

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01011 vom 10. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01011 du 10 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01011 del 10 marzo 2017

Erwägungen

E. 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. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. 1.4

1.4.1

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 ATSG). 1.4.2

Gemäss Schlussbestimmung lit. a der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderung des IVG vom 18. März 2011 (IV-Revision 6a; AS 2011 5659; S chlB

lit. a IVG) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art.

E. 5.1

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Schlussfolgerungen der B.____-Gutachter würden den von Prof. Dr. F.____ entwickelten Kriterien für ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Zustandsbilder nicht gerecht werden (Urk. 1 S. 7 ff.), ist festzuhalten, dass die B.____-Gutachter nach vollziehbar begründet die Kriterien zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 als nicht vollständig erfüllt erachtet haben (Urk. 7/102/74). Sie haben damit mangels einer nach einem anerkannten Klassifikationssystem fachärztlich gestellten Diagnose zu Recht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen,

ist damit hier

folglich nicht massgeblich.

E. 5.2

), auszugehen wäre, würde dies im Ergebnis nichts daran ändern, dass eine dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu verneinen ist. Dies ergibt sich wie folgt in Anwendung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) neu präzisierten normativen Prüfungsrasters.

Denn danach verlieren selbst gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern - wie hier - eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren möglich ist (BGE 141 V 281 E. 8). Zudem gilt auch nach neuer Rechtsprechung weiterhin, dass insbesondere bei Vorliegen eines solchen unklaren Beschwerdebildes eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Nach dem Bundesgericht sind hierzu die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit einem Katalog von sogenannten Standardindikatoren

vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4). Das Prüfungsraster gestaltet sich wie folgt: Unter die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) fällt der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3), ausser dem Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3). Unter der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) ist die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant.

E. 5.2.1

Aber selbst wenn von einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 beziehungsweise vom Vorliegen eines ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildes, zu denen auch eine PTBS gehört (BGE 142 V 342 E).

E. 5.2.2

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) ist den Akten zu entnehmen, dass diese nicht besonders eindrücklich sind. Ausser der unverarbeiteten Trauer mit dysfunktionalem Krankheitsverhalten mit deutlicher Selbstlimitierung (Urk. 7/102/73-74) bestehen ab Januar 2013 keine psychosozialen Belastungen und emotionale Konflikte, denen die Hauptrolle für den Schweregrad und Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Bezüglich Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) fällt ins Gewicht, dass bisher - wie hiervor dargestellt (E. 4.3.3-4.3.5) - keine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde. Es kann daher nicht vom Scheitern der indizierten Therapie und einer abschliessend negativen Prognose ausgegangen werden. Auch eine erhebliche Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht gegeben.

Bezüglich des Komplexes der Persönlichkeit

sind bei der Beschwerdeführerin keine hemmenden Persönlichkeitsstrukturen insbesondere mit Auswirkung auf die funktionellen Folgen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) auszumachen (vgl. Urk. 7/102/74).

Es ist des Weiteren aufgrund der guten Eingliederung der Beschwerdeführerin in ihre Familie von einem weitgehend unterstützenden sozialen Kontext im Sinne einer mobilisierbaren Ressource (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) auszugehen.

In der Kategorie "Konsistenz" ist des Weiteren das Vorliegen einer

gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. auch BGE 142 V 106

E. 4.5) angesichts der weitgehend eigenständigen Haushaltsführung samt Betreuung des Haustieres durch die Beschwerdeführerin zu verneinen. Auch betreffend den Indikator des - wie bereits besprochen nicht ausgewiesenen (E. 4.3.5) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch massgeblichen

Leidensdruckes (BGE 141 V 218 E. 4.4.2), lässt sich bei therapeutisch nicht hinreichend ausgeschöpften Optionen und einer nicht unabwendbaren Unfähigkeit zur

Krankheitseinsicht nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten .

E. 5.2.3

Im Ergebnis

wäre damit ein rechtsgenügender Bezug zwischen dem Ganzkörperschmerzsyndrom (ohne adäquatem organischem Korrelat und mit Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung; Urk. 7/102/65) und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit selbst bei gegebener eindeutiger psychiatrischer Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu verneinen .

Bei gesamthafter Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche (ab Januar 2013 weiterhin) zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Folgen der Beweislosigkeit hat dabei die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6 , 142 V 106 E. 4.5). 6.

Nach dem Gesagten ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des B.____ - Gutachtens vom 6. Januar 2016 (Urk. 7/102) abgestellt hat und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin sowie in jeder anderen vergleichbaren Verweistätigkeit ausgegangen ist. Eine Invalidität ist daher im Rahmen der Überprüfung nach der Schlussbestimmung lit . a IVG mit der Beschwerdeführerin zu verneinen und die Aufhebung der bisherigen ganzen Invalidenrente ab Januar 2013 zu bestätigen. Was die Beschwerdeführerin in des Weiteren vorbringt, rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise.

Die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2016 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtmässig . Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofstrasse 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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Grünig
Hartmann

E. 7

ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die Überprüfung der Invalidenrente nach SchlB

lit. a IVG habe gestützt auf das B.____-Gutachten vom 6. Januar 2016 ergeben, dass die Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei auch hinsichtlich des Aktivitätsniveaus und der Ressourcen nachvollziehbar. Da die Beschwerdeführerin weder eine Psychotherapie noch weitere somatische Therapeuten oder Ärzte engmaschig aufgesucht habe, könne nicht von einem grossen Leidensdruck ausgegangen werden. Auch den Berichten von Dr. D.____,

wonach diverse Therapieversuche unternommen worden seien, seien keine Befunde zu entnehmen, welche eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten. Auch wenn die Beschwerdeführerin Psychopharmaka eingenommen habe, würden aus psychiatrischer Sicht aber dennoch keine Diagnosen und Befunden vorliegen, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden (Urk. 2 S. 2 f.). 2.2

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, im B.____-Gutachten vom 6. Januar 2016 seien nicht alle Berichte und sämtliche vorliegenden medizinischen Akten gewürdigt worden. Es sei insbesondere auf den Bericht von Dr. D.____ vom 29.

Februar 2016 (Urk. 7/111) zu verweisen. Danach seien zahlreiche Therapieversuche zur Behandlung der chronischen Schmerzen unternommen worden und sie habe regelmässig Psychopharmaka verordnet erhalten. Auch sei aus rheumatologischer Sicht der Untersuchungsbefund im B.____-Gutachten minimalistisch zusammengefasst worden. Die Einschätzungen von Dr. D.____ seien korrekt. Es wäre Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, beim B.____ eine ergänzende Stellungnahme auf Grund des neuen Sachverhaltes oder zumindest des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) einzuholen, nach dem sie ihr mit Eingabe vom 5. Juli 2016 (Urk. 7/112) diesen Bericht zugesandt habe. Auch sei anhand des Berichtes von Dr. D.____

vom 13. Februar 2015 (Urk. 7/82) ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin ärztliche Berichte nur selektiv verwende und Ausführungen, welche ihren Anliegen widersprechen würden, einfach weglasse. Im Bericht des Instituts für Radiologie

vom 17. August 2016 (Urk. 3/3) sei des Weiteren mit dem Befund einer Chondropathie des medialen Femur kondylus mit kleinem Gelenkserguss festgehalten worden, dass sie, die Beschwerdeführerin, seit zwei Monaten an progredienten Schmerzen im linken Kniegelenk leide. Dr. E. ___

habe sich in ihrem

neuesten Bericht vom 25. August 2016 (Urk. 3/5) zum B. ___ -Gutachten geäußert, worin sie starke Rücken- sowie Knie schmerzen links mit dem Befund der MRT-Untersuchung festgehalten habe. Auch habe sie die bisherigen Diagnosen, insbesondere die somatoforme Schmerzstörung, wiederholt. Diese Diagnosen würden klar darauf hinweisen, dass für das Gutachten keine gründlichen und vollständigen Abklärungen vorgenommen worden seien.

Die im B. ___ -Gutachten aufgeführten Schlussfolgerungen und Diagnosen würden den im Zusammenhang mit der Rechtsprechung zu solchen ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage von Prof. Dr. F. ___ ausgearbeiteten Kriterien nicht gerecht werden. Sie leide seit Jahren unter der diagnostizierten psychosomatischen Erkrankung. Ohne die Einnahme der erwähnten Psychopharmaka würde sie die Schmerzen nicht ertragen. Das im Gutachten festgestellte chronifizierte Ganzkörperschmerzsyndrom habe sehr wohl Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit. Zur Feststellung der B. ___ -Gutachter, Dr. med. G. ___ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe ihr eine psychische Gesundheit attestiert, sei zu bemerken, dass sie mehrere Gespräche mit ihr geführt habe. Ein Bericht von Dr. G. ___ liege jedoch nicht bei den Akten, weshalb offen sei, ob diese eine psychische Gesundheit attestiert habe. Prof. Dr. med. H. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie

Leitender Arzt, Schmerz - therapie und Gutachten, der I. ___ Klinik (Urk. 7/70/2) , habe zudem festgehalten, dass aus seiner Sicht neben der chronischen

Schmerzproblematik

eine psychische Problematik im Sinne einer depressiven Störung vorliege. Dagegen sei in der psychiatrischen Abklärung (gemeint wohl: gemäss dem B. ___ -Gutachten, Urk. 7/102/62) festgehalten worden, dass die Basissymptome einer depressiven Episode nicht erfüllt seien. Die Ausführungen dazu seien indes nicht korrekt und beschönigend dargestellt , denn sie habe sich sozial allgemein zurückgezogen und sich auf die Mitglieder der Familie beschränkt. Ohne die Hilfe und Unterstützung der Familienmitglieder wäre sie nicht in der Lage, ihren Haushalt zu führen. Die regelmässigen Ferien im Sommer in der Heimat des Ehemannes würden ihr wenig bis keine Erholung bringen. Sie verbringe jedoch dem Familienfrieden zuliebe dort die Ferien. Ferner sei entgegen dem psychiatrischen B. ___ -Teilgutachten von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auszugehen. Auch die B. ___ -Gutachter hätten einen psychosomatischen Zusammenhang mit der Verschleppung und Tötung der Mutter, dem Tod des Vaters und dem Unfall beschrieben und die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt. Dennoch hätten sie eine psychische Komorbidität verneint. Dies widerspreche jedoch den Ausführungen von Dr. D. ___ und den Feststellungen von Prof. Dr. H. ___ . Aus dem Umstand sodann , dass sie mit Ausnahme von den Behandlungen bei Dr. D. ___ und Dr. E. ___ keine weiteren Therapeuten oder Ärzte häufig aufgesucht habe, könne nicht der Schluss gezogen werden, dass bei ihr kein grosser Leidensdruck bestehe. Ihre konsequente Ablehnung gegen psychotherapeutische Gespräche deute auf eine Abwehrhaltung hin,

welche sich nun aktuell jedoch verändert habe. Sie habe sich nunmehr bei Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zur psychotherapeutischen Behandlung angemeldet (Urk. 1 S. 4 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) zu Recht die mit Verfügung vom 23. November 2012 (Urk. 7/60) erlassene Aufhebung der bisherigen ganzen Rente (Urk. 7/25) per 1. Januar 2013 bestätigt hat. 3.3.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich war im Urteil IV.2013.00029 vom 28. August 2014 (E. 6.2) zum Schluss gekommen, die damalige mit Verfügung vom 23. November 2012 (Urk. 7/60) erlassene Aufhebung der bisherigen ganzen Rente sei weder unter dem Titel der Wiedererwägung noch unter jenem der Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gerecht fertigt. Es liege aber ein Anwendungsfall der Schlussbestimmung lit. a IVG vor (Urk. 7/73/15).

Denn die beim Unfall vom 7. Juni 2001 erlittene Fraktur am Querfortsatz des dritten Lendenwirbelkörpers (LWK 3)

sei bei

(vorbestehenden Beschwerden wegen) Flachhohlrücken, lumbosacralen Übergangswirbel sowie den übrigen degenerativen lumbalen Veränderungen L4/5 nur bis Juni 2002 als somatisch-organisches Korrelat für die Beschwerden zu sehen (Urk. 7/11/29, Urk. 7/11/12-13). Zwar hätten auch für die Zeit nach Juni 2002 überwiegend wahrscheinlich erklärbare somatische (lumbale) Beschwerden bestanden. Jedoch seien die damaligen degenerativen Veränderungen nicht derart erheblich gewesen, dass damit allein eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit erklärbar gewesen wäre, sondern die Problematik sei in der (somatoformen) Komplexität der chronischen Schmerzkrankheit (mit LWS-, Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen, Urk. 7/19/5) begründet gewesen (E. 5.2; Urk. 7/73/14). 3.2

Damit ist im Folgenden der Rentenanspruch ab Januar 2013 (Urk. 7/73/16) unabhängig davon zu prüfen, ob seit der Zusprechung der Rente im Februar 2004 (Urk. 7/25) bis Ende 2012 eine erhebliche Veränderung eingetreten sei. Denn bei der Überprüfung und Neubeurteilung von laufenden Renten gestützt auf Abs. 1 SchlB

lit. a IVG ist gleich vorzugehen wie dort, wo ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist.

Die Frage, ob die bestehende Rente herabzusetzen oder aufzuheben ist, beurteilt sich somit nach dem Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt der Neubeurteilung beziehungsweise des Erlasses der daraus resultierenden Verfügung entwickelt hat.

Der Invaliditätsgrad ist mithin auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2016 bildet dabei recht sprechungs gemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 132 V 2 15 E. 3.1.1, BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin hat in Umsetzung des Urteils vom 28. August 2014 (vgl. E. 6; Urk. 7/73/15) mit dem B.____-Gutachten vom 6.

Januar 2016 (Urk. 7/102) ein interdisziplinäres Gutachten eingeholt, mit welchem die Beschwerdeführerin am 24. August und 1. September 2015 umfassend fach ärztlich aus internistischer, rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht begutachtet wurde (Urk. 7/102/1) . Die Gutachter kamen zum Schluss, es sei weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Urk. 7/102/65) . Die Beschwerdeführerin sei unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde aktuell weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in der Glaceherstellung und in einer sonstigen Verweistätigkeit eingeschränkt. Da sie ausserdem bislang weder eine Psychotherapie noch weitere somatische Therapeuten oder Ärzte ergründlich und häufig aufgesucht habe, könne nicht von einem grossen Leidensdruck ausgegangen werden (Urk. 7/102/75 , Urk. 7/102/81-84). Es seien denn auch erhebliche Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden und den Einschränkungen im Alltag sowie den klinischen und bildgebend objektiveren Befunden zu beobachten (Urk. 7/102/83).

Der internistische Status sei bei unauffälligem Elektrokardiogramm (EKG) und Abdominalstatus , fehlenden Anhaltspunkten für eine Ventilationsstörung und normalbefundlichen

Laborergebnissen unauffällig, weshalb aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 7/102/71-72).

In rheumatologischer Hinsicht stünden die geklagten Beschwerden und die Dauer sowie die Therapieresistenz in Diskrepanz zu den klinischen und radiologischen Befunden einer diskreten schmerzhaften Bewegungseinschränkung der LWS bei bildgebend verifizierter lumbosacraler

Übergangsanomalie und degenerativen LWS-Veränderungen. Zudem hätten sich 12 von 18 Tenderpoints im Bereich der oberen und unteren Extremitäten gefunden. Defizite der Motorik oder der Sensibilität hätten keine Ausgemacht werden können. Die stammnahen und peripheren Gelenke würden dem Alter entsprechend frei und schmerzlos bewegen und die schmerzhaften Kniegelenke sowie die oberen Sprunggelenke würden keine pathologischen Befunde zeigen. Dem entsprechend sei aus rheumatologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, aber auch in jeglicher dem Alter und dem Habitus entsprechenden Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/102/72) . Die Diagnose eines chronifizierten Ganzkörpersyndroms ohne anatomisches Korrelat sei daher (aus somatischer Sicht) als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Urk. 7/102/48-49).

Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine objektiveren fokalen neurologischen Ausfälle gefunden. Insbesondere sei die angegebene Minderung der oberflächlichen Berührungsempfindung im Bereich des linken Beines

überwiegend wahrscheinlich einer funktionellen Genese zuzuordnen. Auch hätten sich keine radikulären motorischen oder sensiblen Ausfälle im Rahmen der degenerativen Veränderungen an der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) gefunden. Insbesondere für die in der Magnetresonanztomographie der LWS vom 10. März 2014 beschriebene Tangierung der Wurzel S1 und

L5 beidseits hätten sich anamnestisch und im neurologischen Untersuchungsbefund keine Hinweise auf eine klinische Relevanz gefunden. Angesichts der aktenkundigen Elektroneurographien sei betreffend die angegebenen Fühlstörungen beider Hände die Diagnose eines leichten Carpaltunnelsyndroms mit nur geringgradigen elektroneurographischen Veränderungen zu stellen. In der Arbeitsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin hierdurch indes nicht beeinträchtigt, zumal prinzipiell auch eine operative Sanierung eine Option darstelle. Die beklagte Kopfschmerzsymptomatik sei in Übereinstimmung mit den aktenkundigen fachneurologischen Beurteilungen am ehesten als chronifizierter Spannungskopfschmerz ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzuordnen. Hinweise auf eine symptomatische Genese hätten sich nicht ergeben (Urk. 7/102/51-52, Urk. 7/102/72-73).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe kein ausgeprägter, schwer wiegender, objektiver psychopathologischer Befund festgestellt werden können. Es bestehe situationsbedingt eine gewisse Affektlabilität, jedoch keine eigentliche depressive Symptomatik. Auch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) liege weiterhin nicht vor. Die traumatisierenden Ereignisse im ehemaligen Jugoslawien im Zusammenhang mit der Verschleppung und Tötung der Mutter habe sie bislang aber nicht verarbeitet. Ein psychosomatischer Zusammenhang liege auf der Hand und sei bereits früh in der Krankheitsgeschichte beschrieben worden. In Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen hätten sich zunächst lumbale Schmerzen entwickelt, nach dem Tod des Vaters Kopfschmerzen und nach dem Unfall am Arbeitsplatz schliesslich die Ausweitung zu Ganzkörperschmerzen. Gesamthaft könne von Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen werden, wobei die Diagnosekriterien nicht gänzlich erfüllt seien. Eine psychische Komorbidität liege nicht vor. Der Hauptkonflikt sei die unverarbeitete Trauer. Im Vergleich zur Schilderung der vielfältigen Schmerzen zeige sich im Alltag (dagegen) ein gutes Funktionsniveau. Im Hinblick auf die Schmerzbewältigung und den Beginn der Arbeitstätigkeit sei von einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten (Flucht in die Schmerzen anstatt Trauerbewältigung) mit einer deutlichen Selbstlimitierung auszugehen. Es hätten bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsmerkmale festgestellt werden können, durch die ihr Leistungsvermögen eingeschränkt wäre. Ein fortgesetztes Rentenbegehren könnte zusätzlich nicht von der Hand gewiesen werden (Urk. 7/102/74).

4.2

Die Gutachter würdigten die fachärztlich erhobenen Befunde und die medizinischen Vorakten nachvollziehbar und eingehend unter Berücksichtigung des Verhaltens der Beschwerdeführerin, ihrer sozialen Verhältnisse sowie sämtlicher geklagten Beschwerden (Schmerzen im Rücken, Nacken, in den Gelenken, Schultern, Ellbogen, Knien, Händen und Füßen, Kopfschmerzen; Urk. 7/102/45-46, Urk. 7/102/49-50, Urk. 7/102/71) mit Verlauf ab Beginn der (aktenkundigen) lumbalen Rückenschmerzen im Jahr 1992 (Urk. 7/102/66-71). Es liegt damit ein interdisziplinäres Gutachten vor, das alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt.

4.3

4.3.1

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte die Einschätzung der B.____-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Dabei sind die von der Beschwerdeführerin mit der Beschwerde eingereichten Berichte des C.____ AG vom 17. August 2016 (Urk. 3/3), von Dr. D.____ vom 30. August 2016 (Urk. 3/4) und von Dr. E.____

vom 25. August 2016 (Urk. 3/5) nur insofern zu berücksichtigen, als daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt vor respektive zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2016 (Urk. 2) zulässig erscheinen, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1).

Die bildgebend neue Feststellung einer Chondropathie des medialen Femur kondylus (Grad II-II nach Outerbridge) am linken Knie mit kleinem Gelenkerguss bei ansonsten unauffälligen, altersentsprechenden Knorpelverhältnissen und ohne Hinweise auf eine trophische Knochenmarksstörung wurde erst mit Magnetresonanztomographie (MRT) vom 17. August 2016 (Urk. 3/3), mithin nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung ausgewiesen und ist daher hier unbeachtlich. Zudem hatte die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung über Schmerzen an den Kniegelenken geklagt und es wurden bei der klinischen Untersuchung Tenderpoints am medialen sowie lateralen Kniegelenkspalt beidseits festgestellt (Urk. 7/102/46-47). Zwar erklärte Dr. D.____ im Bericht vom 30. August 2016 (Urk. 3/4), die Beschwerdeführerin klage seit einigen Wochen vermehrt über Schmerzen am linken Knie, vorbestehend intermittierend. Jedoch führte er weiter aus, dass die Therapie sicher konservativ sei und die Beschwerdeführerin nur wenig Schmerzmittel benötige, so dass weitere Behandlungen wie zum Beispiel Physiotherapie oder Injektionen ins Knie nicht nötig seien (Urk. 3/4). Es ist damit von keiner erheblichen zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigung vor dem 21. Juli 2016 (Urk. 2) auszugehen, zumal keine erheblichen Befunde, etwa eine deutliche Bewegungseinschränkung, erhoben wurden und von keinem dieser Ärzte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Auch aus dem Bericht der Hausärztin Dr. E.____ vom 25. August 2016 (Urk. 3/5) ist nichts Weiteres zu entnehmen, was für die Zeit vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) beachtlich wäre. 4.3.2

Im Bericht vom 29. Februar 2016 hatte sich Dr. D.____, bei dem die Beschwerdeführerin seit November 2011 in Behandlung steht (Urk. 7/81/1), sodann zu einem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zugesandten Auszug aus dem B.____-Gutachten geäußert

(Urk. 7/111). Es handelt es sich um einen Auszug aus dem rheumatologischen Teilgutachten. Um welchen Auszug mit welchem Umfang es sich im Einzelnen handelt, ist nicht ersichtlich.

Dr. D.____

bemängelte in diesem Bericht, dass die im B.____-Gutachten aus rheumatologischer Sicht aufgeführten Untersuchungsbefunde in nur 13,5 Zeilen zusammengefasst worden seien und die angeblichen Normalbefunde ohne Schmerzprovokation im Widerspruch zu den langjährig geäußerten und teilweise sehr schwierig beeinflussbaren Beschwerden bei ihm in der Sprechstunde stehen würden. Zumindest die Untersuchung der rechten Schulter und des Nackens hätten Schmerzen provozieren müssen. Es bestehe diesbezüglich der Verdacht,

dass die Beschwerdeführerin nur oberflächlich untersucht worden sei, was sich indes nur auf die ihm vorliegenden Zeilen der rheumatologischen Beurteilung beschränke (Urk. 7/111/1).

Dem ist entgegenzuhalten, dass im rheumatologischen Teilgutachten sowohl die geklagten Nacken- und Schulterschmerzen mit der Folge schlechten Schlafes als auch die Befunde der klinischen und bildgebenden Untersuchungen der HWS sowie der Schultergelenke aufgeführt wurden (Urk. 7/102/46-48). Auch wenn die Beschreibung der rheumatologischen Einschätzung relativ kurz ausgefallen ist und die Bewegung der stammnahen sowie peripheren Gelenke als dem Alter entsprechend frei und schmerzlos aufgeführt wurde (Urk. 7/102/49), ändert dies nichts daran, dass die Einschätzung aus somatischer Sicht, es handle sich bei den geklagten Beschwerden um ein chronifiziertes Ganzkörpersyndrom ohne anatomisches Korrelat

und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/102/48),

im Ergebnis mit Blick auf die übrige Aktenlage nachvollziehbar ist. Denn auch Dr. D. ___ hatte, nachdem die Ergebnisse der MRT-Arthrographie der rechten Schulter rechts vom 4. April 2013 (Urk. 7/81/5) und das MRT der LWS (Urk. 7/81/3) vorgelegt hatten, im Bericht vom 13. Februar 2015 feststellt, dass sicher nur mässige Befunde, die im einzelnen keine Einschränkungen bedeuten würden, vorliegen würden (Urk. 7/82). Im Übrigen wurde auch vom allgemein-ärztlichen B. ___-Gutachter festgehalten, dass in seiner Untersuchung die Schulterbeweglichkeit beidseits uneingeschränkt mit problemlos durchführbarem Schürzen- und Nackengriff beidseits möglich gewesen sei und in den oberen Extremitäten keine Atrophie, mithin keine Anzeichen für eine ausgeprägte Schonhaltung, vorlagen (Urk. 7/102/43).

Wenn Dr. D. ___ in demselben Bericht weiter ausführt, die (mässigen) Befunde würden sich jedoch in der Summe zusammen mit der ausgeprägten Schmerzchronifizierung seit 2001 als absolut limitierend und quälend auf die Beschwerdeführerin auswirken (Urk. 7/82), bedeutet dies nichts anderes, als dass die chronifizierten Schmerzen ohne adäquate objektivierbare somatische Grundlage bestehen und eine somatoforme, mithin psychische Überlagerung vorliegt. Ob und inwiefern eine solche Schmerzproblematik als einschränkend für die Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei

(vgl. dazu E. 5 nachfolgend), ist

indes vor allem aus fachärztlich psychiatrischer und nicht aus

rheumatologischer Seite

zu beurteilen. 4.3.3

Auch aus dem Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 1), es seien gemäss dem Bericht von Dr. D. ___ vom 29. Februar 2016 (Urk. 7/111) entgegen der Darstellung im B. ___-Gutachten zahlreiche Therapieversuche zur Behandlung der chronischen Schmerzen unternommen worden und sie habe regelmässig Psychopharmaka verordnet erhalten, kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Denn im

B. ___-Gutachten vom 6. Januar 2016 wurde korrekt

aufgeführt, dass gemäss Dr. D.____ im Schreiben vom 16. Oktober 2012 (Urk. 7/58/1) chiro praktische Behandlungen und Akupunktur sowie Physiotherapie in L.____, am M.____ und im Spital N.____ durchgeführt worden seien (Urk. 7/102/36).

Dies betrifft ausserdem Behandlungen vor dem hier massgeblichen Zeitraum ab Januar 2013.

Auch die aktuelle Medikation

wurde im B.____-Gutachten gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, und zwar nebst Ponstan und Dafalgan

auch das von Dr. D.____ erwähnte (Urk. 7/111) Medikament Palexia (Urk. 7/102/40, Urk. 7/102/50). Weiter wurde berücksichtigt, dass sechs Tage vor der Begutachtung eine schmerzmodulative Therapie mit Cymbalta begonnen habe (Urk. 7/102/52).

Richtig ist, dass im B.____-Gutachten eine Behandlung mit Psychopharmaka nicht aufgeführt wurde. Eine solche - insbesondere durch einen psychiatrischen Experten ab Januar 2013 - ist den Akten jedoch auch nicht zu entnehmen. Dr. D.____ erklärte dazu, es sei die Fibromyalgie mit leichter depressiver Verstimmung mittels sogenannter SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor)

wie Duloxetin und Efexor behandelt worden, zuletzt mit klassischen antririzyklischen Antidepressiva wie Nortrilen und Amitriptylin. Die Beschwerdeführerin sei somit jederzeit offen dafür gewesen, ihre Beschwerden medikamentös anzugehen (Urk. 7/111/1).

Letzteres wird von den Gutachtern indes nicht bezweifelt. 4.3.4

Massgeblich aber ist, dass die Beschwerdeführerin nie eine länger dauernde, regelmässige psychiatrische medikamentöse und/oder psychotherapeutische Therapie durchgeführt hat.

Dr. D.____ bemerkte selbst, dass es richtig sei, dass die Beschwerdeführerin einer intensivierten Gesprächs- und Verhaltenstherapie jederzeit extrem skeptisch gegenüber gestanden sei und sich auf dieser Ebene nicht durch einen Psychiater behandeln lassen wollen (Urk. 7/111/1).

Dem Bericht von Dr. D.____ vom 27. November 2012 ist zudem zu entnehmen, dass von den behandelnden (somatischen) Ärzten unterstrichen worden sei, dass (den chronischen Spannungskopfschmerzen und

zervikospodylogenen bis brachialen Beschwerden Richtung rechte Schulter) eine zusätzliche psychosomatische beziehungsweise psychiatrische Ursache zu Grunde liege. Diesen Zusammenhang habe die Beschwerdeführerin bisher verneint und dissimuliert. Die Beschwerdeführerin sei für eine solche Abklärung nun aber bereit (Urk. 7/61/1). Es folgte der

stationäre Rehabilitationsaufenthalt in der RehaClinic

L.____ vom 4. März bis 1. April 2013, in welchem sie am ganzheitlich orientierten interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen (ZISP) teilnahm (Urk. 7/67). Diese stationäre Behandlung fand denn auch Eingang in das B.____-Gutachten (Urk. 7/102/45). Im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt wurde jedoch weiterhin keine anhaltende psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung etabliert (Urk. 7/67/3).

Zwar wurde die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht vom 14. Januar 2014 von Prof. Dr. H.____ von der I.____ Klinik, der die Beschwerde führerin konsiliarisch am 14. Januar 2014 untersuchte, zuletzt in psychiatrische Therapie bei der Psychiaterin Dr. G.____ überwiesen, welche nach Angaben der Beschwerdeführerin erklärt habe, dass sie nicht psychisch krank sei. Jedoch habe die Beschwerdeführerin dazu gesagt, dass sie über die belastete Vergangenheit mit dem Tod beider Eltern während des Bürgerkrieges in Kroatien nicht (habe) sprechen wolle(n), insbesondere nicht in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 7/70/2). Dieser Bericht wurde im psychiatrischen B.____-Teilgutachten unter dem Titel „Psychiatrische Anamnese“ korrekt wiedergegeben (Urk. 7/102/55). Auch stützte sich der Gutachter bei seiner Beurteilung nicht im Wesentlichen auf die zitierte Aussage der Beschwerdeführerin, Dr. G.____ habe sie als nicht psychisch krank erklärt, ab, sondern begründete die Einschätzung korrekt aufgrund der eigenen Befunderhebung (Urk. 7/102/60-64). Dass kein Bericht von Dr. G.____ in den Akten liegt, vermag das B.____-Gutachten jedenfalls nicht in Frage zu stellen, zumal die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen B.____-Gutachter angab, sie habe sich nur einmal von einem Psychologen behandeln lassen und zwar während des Aufenthaltes in L.____. Sie wolle nicht immer dasselbe gefragt werden. Es seien stets Fragen, die wehtun würden (Urk. 7/102/58). Es ist daher nicht davon auszugehen, dass bei Dr. G.____ über die Anfangsgespräche hinaus eine eigentliche Therapie stattfand, was im Übrigen auch nicht behauptet wurde.

4.3.5

Im B.____-Gutachten wurde vor diesem Hintergrund daher zutreffend und nachvollziehbar festgehalten, dass die psychotherapeutischen Therapieoptionen bislang unausgeschöpft geblieben seien und bei ausreichend langer sowie intensiver spezifischer Psychotherapie (Trauerverarbeitung, Schmerz coping) von einer durchaus positiven Prognose ausgegangen werden könne (Urk. 7/102/64). Zur Überwindung des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens sei daher eine intensive psychosomatische, auf somatoforme Schmerzen bezogene spezifische Psychotherapie, vorzugsweise mit einem Beginn in einem stationären Kontext zu empfehlen (Urk. 7/102/77, Urk. 7/102/82).

Die etwa in sechs- bis achtwöchigen Abständen stattgehabten Konsultationen beim Rheumatologen Dr. D.____ (vgl. Bericht vom 27. November 2012, Urk. 7/61/1) waren und sind selbst mit unterschiedlichen medikamentösen Behandlungen nicht geeignet, diese empfohlene Behandlung zu ersetzen. Insofern ist die im psychiatrischen

B.____-Teilgutachten getroffene Schlussfolgerung, es könne nicht von einem grossen Leidensdruck ausgegangen werden, da die Beschwerdeführerin bislang weder eine Psychotherapie noch (ab Januar 2013) weitere somatische Therapeuten oder Ärzte engmaschig und häufig aufgesucht habe (Urk. 7/102/64), wobei darunter ein deutlich mehr als monatliche Behandlungen/Therapiesitzungen zu verstehen sind, nicht zu beanstanden. Daran ändert auch das Vorbringen nichts, dass sich die Beschwerdeführerin nunmehr angeblich zur psychotherapeutischen Behandlung bei einer Psychiaterin angemeldet habe (Urk. 1 S.).

E. 10

), zumal diese Anmeldung erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) erfolgte und eine Anmeldung noch keine ernsthaft wahrgenommene Therapie ausmacht. 4.4 4.4.1

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist sodann mit der übrigen medizinischen Aktenlage vereinbar und nachvollziehbar, dass der psychiatrische B.____-Gutachter eine psychische Komorbidität, mithin das Vorliegen einer depressiven

Erkrankung, aber auch eine PTBS verneinte (Urk. 70/102/62-64, Urk. 7/102/73-74).

Eine depressive Störung wurde in verschiedenen medizinischen Berichten ab dem Jahr 2002 zwar erwähnt, jedoch ohne Angabe von entsprechenden Befunden und

nicht fachärztlich sowie

nicht im Sinne einer schweren depressiven Störung diagnostiziert (Urk. 7/6/1-3, Urk. 7/7/5, Urk. 7/19/1, Urk. 7/38/5, Urk. 7/40/12).

Auch der Psychiater Prof. Dr. H.____

führte im konsiliarischen Bericht vom 14. Januar 2014

nicht die

Diagnose einer Depression nach einem anerkannten Klassifikationssystem auf, sondern erwähnte lediglich das Vorliegen einer depressiven Störung. Ausserdem nannte er keine den Diagnosekriterien entsprechenden Befunde. Eine andere psychiatrische Diagnose, namentlich eine PTBS, hatte er ebenfalls nicht gestellt (Urk. 7/70/2). R

echtsprechungsgemäss kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit indessen nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396).

Schon

dipl. med. P. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, vom RAD hatte ferner nach der Untersuchung vom 8. Mai 20

E. 12

keine depressive Störung und keine PTBS diagnostiziert (Bericht vom 14. Juni 2012, Urk. 7/50/14-15).

Aber auch in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) gerügten Ausführungen des psychiatrischen B.____-Gutachters zu den Basissymptomen (Urk. 7/102/73)

ist das Gutachten zu bestätigen. Dazu wurde im Gutachten festgehalten, die Basissymptome einer depressiven Symptomatik seien nicht als erfüllt zu betrachten. Die Beschwerdeführerin leide weder unter einer andauernden gedrückten Stimmung noch unter einem Früh erwachen, einer Freud- oder Interessenlosigkeit. Der Libidoverlust sei schmerzbedingt. Es lägen weder ein genereller sozialer Rückzug noch gravierende Einschränkungen im Alltag mit erhöhter Ermüdbarkeit oder einer Antriebsverminderung vor. Sie fahre auch kurze Strecken mit dem Auto. Sie sei fähig den gesamten Haushalt zu führen, die Betten zu machen, Staub zu saugen, sich um die Wäsche im Keller zu kümmern, Mahlzeiten zuzubereiten, die Blumen auf dem Balkon zu pflegen und mit ihrer Familie mit dem Auto nach O.____ zu reisen. Das psychosoziale Umfeld sei intakt. Bei gewissen Arbeiten werde sie vom Ehemann unterstützt, die Tochter putze alle zwei Wochen gründlich die Wohnung. Eine wichtige Ressource scheine der Familienhund zu sein, mit dem sie dreimal am Tag spazieren gehe (Urk. 7/102/73).

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin ist eine Beschönigung des Sachverhaltes nicht ersichtlich. Insbesondere dafür, dass ein psychisch bedingter Rückzug auf die Familienmitglieder stattgefunden habe (Urk. 1 S. 10), gibt es keine Hinweise. Dem Bericht des RAD-Arztes Dr. Z.____

ist dies beizüglich zu entnehmen, dass sie auch den Einkauf erledigte und (damals) einen kurzen Schwatz mit Bekannten gehalten habe, die sie zufällig getroffen habe (Urk. 7/44/3). Es besteht somit auch Aussenkontakt, zumal sich die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben mehrmals pro Tag mit dem Hund aus dem Haus begibt (Urk. 7/102/57). Gegenüber dem RAD-Arzt A.____ hatte die Beschwerdeführerin zudem angegeben, sie habe einen Freundeskreis von fünf bis sechs Kolleginnen, mit denen sie Kontakt pflege. Im Zusammenhang mit dem Hobby ihres Ehemannes als Schiedsrichter habe sie ausserdem Kontakt mit den anderen Schiedsrichterfrauen (Urk. 7/50/1). Gegenüber den B.____-Gutachtern erklärte sie sodann, in O.____, wo sie und ihre Familie die Ferien verbringen würden, habe sie zwei Freundinnen. In der Schweiz habe sie keine Freundinnen, weil alle arbeiten würden. Hobbys habe sie nie gehabt (Urk. 7/102/57).

Von einem gesundheitsbedingten Rückzug kann damit keine Rede sein.

Auch ist für die Beurteilung einer depressiven Symptomatik nicht entscheidend, ob die Beschwerdeführerin sich in den Ferien erholen konnte, sondern dass sie gesundheitlich in der Lage war, die längere Reise mit der Familie im Auto und/oder Flugzeug ins Ausland (Urk. 7/102/58) vorzunehmen. Dass die Beschwerdeführerin im Haushalt sodann von den Familienangehörigen unterstützt wird, wurde im Gutachten berücksichtigt. Entscheidend ist aber, dass sie nach wie vor die meisten täglich anfallenden Haushaltsarbeiten selbst erledigen und eine Tagesstruktur einhalten kann, was die Antriebsfähigkeit bestätigt. 4.4.2

Im Übrigen wäre selbst bei fachärztlich diagnostizierter und erwiesener depressiver Störung nicht ohne Weiteres auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts fallen die leicht bis mittelgradigen depressiven Störungen rezidivierender oder episodischer Natur insbesondere einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 E. 4.3.1.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_111/2016 vom 9. Mai 2016 E. 5, 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3, 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3.1, 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4). Da die Beschwerdeführerin wie hiervor ausgeführt keine fachärztlich adäquate und zumutbare Behandlung durchgeföhrt hat, wäre eine Therapieresistenz jedenfalls nicht ausgewiesen.

Bei einer Diagnose einer PTBS wäre schliesslich

die nachfolgend zitierte Rechtsprechung (BGE 141 V 281) zu beachten. 5.

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