige versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 6.4

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 7.7.1

Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass Dr. B. ___ bei der Abfassung des psychiatrischen Gutachtens befangen gewesen sei, da es gegen Ende der Begutachtung zu einem Streit zwischen ihm und der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann gekommen sei (Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.1).

Vorliegend fehlt es jedoch an Anhaltspunkten für Befangenheit. Zunächst ist die Stellungnahme des Gutachters vom 4. November 2016 (vorstehend E. 5.11) zu erwähnen, die keine Voreingenommenheit des Gutachters erkennen lässt. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass er mit dem Vorfall soweit möglich sachlich und professionell umgegangen ist. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin ergibt sich der Eindruck, dass der Gutachter der Beschwerdeführerin unvoreingenommen begegnet ist. Die Feststellung von

Aggravation s-

oder Simulationstendenzen im Gutachten ist wesentlich auf die auffällig schlechten Ergebnisse der Beschwerdeführerin bei den durchgeführten Tests und auf im Gutachten beschriebene Inkonsistenzen zurückzuführen (vorstehend E. 5.9.1 und 5.9.4). Die Feststellungen des Gutachters erweisen sich daher als begründet. Aus dem Ergebnis der Begutachtung und der Streitigkeit zum Ende der Begutachtung allein kann jedenfalls nicht auf eine Befangenheit des Gutachters geschlossen werden. Der Gutachter bestritt sodann, dass er die Beschwerdeführerin bei der Beantwortung der Testfragen zu schnellere Arbeiten gedrängt habe (vorstehend 5.11). Der

Vorwurf der Befangenheit

lässt sich daher nicht aufrechterhalten.

7.2

Beim Gutachten von Dr. C.____

vom 9. August 2014 fällt auf, dass ihre Beurteilung

massgeblich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht, worauf auch RAD-Ärztin Dr. K.____ in der Stellungnahme vom 22. August 2014 hingewiesen hat (vorstehend E. 5.5). Eine kritische Auseinandersetzung mit den Angaben der Beschwerdeführerin findet sich im Gutachten kaum. So stellte die Gutachterin unter anderem darauf ab, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben kaum im Stande sei, ihren Alltag zu bewältigen und sie auf Unterstützung angewiesen sei, um sich an Regeln zu halten und Termine einhalten zu können (vorstehend E. 5.4.2). Ob bei der Begutachtung psychologische Tests durchgeführt worden sind, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen.

L.____ wies zudem darauf hin, dass die Diagnose einer dissoziativen Störung nicht belegt worden sei (vorstehend E. 5.6).

Das Gutachten von Dr. C.____

vermag aus diesen Gründen nicht zu überzeugen. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine erneute Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasst hat. Eine unzulässige « second

opinion » liegt nicht vor, auch wenn zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. C.____

nicht zur Stellungnahme unterbreitet hat. 7.3

Das Gutachten von Dr. B.____ vom 4. November 2016 erfüllt demgegenüber die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vorstehend E. 6.2).

Der Umstand, dass der Gutachter die Vorakten zu Beginn des Gutachtens eingescannt hat, bedeutet entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.1) nicht, dass er diese nicht gelesen hat. Im Gutachten wurde umfassend auf die gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin eingegangen. Es wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Insbesondere hat sich der Gutachter mit der abweichenden Beurteilung durch

Dr. C.____ auseinandergesetzt (vorstehend E. 5. 9 .4) . Die Einschätzung des Gutachters beruht insbesondere auf den durchgeführten

Tests. Sie erweist sich daher als begründet. Die festgestellten Aggravation s- und die Simulationstendenzen der Beschwerdeführerin führte der Gutachter auf die schlechten Testergebnisse der Beschwerdeführerin zurück . Beispielsweise erzielte die Beschwerdeführerin in einem Test eine Punktezah unter dem für Demenz patient en typischem Wert (E. 5. 9 .1 hiervor). Der Gutachter legte sodann nach vollziehbar dar, dass für die angestammte und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit zunächst von einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

auszugehen ist. Ab August 2010 hätte eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erfolgen können (vorstehend E. 5. 9 .5). Nach Ablauf eines Jahres kann daher für die bisherige Tätigkeit ohne Leitungsfunktion oder eine angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80-100 % ausgegangen werden.

Die Beschwerdeführerin war nach der Begutachtung zwar vom 1 8. Januar bis 2 4. März 2017 im Sanatorium P.____ in stationärer Behandlung. Gemäss dem Bericht der Ärzte des Sanatoriums P.____ vom 2 7. März 2017 ist es im Rahmen der Behandlung bereits wieder zu einer Besserung der Beschwerden gekommen (vorstehend E. 5.15) . Somit kann mit dem RAD der Beschwerdegegnerin davon ausgegangen werden , dass die Beschwerdeführerin nur vorübergehend in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war, was keine Invalidität zu begründen vermag (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Der Bericht von Dr. N.____ vom 1 0. September 2017 über die Notfallbehandlung vom 9. September 2016 (vorstehend E. 5.1 3) führt zu keinem anderen Ergebnis. Auf das Gutachten von Dr. B.____ kann daher abgestellt werden. 7.4

Die Beurteilung durch Dr. B.____ ist gegenüber der Einschätzung durch Dr. C.____ vorzuziehen. Wie erwähnt , kann auf das knappe Gutachten von Dr. C.____ vom 9. August 2014 nicht unbesehen abgestellt werden. Der Bericht von Dr. O.____ vom 1 8. Januar 2017 führt zu keinem anderen Ergebnis. Die von ihm gestellten Diagnosen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode mit einer Angst- und Panikstörung, einer beginnenden peripheren Polyneuropathie, einer Mikroangiopathie und einer Mikroalbuminurie wurden nicht weiter begründet (vorstehend E. 5.1 4). Der Bericht von Dr. O.____

vom 1 8. Januar 2017

vermag die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters daher nicht zu widerlegen.

Soweit Dr. J.____ im Bericht vom 1 4. September 2015 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte , kann ihm nicht gefolgt werden.

Dr. J.____ äusserte sich im Bericht zudem unklar, da er gegenüber 2014 dennoch von einem unveränderten Gesundheitszustand ausging (vorstehend E. 5.8) und die Ärzte des F.____ seinerzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatten (E. 5.3 hier vor).

Auf den Bericht von Dr. J.____ vom 1 4. September 2014 kann daher nicht abgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hin zuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftrags recht lichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE

125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom

6. April 2005 E. 5.5). 7.5

Der medizinische Sachverhalt ist gestützt auf das Gutachten von Dr. B. ___ als dahingehend erstellt zu erachten, dass lediglich eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode, besteht, während der Gutachter die von Dr. C. ___ gestellten Diagnosen einer dissoziativen Bewegungsstörung und einer Agoraphobie mit Panikstörung auch aufgrund der festgestellten Aggravation nicht bestätigen konnte. Weiter ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer angepassten Tätigkeit ab August 2010 stufenweise hätte steigern können. Für diese Tätigkeiten bestand nach einem Jahr wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80-100 %.

Eine Veranlassung für weitere medizinische Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2), besteht nicht.

In Anbetracht der von Dr. B. ___ festgestellten Aggravationstendenzen der Beschwerdeführerin kann vorliegend auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden (vgl. E. 6.4 hiervor). Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert hat und ihr die angestammte Tätigkeit auf einer Bank wieder uneingeschränkt möglich ist. In Anbetracht der festgestellten Aggravation ist ein IV-relevanter Gesundheitszustand für die Zukunft zu verneinen. Die Beschwerdeführerin hat die bisher ausgerichtete ganze Rente im angefochtenen Entscheid somit zu Recht für die Zukunft aufgehoben.

Die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2017 erweist sich demzufolge als rechtsens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - 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 dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 10

F44.4) und eine anhaltende Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01; S. 4 lit . D).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe seit zirka acht Jahren eine schwere psychische Störung. Diese sei gekennzeichnet durch Merkmale einer Depression, einer Angsterkrankung sowie einer dissoziativen Bewegungsstörung. Seit Jahren befinde sie sich in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, auch stationär und teilstationär, ohne dass bisher ein wesentlicher Erfolg habe erzielt werden können. Als Auslöser für die psychische Dekompensation sei eine anhaltende berufliche Überlastungssituation berichtet worden. Trotz Entlastung durch eine Invalidenrente und eine psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung sei die Beschwerdeführerin heute kaum im Stande, ihren Alltag zu bewältigen. So benötige sie für einfachste Aufgaben einen Plan. Für Aktivitäten ausser Haus sei sie auf die Begleitung ihres Ehemannes angewiesen (S. 4 lit . E). Eine berufliche Leistungsfähigkeit in der früheren sehr anspruchsvollen, verantwortungsvollen, aber auch sehr belastenden Tätigkeit werde voraus sichtlich nicht mehr möglich sein . Die Beschwerdeführerin sei auf Unterstützung angewiesen, um sich an Regeln zu halten und Termine einhalten zu können (S. 4 lit .

E unten). Die

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien so gut wie nicht mehr gegeben ebenso wenig wie die Anwendung fachlicher Kompetenzen. Die Beschwerde führerin sei sodann in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit schwer beeinträchtigt. Eine Durchhaltefähigkeit sei höchstens für eine halbe bis eine Stunde für einfache Tätigkeiten gegeben. Auch die Selbstbehauptungs-, die Kontakt- sowie die Gruppenfähigkeit seien stark beeinträchtigt. Spontanktivistäten seien so gut wie nicht mehr möglich.

Die Befunde sowie die Beurteilung der heutigen Untersuchung wichen im Wesentlichen nicht von den Vorbefunden ab. Die Beschwerdeführerin leide unter einer schweren psychischen Störung, die ihre Leistungsfähigkeit stark beeinträchtige. Für die frühere Tätigkeit als Projektmanagerin sei sie seit 2007 zu 100 % arbeitsunfähig . Für ruhige Tätigkeiten, die sie für sich alleine oder höchstens im Einzelkontakt ausführen könne, die gut planbar seien und wo sie sich die Arbeit selber einteilen könne, ohne Leistungs- oder Zeitdruck , bestehe eine Leistungsfähigkeit von maximal einer bis zwei Stunden pro Tag (S. 5 oben). Eine tiefenpsychologische, aufdeckende und konfliktorientierte Therapie sei dringend notwendig. Es sei dringend ein Therapeutenwechsel sowie eine Intensivierung der Therapie zu empfehlen, um die den Beschwerden zugrunde liegenden Konflikte und Belastungen aufdecken und aufarbeiten zu können (S. 5 Mitte).

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei seit 2008 gleichgeblieben (S.

5 lit . F.1). Die bisher durchgeführte verhaltensorientierte Therapie mit Expositionstraining sei weder ausreichend noch adäquat. Es werde dringend eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie empfohlen (S. 5 lit . F.4). 5.5

Dr. K.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin und für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 22. August 2014 (Urk. 7/81 S. 4) zum Gutachten von Dr. C.____ aus, dieses beantworte die gestellten Fragen umfassend und berücksichtige die geklagten Beschwerden. Weiter sei es in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und es leuchte in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge weitgehend ein. Die Schlussfolgerung der Gutachterin basiere jedoch auf der subjektiven Darstellung der Beschwerdeführerin und sei nicht ganz nachvollziehbar, da das Aktivitätsniveau als relativ hoch beschrieben worden sei. Das soziale Netzwerk sei intakt, obwohl die Beschwerdeführerin über einen sozialen Rückzug berichtet habe (S. 4 oben). Als medizinische Massnahmen seien ihr eine fachpsychiatrische/psychologische und eine medikamentöse Therapie aufzu erlegen, inklusive einer Kontrolle der Compliance. Diese Massnahmen seien der Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten von Dr. C.____ zumutbar (S. 4 Mitte). 5.6

L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am

6. November 2014 (Urk. 7/81 S. 4 f.) Stellung zur früheren Überwindbarkeitsrechtsprechung. Er führte aus, im Gutachten von Dr. C.____ finde sich ein psychiatrischer Befund, der zur Diagnose einer mittelgradigen bis schweren Depression passe. Es erstaune einzig, dass die Beschwerdeführerin nur noch sehr kurze Strecken mit dem Auto fahre, sie dann aber die Autobahn bevorzuge. Es sei kaum möglich, auf einer Autobahn kurze Strecken zu fahren (S. 4 unten). Die Gutachterin habe ohne weitere Begründung eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostiziert. Im Vorgutachten sei nur der Verdacht auf eine derartige Störung geäussert worden. Ein neurotischer Konflikt sei nicht nachgewiesen worden. Die Diagnose einer dissoziativen Störung sei daher nicht belegt. Das reine Fehlen einer somatisch sichtbaren Ursache berechtige nicht zur Diagnose einer Dissoziation (S. 5 oben). 5.7

Dr. E.____ bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Verlaufsbericht vom 16. Juni 2015 (Urk. 7/46) als stationär (Ziff. 1.1). Weiter gab sie an, die Patientin leide weiterhin an intermittierenden Angst- und Panikstörungen (Ziff. 1.3). Eine Besserung sei in naher Zukunft nicht zu erwarten (Ziff. 3.3). 5.8

Dr. J.____, F.____, gab im Verlaufsbericht vom 14. September 2015 (Urk. 7/53/3-7) an, in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von bis zu 2

Stunden pro Tag. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei um 50 % vermindert (S. 1 Ziff. 2.1). Weiter gab er an, der gesundheitliche Zustand der Patientin habe sich seit 2014 nicht verändert. In stressigen Situationen entwickle sie immer noch eine krankhafte Symptomatik und fühle sich sehr überfordert und belastet. Sie kämpfe mit Kraft- und Energielosigkeit, einem psychophysischen Erschöpfungszustand und massiven Schlafstörungen mit einer dominierten depressiven Verstimmung. Ihre Aufmerksamkeits- und starke Konzentrationsstörungen und eine Vergesslichkeit schränkten ihre Leistung und die Arbeitsfähigkeit weiterhin ein (S. 4 Ziff. 1.3). 5.9

5.9.1

Das Gutachten von Dr. B.____ wurde am 4. November 2016 (Urk. 7/75) erstattet. Die Untersuchung erfolgte am 9. September 2016 (S. 1).

Die Vorakten

wurden zu Beginn des Gutachtens eingescannt (S. 7-66). Dr. B.____ führte zur Anamnese aus, die Explorandin habe angegeben, sie sei unkonzentriert und lärmempfindlich. Wenn sie beispielsweise im Fernsehen Bilder der Tageschau sehe, könne sie diese nicht richtig erfassen, werde panisch und müsse weg schauen. Weiter habe sie Angst und Panikattacken, vor allem im Dunkeln. Sie habe eine «depressive Episode». Auf Nachfrage was dies genau bedeute, habe sie angegeben, dass sie morgens nicht aufstehen wolle und sie nicht s «schaffen» könne. Auch könne sie den Haushalt nicht erledigen. Es gehe nicht ohne Hilfe. Weiter habe sie Mühe, unter Leute zu gehen, und

Probleme, sich selbst zu organisieren (S. 67 lit . C oben). Die Ursache der Problematik sei, dass sie früher zu viel gewollt habe (S. 67 lit . C Mitte).

Bei der Untersuchung seien Verfahren zur Beschwerdevalidierung eingesetzt worden (S. 77 oben). Die Leistung der Beschwerdeführerin

sei bei allen Messzeitpunkten stark auffällig gewesen und habe in einem Bereich gelegen, der auf ein suboptimales Leistungsverhalten hinweise . Die Werte zwischen den sogenannten leichten Untertest-Messungen und den sogenannten schweren Untertest-Messungen seien in der Differenz sehr tief gewesen, was selbst für Demenzpatienten untypisch sei (S. 77 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe sich bei der Testung durchwegs in einem auffälligen Bereich befunden . Es gebe somit starke Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten (S. 77 unten).

Beim zweiten Testverfahren handle es sich um eines der am breitesten untersuchten eigenständigen Verfahren zur Diagnostik einer aggravierten , ausgeweiteten und verzerrten Beschwerdeschilderung (S. 79 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe in diesem Test einen Gesamtwert von 29 von 75 Punkten erreicht, welcher signifikant über dem empirisch ermittelten Cutoff -Wert (Grenzwert) liege. Sie habe eine hohe Anzahl von Symptomen und deren Kombination geltend gemacht, welche bei Patienten mit psychiatrischen oder kognitiven Störungen als extrem atypisch angesehen werden könnten. Somit bestehe der Verdacht auf Aggravations - oder Simulationstendenzen. Auf der Skalaebene

würden insbesondere Symptome hinsichtlich einer anamnestischen Störung, einer niedrigen Intelligenz, einer Psychose, einer affektiven Störung sowie einer neurologischen Beeinträchtigung geltend gemacht. In der Beschwerdeschilderung sei mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von sehr bedeutsamen negativen Antwortverzerrungen auszugehen (S. 79 unten). Gemäss dem durchgeführten Depressionstest liege eine leichte Depression vor. Aspekte im Sinne von Aggravation und Simulation seien bei diesem Test nicht berücksichtigt worden (S. 80 unten). Auf der Panik- und Agoraphobieskala habe die Explorandin einen Gesamtwert von 35 Punkten erreicht, so dass von einer schweren Panikstörung mit Agoraphobie auszugehen sei (S. 81 unten).

Aufgrund der festgestellten Inkonsistenzen habe der Gutachter beabsichtigt, zur Verifizierung der Medikamenteneinnahme über einen längeren Zeitraum eine Haaranalyse durchzuführen. Er habe die Explorandin am Ende der Begutachtung über dieses Vorhaben informiert. Daraufhin habe sie zunächst nichts gesagt. Im weiteren Verlauf sei sie verbal laut geworden und habe gesagt, der Gutachter würde ohnehin machen, was er wolle . Sie habe sich dann einige Haare ausgezogen und diese zu Boden geworfen (S. 85 f.). Dann habe sie zielgerichtet ohne ersichtlichen Tremor ihre Tasche vom Boden aufgehoben und sei aus dem Begutachtungszimmer in den Vorraum der Praxis, teils ataktisch, und zur Praxistüre gelaufen

(S. 86 oben). Im Treppenhaus habe sie lautstark geweint. In der Folge sei der Ehemann der Beschwerdeführerin dazu gekommen. Er sei verbal sehr laut gewesen und habe sich gegenüber dem Gutachter als bedrohlich gezeigt. Dr. B.____ habe die Begutachtung dann für beendet erklärt und sich zu seiner eigenen Sicherheit in seine Praxisräume zurückgezogen. Die Beschwerdeführerin sei zu keiner Zeit am Boden gelegen. Ein medizinischer Notfall habe ärztlich nicht abgeleitet werden können, wengleich die Beschwerdeführerin geweint habe (S.

86 unten). 5 . 9 .2

Die gezeigte Bewegungsstörung, die von den anderen Gutachtern zuvor als dissoziative Bewegungsstörung klassifiziert worden sei, scheine aufgrund der vorliegenden Information hauptsächlich in einer Gutachtensituation oder in Prüfungssituationen aufzutreten. In den Berichten der anderen behandelnden Ärzte sei die Störung , abgesehen von Dr. J.____ , nicht gewürdigt und nicht erwähnt worden (S. 87 Ziff.

E. 13

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte der Beschwerdegegnerin sodann einen Bericht von Dr. N.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. September 2017 (Urk. 7/96) ein. Dr. N.____ führte darin aus, er habe die Beschwerdeführerin am 9. September 2016 um 14.30

Uhr in einer akuten Notfallsituation vorgefunden. Eine Bewusstseinsstörung habe nicht bestanden und die Beschwerdeführerin sei zu allen Qualitäten orientiert gewesen . Jedoch hätten eine vegetative Symptomatik mit Zittern der Arme und der Hände, Kopfwackeln und einer Gesichtsstörung sowie eine Tachykardie mit Hyperventilation bestanden (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin habe zitternd auf dem Sofa gelegen. Es habe eine deutliche Antriebsstörung mit starker motorischer Unruhe vorgelegen . Sie sei klagsam bei starker depressiver Stimmungslage gewesen (S. 2). 5 .14

Dr. O.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erstattete am 18. Januar 2017 (Urk. 7/99/1-3) einen Bericht zuhanden der zuständigen Pensionskasse.

Dr. O.____ nannte im Bericht als Diagnosen eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit Angst- und Panikstörung, einen Diabetes mellitus, Typ 1, aktuell unter Insulinpumpentherapie, eine Mikroangiopathie , eine beginnende periphere Polyneuropathie und eine Mikroalbuminurie (S. 1 unten). Dr. O.____ führte zu den geklagten Beschwerden aus , die Beschwerdeführerin könne sich auf gar nichts konzentrieren. Sie könne nicht einmal die Tagesschau ansehen. Es bestehe ein Tremor des linken Armes, der die Patientin stark einschränke. Schon im Alltag sei sie auf Hilfe angewiesen (S. 2 Mitte). Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sei durch die psychiatrische Erkrankung begründet. Der Diabetes spiele bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine wesentliche Rolle. Nach einer leichten Besserung in den letzten Jahren habe sich der Gesundheitszustand wieder dramatisch verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei für die Bewältigung des Alltages auf fremde Hilfe angewiesen (S. 3 Mitte). Sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine ganze Rente sei gerechtfertigt (S. 3 unten). 5.15

Die Beschwerdeführerin war vom 18. Januar bis 24. März 2017 in stationärer psychiatrischer Behandlung im Sanatorium P.____ (Urk. 7/102 S. 1 oben). Die Ärzte des Sanatoriums P.____ nannten im Bericht vom 27. März 2017 (Urk. 7/102) als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Als Nebendiagnosen nannten

sie eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine dissoziative Bewegungsstörung (Tremor der linken Hand) und einen Diabetes mellitus, Typ 1 (S. 1).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Patientin leide seit September 2016 vermehrt an agoraphobischen Ängsten bis hin zu Panikattacken mit Atemnot, Hyperventilation und Herzrasen. Aufgrund dieser Ängste sei sie nicht mehr in der Lage, ihre Wohnung unbegleitet zu verlassen. Sie meide öffentliche Plätze, Menschenansammlungen und benütze keine öffentlichen Verkehrsmittel. Weiter habe sie wenig Zugang zu ihren Gefühlen und sei depressiv und antriebslos. Auslöser für die beschriebene Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes sei eine psychiatrische Begutachtung im vergangenen September gewesen, die sie als Schikane erlebt habe (S. 1).

Während sich die depressive Symptomatik und der psychogene Tremor im Verlauf deutlich reduziert hätten, hätten sich die agoraphobischen Ängste nur teilweise gebessert. Bis zum 26. März 2017 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden (S. 4). 5.16

Dr. M.____

führte in einer Stellungnahme vom 12. Mai 2017 (Urk. 7/103 S. 2 f.) zu den neu eingereichten Arztberichten aus, die Ärzte des Sanatoriums P.____ hätten berichtet, dass die agoraphobischen Ängste und Panikattacken seit September 2016 zugenommen hätten. Im Bericht werde eine mässig ausgeprägte Störung des Funktionsniveaus bei Eintritt und eine leichte Beeinträchtigung zum Zeitpunkt des Austrittes dokumentiert. Aus medizinischer Sicht sei damit in Frage zu stellen, ob die mitgeteilten Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Diagnosen einer Panikstörung mit Agoraphobie, einer depressiven Episode und einer dissoziativen Bewegungsstörung seien im Gutachten von Dr. B.____ diskutiert und im Rahmen der Symptomvalidierung kritisch hinterfragt worden. Zusammenfassend könne an der Stellungnahme vom 22. November 2016 festgehalten werden (S. 3 Mitte).

6.6.1

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE

132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3). 6.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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