

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00823 vom 15. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00823](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00823)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00823 du 15 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00823 del 15 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E.

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

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

Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, keine Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch Parteigutachten enthalten Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen

Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der Verwaltung im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es, wie jede substantiiert vor getragene Einwendung gegen eine solche Expertise, das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob das Parteigutachten in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/dd und c sowie Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 750/05 vom 7. April 2006 E. 1.3). 2.

## 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die medizinischen Abklärungen hätten gezeigt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Dezember 2009 in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Damit sei ein Rentenanspruch zu verneinen.

Zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden wurde ausgeführt, das B.\_\_\_\_-Gutachten sei schlüssig, umfassend und berücksichtige die gesamte Aktenlage. Übereinstimmend mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten sei keine Arbeitsfähigkeits Einschränkung festgestellt worden. Die angestammte Tätigkeit entspreche dem empfohlenen Belastungsprofil, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr bestehe (Urk. 2).

## 2.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die IV-Stelle habe zu Unrecht auf das A.\_\_\_\_-Gutachten sowie auf das B.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt. Die IV-Stelle sei selber zur Ansicht gelangt, dass das A.\_\_\_\_-Gutachten nicht beweiskräftig sei und habe aus diesem Grund ein Obergutachten bei der B.\_\_\_\_ AG in Auftrag gegeben. Dieses sei jedoch mangelhaft, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht. Eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, finde nicht statt. Eine Angabe über die Dauer der Exploration fehle, wobei davon auszugehen sei, dass diese nur 30 Minuten betragen habe. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung werde zu Unrecht verneint. Daher könne auf dieses Gutachten nicht abgestellt werden. Demgegenüber sei das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ überzeugend, weshalb davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 1). 3. 3.1

Im Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 22. September 2006 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 6/16 S. 8): - mittelgradige agitierte depressive Episode mit somatischem Syndrom und Angstattacken (ICD- 10: F 32.11)

Die Explorandin klagt über seit dem Unfall bestehende haubenförmige Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich des rechten Armes, des Rückens und des rechten Beins. Zeitweise schmerze der gesamte Körper. Nachts leide sie unter Durchschlafstörungen, stehe um 2.00 Uhr auf und gehe unruhig und nervös in der Wohnung umher. Tagsüber sei sie nervös und müsse sich ständig bewegen. Sie leide auch unter Alpträumen (Urk. 6/16 S. 5-6).

Bereits bei der Begrüssung im Wartezimmer würden ein grobschlägiger Tremor der Hände und Arme sowie ein rhythmisches Bewegen des rechten Beines auf fallen. Die ausgeprägte psychomotorische Unruhe bleibe während der gesamten Untersuchung von gut 1,5 Stunden bestehen. Nur phasenweise trete eine leichte Beruhigung auf. Die Beschwerdeerhebung gestalte sich schwierig, weil die Explorandin häufig antworte, sie wisse es nicht.

Zwischendurch beginne sie immer wieder zu weinen. Die Grundstimmung sei niedergeschlagen. Sie wirke verzweifelt und hoffnungsarm. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien während der Untersuchung nicht beeinträchtigt (Urk. 6/16 S. 7-8).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Y. \_\_\_\_ aus, im aktuellen Zustand sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Das Gesamtverhalten sei durch die Diagnose einer mittelgradigen agitierten depressiven Episode jedoch nicht vollständig erklärt. Durch eine adäquate Behandlung sollte mittelfristig eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden können (Urk. 6/16 S. 8-9). 3.2

Gestützt auf dieses Gutachten ging der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 6/17 S. 4), weshalb der Versicherten mit Verfügung vom 7. Februar 2007 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde (Urk. 6/28 und 6/30). 4. 4.1

#### 4.1.1

Im A. \_\_\_\_ -Gutachten vom 16. Mai 2012 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 6/98 S. 25): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD- 10: F 45.4) - Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD- 10: F 32.1) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 : F 54.5) - radiologisch unauffälliger Befund der LWS (MRI 8.2.2011 und Röntgen 7.2.2012) - Status nach Kontusion von Handgelenken, Thorax sowie Schulter und Oberschenkel der rechten Seite und OSG-Distorsion rechts am 22.10.2004 (ICD- 10: T 94.0) - Brachialgie beidseits mit Angaben von Sensibilitätsstörungen (ICD- 10: M 53.1) - Karpaltunnelsyndrom neu röntgenologisch ausgeschlossen (ICD- 10: G 56.0) - Medikamentenmalcompliance

(ICD- 10: Z 91.1) - Anamnestisch Herzpalpitationen - anamnestische Behandlung mit Betablocker 4.1.2

Im orthopädischen Teilgutachten führte Dr. med. E. \_\_\_\_ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Explorandin klagt über Schmerzen. Der gesamte Körper einschliesslich des Kopfes sei betroffen. Die Beschwerden hätten im Verlauf bis zum jetzigen Zeitpunkt stetig zugenommen, weshalb sie bei sämtlichen Verrichtungen massiv eingeschränkt sei. Sie könne keine schweren Gegenstände mehr heben und bestenfalls eine Stunde lang gehen (Urk. 6/98 S. 16).

Dr. E. \_\_\_\_ schilderte , das Entkleiden in stets stehender Position gelinge flüssig und ohne jegliche Einschränkung. Der Barfussgang sei sehr schwerfällig und asymmetrisch mit Schmerzgebaren, jedoch ohne eigentliches Hinken. Der Fer sen- und Zehengang sei beidseits praktisch nicht durchführbar, weil die Explorandin schreiend lumbale und ischialgiforme Schmerzen angebe. Im Stehen lasse sie sich nach links sinken und stütze sich mit der Hand an der Wand ab (Urk. 6/98 S. 17).

Bei der Untersuchung der Wirbelsäule sei die Protraktion von Kopf und Schul tern aspektmässig im Lot. Die weitere Bewegungsprüfung sei unter Gegenspan nung nicht durchführbar, weil Schmerzen angegeben würden. Auch die Palpa tion sei unergiebig, die Explorandin gebe da und dort eine Druckdolenz an, verneine diese anschliessend aber wieder und berichte, an anderen Orten noch mehr Schmerzen zu haben. Die nonverbale Schmerzáusserung sei inkonstant und nicht verwertbar. Über der Mittellinie der Halswirbelsäule bestehe eine fragliche Druckdolenz, die Rotation betrage links 70° und

rechts 50°. Unter Ablenkung sei diese jedoch aktiv, zügig und frei bis in die beidseitige Endposition möglich. Am rechten Knie sei eine leichtgradige Überwärmung feststellbar, jedoch keine Ergussbildung. Bei beiden Knien bestehe eine sehr diffuse Druckdolenz medial und lateral, die Meniskusprovokationstests seien jedoch beidseits negativ. Das Relief der Schulter sei symmetrisch. Über dem Schulterblatt bestehe beidseits eine fragliche Druckdolenz. An der rechten Hand sei eine erheblich vermehrte palmare Beschwellung feststellbar. Auf die Bitte, sich ruhig zu halten, reagiere die Explorandin mit einem Wutausbruch, breche die Untersuchung ab und kleide sich ohne sichtbare Einschränkung an (Urk. 6/98 S. 18).

Auf radiologischer Ebene bestünden altersentsprechend regelrechte Verhältnisse an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule sowie an den Füßen. Aufgrund der objektiven Befunde würden sich die von der Explorandin beklagten, völlig diffus den gesamten Körper umfassenden Beschwerden auf Ebene des Bewegungsapparates in keiner Weise begründen lassen. Das höchst auffallende Verhalten, die deutlichen Inkonsistenzen und das fehlende Ansprechen auf Therapiemassnahmen könnten als Hinweis für eine im Vordergrund stehende nicht organische Beschwerdekomponente gesehen werden (Urk. 6/98 S. 20).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin und Kassiererin bestehe wie für jede andere körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/98 S. 20). 4.1. 3

Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Explorandin klagt über Rückenschmerzen, welche bis in die Füße ausstrahlen würden. Das Schmerzniveau sei insgesamt langsam fluktuierend. Die Einnahme von Schmerzmitteln würde sich positiv auswirken, wobei sie jedoch nie schmerzfrei sei. Es komme auch zum Auftreten von Sensibilitätsstörungen. Diese seien seit mehreren Jahren vorhanden (Urk. 6/98 S. 22).

Während der Anamneseerhebung könne die Explorandin nicht ruhig sitzen. Sie stehe auf und es komme zu wechselndem Hin- und Herschwanen des Oberkörpers unter Grimassieren und Stöhnen. Die Halswirbelsäule sei normal beweglich. Auch der Tonus an allen Extremitäten sei normal. Die Feinmotorik sei flüssig. Die Muskeleigenreflexe könnten symmetrisch mittellebhaft ausgelöst werden. Die bildgebenden Befunde vom 30. März 2011 würden keine degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule zeigen. Der Spinalkanal sei normal weit und es bestünden keine Hinweise auf eine Neurokompression. Bei der Lendenwirbelsäule würden sich leichte bis mässig degenerative Veränderungen im Segment LWK5/SWK1 mit einer kleinen medianen Diskushernie ohne relevante Spinalkanaleinengung und ohne Nachweis einer Neurokompression zeigen (Urk. 6/98 S. 23).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus somatisch-neurologischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 6/98 S. 25). 4.1. 4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die Explorandin klagt über Schmerzen im unteren Teil des Rückens, die in beide Beine ausstrahlen würden. Sie habe auch Kopfschmerzen und Bauchbeschwerden. Sie sei in psychiatrischer Behandlung und nehme verschiedene Medikamente ein. Wenn sie starke Schmerzen habe, verspüre sie einen Lebensverleider. Suizidgedanken habe sie jedoch nicht. Manchmal komme es vor, dass die Kraft in den Beinen sie verlasse und sie stürze, wobei sie sich noch nie verletzt habe

(Urk. 6/98 S. 10-11).

Die Explorandin sei nervös, nestle und kratze sich immer wieder an den Händen und Armen. Kratzspuren seien jedoch nicht feststellbar. Zu Beginn nehme sie kaum Blickkontakt zum Untersucher auf. Im Laufe der Untersuchung beruhige sie sich etwas. Die Stimmung sei klagsam, das Verhalten wirke dramatisch, zum Teil aufgesetzt und theatralisch. Die Stimmung sei leicht depressiv. Die Explorandin berichte von Ängsten, erwähne aber auch, dass sie in der Lage sei, das Haus alleine zu verlassen, Einkäufe zu tätigen und Auto zu fahren. Die Psychomotorik sei lebhaft. Sie sei bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Anhaltspunkte für wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden (Urk. 6/98 S. 12).

In der Untersuchung falle auf, dass sie zu Beginn unruhig und nervös sei und mit den Händen nestle. Dieses Verhalten beruhige sich aber nach kurzer Zeit. Die geklagten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen könnten nicht durch eine psychiatrische Störung begründet werden, es handle sich um eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen und die leicht erhöhte Ängstlichkeit seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Eine eigenständige depressive Erkrankung könne nicht mehr diagnostiziert werden (Urk. 6/98 S. 14).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht könne es der Versicherten zugemutet werden, ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 6/98 S. 14).  
4.1.

#### **E. 5**

In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde festgehalten, die Versicherte sei für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig. Aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der Untersuchungsbefunde könne davon ausgegangen, dass spätestens seit März 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Die früher als hochgradig eingestufte Depression könne nicht mehr bestätigt werden (Urk. 6/98 S. 27).  
4.2

Im von der Beschwerdeführerin aufgelegten Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_

vom 14. Oktober 2013 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/132 S. 15): - mittelgradige bis schwere depressive Episode mit körperlichen Beschwerden, Angst und Agitation (ICD-10: F 32.11) bei Status nach Unfall im Oktober 2004 und Symptomen aus dem Bereich einer posttraumatischen Belastungsstörung - DD: Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung mit akzentuierten histrionischen und emotional instabilen Anteilen und bei Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F. 62.8)

Die Explorandin schildere, sie sei traurig und leide unter Nervosität sowie negativen Gedankeninhalten. Zudem habe sie Kopfschmerzen. Sie sei dünnhäutig und ertrage in psychischer Hinsicht nicht viel. Sie leide unter Ängsten, dass wieder ein Unfall passieren könne. Das Vertrauen in ihre Mitmenschen habe sie verloren. Gelegentlich habe sie Alpträume und wache in der Nacht schreiend auf. Ihre Konzentrationsfähigkeit sei vermindert und das Erinnerungsvermögen habe nachgelassen. Beim Lesen verspüre sie zudem Kopfschmerzen. Manchmal laufe sie weg und wisse nicht mehr, wo sie sei (Urk. 6/132 S. 10).

Während der Untersuchung sei die Explorandin ruhig und gebe zurückhaltend Antwort. Sichere Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor. Auffallend sei jedoch der Wechsel der Gemütslage je nach Thematik. Zu Beginn sei die Explorandin gedanklich aufgebracht. Die Konzentrationsfähigkeit verbessere sich im Laufe der Untersuchung, flache gegen Ende jedoch wieder ab. Das Kurz- und Langzeitgedächtnis sei intakt. Die Grundstimmung sei traurig bedrückt. Während der gesamten Untersuchung sei sie weinerlich gestimmt, zuweilen dysphorisch. Die Erzählweise sei klagsam (Urk. 6/132 S. 14).

Es seien depressiv anmutende Symptome feststellbar, so die Traurigkeit, die Weinerlichkeit, die negativen Gedankeninhalte, die Dünnhäutigkeit und der anhaltende Vertrauensverlust. Der Arbeitsunfall im Jahr 2004 stelle ein nicht zu unterschätzendes und gravierendes psychisches Trauma dar. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien indes nicht erfüllt. Aufgrund der Krankheitsgeschichte sowie der aktuellen Untersuchung könne von einer mittel gradigen bis schweren depressiven Episode mit Angst und Agitiertheit ausgegangen werden (Urk. 6/132 S. 17-18).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Symptomatik, der havarierten kognitiven Funktionsfähigkeit sowie auch der langjährigen Absenz von einer beruflichen Tätigkeit mit Dekonditionierung, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit sei eine berufliche Tätigkeit derzeit nicht zumutbar und realistisch (Urk. 6/132 S. 18). 4.3

#### 4.3.1

Im B.\_\_\_\_ -Gutachten vom

### **E. 5.1**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach somatoforme oder vergleichbare psychosomatische Störungen und ihre Folgen vermuthungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung solcher Störungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet: An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Bereits vor der Rechtsprechungsänderung eingeholte Gutachten verlieren indessen nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung zu entscheiden, ob auf die vorhandene Beweisgrundlage abgestellt werden kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

### **E. 5.2**

Unter der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist beim Komplex „Gesundheitsschädigung“ in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Die orthopädischen Gutachter wiesen darauf hin, die Beschwerden würden sich durch die klinischen und die bildgebenden Befunde in keiner Weise nachvollziehen lassen (Urk. 6/98 S. 20, 6/160 S. 36). Die allgemeine Mobilität beim Gehen, Positionswechsel und An- und Auskleiden erschienen ungestört (Urk. 6/160 S. 34). Ferner schilderten die Gutachter ein höchst auffallendes Verhalten, Inkonsistenzen und unpräzise Angaben (Urk. 6/98 S. 20, 6/160 S. 42-43, S. 51) und wiesen auf die Diskrepanz zwischen dem Verhalten, der Symptomatik und dem tatsächlichen Leiden hin (Urk. 6/167 S. 1). Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, führte der psychiatrische Gutachter

aus, eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor (Urk. 6/98 S. 14 ).

### **E. 5.3**

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass weder eine auffällige Persönlichkeitsstruktur noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden konnte (Urk. 6/98 S. 14, 6/167 S. 1 ). Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ kann auf zahlreiche Ressourcen der Beschwerdeführerin geschlossen werden. So lebt sie in einer harmonischen Ehe , pflegt ein gutes Verhältnis zu ihren Söhnen, ihrer Schwiegermutter und ihrer Schwester

(Urk. 6/132 S. 11, 6/44 S. 39 ). Über längere Zeit besuchte sie regelmässig eine Freundin im Altersheim, kochte für sie, pflegte sie, unternahm mit ihr Spaziergänge und verwaltete ihr gesamtes Vermögen (Urk. 6/54 S. 10 ff. ) . Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass die aktenkundigen Behandlungsbemühungen nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. Die Beschwerdeführerin befindet sich zwar in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung, sucht ihre Psychiaterin jedoch lediglich alle 10 Tage auf (Urk. 6/160 S. 40) . Die Ergebnisse der Laboruntersuchung zeigen zudem, dass die Beschwerdeführerin die ihr verordneten Medikamente nicht einnimmt (Urk. 6/98 S. 27, 6/160 S. 22).

### **E. 5.4**

Demnach sind auch unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Auch wenn eine somatoforme Schmerzstörung bejaht würde, wäre diese daher nicht als invalidisierend zu betrachten. Mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit auszugehen.

### **E. 5.5**

Im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ zeigt sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die damals diagnostizierte mittelgradige agitierte depressive Episode mit somatischem Syndrom und Angstattacken ist zwischenzeitlich remittiert (Urk. 6/160 S. 26-27) und es liegt nun eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit vor. Damit ist ein Revisionsgrund zu bejahen. 6 .

Da die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin im Verkauf zu 100 % ausführen kann, ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen. Die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2016 ist nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7 .

### **7.1**

Die Beschwerdeführerin beantragte, es seien der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Privatgutachten von Dr. D.\_\_\_\_ aufzuerlegen (Urk. 1 S. 2). 7.2

Vorliegend war der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die psychischen Einschränkungen aufgrund des A.\_\_\_\_-Gutachtens vom 16. Mai 2012 bereits genügend geklärt. Der Expertise von Dr. D.\_\_\_\_ kommt keine massgebende Bedeutung zu, denn sie war weder für die Entscheidungsfindung notwendig, noch konnte das hiesige Gericht darauf ab

stellen. Dementsprechend besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Kosten des Gutachtens (BGE 115 V 62 E. 5). 7.3

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsmässig der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

## **E. 7**

Juli 2015 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 6/160 S. 23): - panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - rumpfmuskulärem Globaldefizit - anamnestisch Status nach Dekompression und Spondylodese L5/S1 12.6.2013, problemloser postoperativer Befund - im aktuellen Verlaufs-MRI der BWS und LWS vom 7.4.2015 beschriebene mehrfache Hämangiom-Wirbel insbesondere Th9. Im operierten Segment L5/S1 regelrechte Verhältnisse, keine Neurokompression - akzentuierte histrionische Wesenszüge ohne Hinweise für eine krankhafte Persönlichkeitsstörung - Status nach fraglicher Commotio cerebri und fraglicher Distorsion der HWS (27.10.2004) - Kopfschmerzen unklarer Ätiologie, DD: vasomotorisch, psychogen, bei Medikamentenübergebrauch - Übergewicht (BMI ca. 28 kg/m<sup>2</sup>) - Status nach Hysterektomie 2012 4.3.2

Im orthopädisch- traumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die Explorandin beklage vehement und wiederholt, sie sei seit dem Unfallereignis vom 22. Oktober 2004 ein zerstörter Mensch. Sie habe nur noch Schmerzen, vor allem im Rücken, aber auch an vielen Gelenken (Urk. 6/160 S. 31).

Die allgemeine Mobilität beim Gehen, Positionswechsel und An- und Auskleiden seien ungestört. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei konzentrisch endphasig schmerzhaft. Es lägen weder Hinweise für eine Schultergelenkinstabilität noch für ein Impingement vor. Alle Gelenke der oberen Extremitäten seien aktiv und passiv frei beweglich. Die Rumpfbewegungsprüfung sei schmerzbedingt kaum möglich. Die Explorandin erkläre, keine Rumpfbeuge vorführen zu können. Die Rumpfmuskulatur habe ein globales Defizit. Die Hüftgelenke seien aktiv und passiv frei beweglich, die Ober- und Unterschenkelmuskulatur sei kräftig. Der Barfußgang sei ausreichend sicher und harmonisch (Urk. 6/160 S. 34-35).

Im Rahmen der Untersuchung könnten keine somatischen Befunde erhoben werden, welche der Wiederaufnahme einer Tätigkeit entgegenstünden. Es seien keine Folgen des Unfallereignisses vom Jahr 2004 mehr auszumachen. Der MRI-Befund vom 7. April 2015 zeige ausschliesslich physiologische Verhältnisse (Urk. 6/160 S. 36).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen seien der Versicherten zu 100 % zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin im Verkauf entspreche diesem Leistungsprofil (Urk. 6/160 S. 36).

#### 4.3.3

Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die Explorandin klage über Schmerzen in den Gelenken, am Rücken und Kopf. Es seien drückende Kopfschmerzen, die in unterschiedlicher Ausprägung nicht ganz immer, aber häufig vorhanden seien. Manchmal leide sie unter unbestimmtem Schwindel (Urk. 6/160 S. 49).

Die Explorandin sei sehr appellativ, weinerlich gestimmt und sitze unruhig auf dem Stuhl. Die Anamnese sei äusserst schwierig zu erheben und undifferenziert, genaue zeitliche Angaben würden nicht gegeben. Alle Reflexe seien mittelmäßig auslösbar und seitengleich. Die Motorik an den oberen und unteren Extremitäten sei gut (Urk. 6/160 S. 51).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, von neurologischer Seite her bestehe keine Einschränkung des Belastungsprofils. Die Versicherte sei vollständig arbeitsfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit (Urk. 6/160 S. 53).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die Explorandin klage über zahlreiche Rückenschmerzen. Sie habe auch häufig Kopfschmerzen. Auf Nachfrage berichte sie von einem inneren Gefühl der Angst. Sie sei unglücklich, dass sie nicht mehr so viel erledigen könne wie früher. Seit dem Unfall sei sie ein Wrack, könne kaum noch etwas tun. Sie sei auch nicht mehr fröhlich (Urk. 6/160 S. 40).

Die Anamneseschilderung der Explorandin sei unpräzise. Teilweise gebe sie an, sich an Vorgänge nicht erinnern zu können, zeige aber bezüglich ähnlicher Zeiträume ein detailliertes mnestisches Vermögen. Im Vordergrund stehe die starke Krankheitsfokussierung der Explorandin, die lautstark immer wieder vorgetragen werde. Während der Untersuchung wirke sie durchgehend aufmerksam und konzentriert, der Spannungsbogen könne gehalten werden. Formale oder inhaltliche Denkstörungen lägen

nicht vor. Das Verhalten sei theatralisch und demonstrativ, unter Beobachtung fange ihr rechter Arm an zu zittern. Ein echter depressiver Affekt sei nicht feststellbar (Urk. 6/160 S. 42-43).

Im Vordergrund stünden bei der Explorandin histrionische, dramatisierende Elemente, die keiner affektiven Erkrankung entsprechen würden. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, weil es dafür an den psychodynamisch relevanten tiefenpsychologischen Kriterien fehle. Die angegebenen mnestischen Störungen würden einer objektiven Überprüfung nicht standhalten. Es bestünden Inkonsistenzen in der gesamten Befunderhebung (Urk. 6/160 S. 45).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie aus, die Versicherte sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Kassiererin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/160 S. 45). 4.3.5

In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde ausgeführt. Die Befunde und Schlussfolgerungen im A.\_\_\_\_-Gutachten vom Jahr 2012 könnten weitgehend bestätigt werden. Lediglich die Schmerzen würden im Rahmen der akzentuierten histrionischen Wesenszüge und nicht als somatoforme Schmerzstörung interpretiert. Die bisherige Tätigkeit entspreche einer aus orthopädischer Sicht angepassten Tätigkeit. Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsfähig. 4.4

#### 4.4.1

Das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 7. Juli 2015 vermag die an eine beweiskräftige Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen; die Gutachter tätigten sorgfältige, allseitige Untersuchungen (Urk. 6/160 S. 33-35, S. 42-44, S. 51-52, S. 58-59) und berücksichtigten die geklagten Beschwerden. Zudem setzten sie sich eingehend mit den früheren ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 6/160 S. 36, S. 44-45, S. 53).

Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, auf das B.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die begutachtende Psychiaterin habe zu Unrecht keine vertiefende Fremdanamnese bei der behandelnden Psychiaterin eingeholt, eine Dauer über die Exploration und eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ fehle. Stattdessen werde diesem unterstellt, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt zu haben. Das Gutachten sei nicht beweiskräftig, weshalb auf dasjenige von Dr. D.\_\_\_\_ abzustellen sei (Urk. 1).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin fanden die Berichte der behandelnden Psychiaterin in der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ Eingang. Sie setzte sich mit der Diagnosestellung auseinander und begründete eingehend, warum sie die Einschätzung nicht teile (Urk. 6/160 S. 44-45). Zwar vermerkte sie, die Beschwerdeführerin könne keine näheren Angaben über die laufende Therapie machen (Urk. 6/160 S. 40). Daraus ergibt sich jedoch keine Notwendigkeit, zusätzliche fremdanamnestische Angaben bei der behandelnden Psychiaterin einzuholen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung steht der begutachtenden Person bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu. Die Einholung von fremdanamnestischen Angaben bildet keine Voraussetzung für die Erstellung eines beweiskräftigen Gutachtens (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3), weshalb das Vorbringen der Beschwerdeführerin fehlt.

Aktenwidrig ist sodann die Behauptung, es finde sich keine Angabe über die Dauer der Exploration. So hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, die Untersuchung habe 60 Minuten gedauert (Urk. 6/160 S. 42). Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass auch eine kürzere Untersuchungsdauer den Beweiswert des Gutachtens nicht schmälern würde. Gemäss ständiger Rechtsprechung kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist vielmehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteile 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2 und 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 E. 5), was vorliegend der Fall ist.

Aus dem Gutachten geht ferner hervor, dass sich Dr. F.\_\_\_\_ eingehend mit den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ auseinandersetzte. Sie legte dar, weshalb sie seiner Diagnosestellung einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nicht folgen könne

und begründete diese Einschätzung überzeugend (Urk. 6/160 S. 45). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin findet sich in ihren Ausführungen nirgends die Behauptung, Dr. D.\_\_\_\_ habe die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Sie wies lediglich darauf hin, dass diese Diagnose von ihm erwähnt worden sei (Urk. 6/160 S. 44), was aktenkundig ist (Urk. 6/132 S. 17-18). Das Gutachten ist daher auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden.

Die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ vermögen demgegenüber nicht zu überzeugen. Er beschränkte sich weitgehend darauf, subjektive Befindlichkeiten der Beschwerdeführerin wiederzugeben. Objektive Befunde, die auf eine mittelgradige bis schwere Depression schliessen lassen würden, fehlen. Das hohe Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin wird nicht thematisiert. Aus den Akten geht hervor, dass sie eine harmonische, glückliche Ehe führt (Urk. 6/44 S. 40), eine gute Beziehung zur Familie, zur Schwiegermutter und zu ihrer Schwester unterhält (Urk. 6/132 S. 11, 6/44 S. 39), über längere Zeit mindestens jeden zweiten Tag Besuche im Altersheim abstattete, für die Altersheiminsassin kochte, sie wusch und ihr gesamtes Vermögen verwaltete (Urk. 6/54 S. 10 ff.).

Inwiefern dies mit der Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode vereinbar sein sollte, wird von Dr. D.\_\_\_\_ nicht diskutiert. Seine Ausführungen hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung erscheinen widersprüchlich. Zwar verneinte er die Diagnose mit dem Hinweis darauf, dass die ICD-

## **E. 10**

Kriterien nicht erfüllt seien

(Urk. 6/132 S. 18). Gleichzeitig wies er jedoch darauf hin, der Arbeitsunfall sei aus psychiatrischer Sicht ein nicht zu unterschätzendes und gravierendes psychisches Trauma (Urk. 6/132 S. 17) und führte als Diagnose Symptome aus dem Bereich einer posttraumatischen Belastungsstörung auf (Urk. 6/132 S. 15). Bei seiner Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit legte er sodann dar, diese sei unter anderem aufgrund der „havarierten kognitiven Funktionsfähigkeit“ sowie der langjährigen Absenz von einer beruflichen Tätigkeit mit Dekonditionierung eingeschränkt (Urk. 6/132 S. 18). Dabei unterliess er es jedoch, zu begründen, inwiefern die kognitive Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt sein sollte. Bei der langjährigen Absenz vom Arbeitsmarkt handelt es sich um ein invaliditätsfremdes Merkmal, welches vorliegend nicht zu beachten ist. Aus diesen Gründen vermag das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. 4.4.2

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der C.\_\_\_\_ Klinik vom 13. Januar 2017 ein und machte geltend, damit sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden nachgewiesen (Urk. 8-9).

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Erlass der angefochtenen Verfügung die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. etwa BGE 129 V 356 E. 1, 129 V 169 E. 1, 129 V 4 E. 1.2, je mit Hinweisen), und bloss diejenigen tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen sind, die sich bis zu jenem Zeitpunkt ereignet haben. Da die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2016 datiert (Urk. 2) und die Konsultation in der C.\_\_\_\_ Klinik am 13. Januar 2017 stattfand, ist dieser Bericht im vorliegenden Verfahren unbeachtlich.

Abgesehen davon vermag er nicht zu überzeugen. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, spezialisiert auf Wirbelsäulenchirurgie, welcher den operativen Eingriff an der Wirbelsäule der Beschwerdeführerin vorgenommen hatte, berichtete am 8. Mai 2015, dass aus seiner Sicht stabile Verhältnisse vor liegen würden. Er gehe davon aus, dass die Patientin bei ihrer Krankengeschichte immer wieder Schmerzattacken, auch am Rücken, haben werde. Operativ seien diese nicht anzugehen. Eine Pseudarthrose könne er mittels der neu angefertigten Magnetresonanzbilder mit wenig Umgebungsreaktion mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen (Urk. 6/154). Am 18. September 2015 führte er aus, dass sich die Beschwerdeführerin erneut in seiner Sprechstunde vorgestellt und über starke lumbale Schmerzen geklagt habe. Nach all den von ihm durchgeführten Abklärungen bestehe keine Indikation zu einem Revisionseingriff. Er überweise die Patientin an eine Schmerzspezialistin; vielleicht könne die Situation für die Beschwerdeführerin durch einen alternativen Therapieapproach verbessert werden (Urk. 6/165). Dr. med. H.\_\_\_\_, leitender Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie an der C.\_\_\_\_ Klinik, setzt sich in seinem Bericht vom 13. Januar 2017 weder mit dieser Einschätzung des früheren Operateurs noch mit den gleichlautenden Beurteilungen der Gutachter auseinander. Seine Verdachtsdiagnose einer Pseudarthrose im Segment L5/S1 begründet er denn auch bloss mit dem Umstand, dass auf den aktuell angefertigten Bildern eine komplette Durchbauung nicht erkennbar sei und falsch negative SPECT-CT Befunde bekannt seien. Da mit einer derart unsicheren Verdachtsdiagnose weder eine Indikation zu einem operativen Vorgehen noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden kann, erweist sich der Bericht der C.\_\_\_\_ Klinik vom 13. Januar 2017 von vornherein als ungeeignet, eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit den gutachterlichen Untersuchungen darzutun. 4.4. 3

Nach dem Gesagten erweist sich das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 7. Juli 2015 als beweiskräftig. Es bleibt anzumerken, dass bereits das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Mai 2012 die Anforderungen, die an ein verwertbares Gutachten gestellt werden, erfüllte. Die B.\_\_\_\_-Gutachter hielten fest, mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten liege eine weitgehende Übereinstimmung vor (Urk. 6/160 S. 28). Lediglich die somatoforme Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden (Urk. 6/160 S. 20). In beiden Gutachten wurde der Beschwerdeführerin sodann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit bescheinigt (Urk. 6/98 S. 26, 6/160 S. 24). Da es sich beim B.\_\_\_\_-Gutachten um das aktuellere handelt, rechtfertigt es sich, auf dieses abzustellen. Selbst wenn man indessen mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ausgehen würde, wie die Beschwerdeführerin dies fordert, wäre trotzdem von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wie nachstehend gezeigt werden kann. 5.

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