

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00004 vom 7. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00004

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00004 du 7 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00004 del 7 giugno 2019

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

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, her abgesetzt 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 gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich 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 hin sichtlich 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 Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesent lichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbe achtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.4.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.4.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete 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. 1.4.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4.4

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes einer ärztlichen Beurteilung ist entscheidend, ob diese 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2017 (Urk. 2) zusammengefasst den Standpunkt, die im Januar 2017 durchgeführte rheumatologische und psychiatrische Begutachtung lasse im Vergleich zur Situation im Jahre 2008 auf eine Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten schliessen. In

psychiatrischer Hinsicht würden keine Befunde vorliegen und auch in somatischer Hinsicht habe die verminderte Belastbarkeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin bei der Y.____ und in der Tätigkeit als Psychologin mit eigener Praxis zur Folge, womit der Versicherten die angestammte n Tätigkeit en uneinge schränkt zumutbar sei en , weshalb k ein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 1 f.).

Zu den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einwänden brachte die Beschwerdegegnerin vor, sämtliche im Einwandverfahren eingereichten Unterlagen seien dem RAD zur Prüfung und Stellungnahme vorgelegt worden , welcher in der Stellungnahme vom 30. Januar 2017 darauf Bezug genommen und diese entkräftet habe (S. 2).

E. 2.2

In Bezug auf die im Komplex «Persönlichkeit» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prü fenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und – struktur , grundlegende psy chische Funktion) ist dem Gutachten von Dr. B.____ zu entnehmen, dass eine Nachreifung stattgefunden hat und die Versicherte keine pathologische Störung oder Persönlichkeitsakzentuierung aufweist. Bei fehlenden maladaptati ven Kognitionen beziehungsweise regelrechter Krankheitsverarbeitung gehe er zudem nicht von einer somatoformen (Schmerz)-störung aus (Urk. 6/126/89). In Bezug auf die von Dr. C.____ diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung (vgl. Urk. 6/142/1) führte er aus, dass eine Persönlichkeitsstörung seit der Kind heit und Jugend bestehen mü sse (Urk. 6/147/2). Hinweise auf psychische Störun gen in der Kindheit oder Jugend ergä ben sich aus den Akten jedoch nicht. Obwohl im Elternhaus finanzielle Probleme dominierend gewesen seien, es viel Streit in der Familie gegeben habe, ihr Bruder behindert sei und sie schon als Kind das Gefühl entwickelt habe, für die Familie Verantwor t ung übernehmen zu müssen, hat die Versicherte physische, psychische sowie sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit verneint. Im Weiteren hielt Dr. B.____ fest, dass die Beschwerde führerin eine gute Schülerin gewesen und gerne zur Schule gegangen sei. Zudem ergibt sich aus ihrem schulischen Werdegang, dass sie i m jungen Erwachsenen alter ohne Schwierigkeiten erwerbstätig geworden war und seit 2005 sogar selbst ständig erwerbstätig ist (vgl. Urk. 6/126/72 ff.) . A uch angesichts dieser Angaben erweist sich die von Dr. C.____ vom 14. April 2017 diagnostizierte kom binierte Persönlichkeitsstörung als widersprüchlich (Urk. 6/142). Anzumerken ist in die sem Zusammenhang sodann, dass sowohl Dr. Z.____ als auch Dr. J.____

zwar akzentuierte abhängige und narzisstische Persönlichkeitszüge diagnostizier te n (ICD-10: Z73.1; Urk. 6/23/37, 6/67/21), diese Diagnose allerdings eine Z-Dia gnose dar stellen , welche für sich allein keinen rechtserheblichen Gesundheitschaden zu begründen v ermögen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1) . Die Beschwerdeführerin verfügt zudem über Ressourcen. So spricht sie selber davon, dass im Jahr 2011 eine wesentliche B esserung eingetreten sei. Sie spüre Fort schritte, könne wieder wesentlich mehr machen und sei gelassener, was die Zukunftsperspektiven anbelange (Urk. 6/126/79). Auch die Zeit in ihrer Praxis beschreibt sie als Ressource, die ihr guttue (Urk. 6/126/81). Ausserdem stehe sie morgens um 09:15 Uhr auf, gehe nach dem Frühstück in die Physiotherapie oder ins Pilates,

erledige die Hausarbeit und bereite das Mittagessen zu. Nachdem ihr Mann mit ihr gegessen habe, räume sie die Küche auf und lege sich für ungefähr eine bis zwei Stunden hin. Am Nachmittag habe sie manchmal einen oder zwei Termine. Am Abend sei sie meistens wieder zu Hause und schaue fern bis sie gegen 23:00 bis 23:30 Uhr ins Bett gehe (Urk. 6/126/80). 5.2 . 3

Zum Komplex «Sozialer Kontext»

(BGE 141 V 281 E. 4.3. 3) geht aus dem psychi atrischen Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin seit 1990 verheiratet ist. Die Beziehung habe sich jedoch in den letzten Jahren verschlechtert. Nach den Angaben der Beschwerdeführerin kümmere sich ihr Ehemann kaum um sie, wes halb sie die Ehe teilweise als bedro ht sehe (Urk. 6/126/73). Obwohl sich die Beschwerdeführer in nun gemäss dem Bericht des D.____, Klinik für Neurologie, vom 23. August 2017 in Trennung befindet (Urk. 6/155/4), bleibt anzumerken, dass sie über ein soziales Netzwerk verfügt. So führte sie im Gutachten von Dr. B.____ aus, dass sie sich in den letzten zwei bis drei Jahren bewusst um den Wiederaufbau ihres sozialen Netzwerks gekümmert habe und sie Kontakt zu guten Kollegen und Kolleginnen habe (Urk. 6/126/74 , 6/126/88). Das soziale Netzwerk der Beschwerdeführerin hält mithin für sie mobilisierende Ressourcen bereit. 5.2 . 4

Zur Kategorie «Konsistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.4) ist schliesslich festzuhalten, dass angesichts der Alltagstätigkeit en der Versicherten (vgl. E. 5.2 . 2

hievor) nicht von einer « gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » gesprochen werden kann. Was den « behand lungs - und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck» angeht, ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Bericht von Dr. C.____ lediglich alle drei bis fünf Wochen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist (Urk. 6/142/1), was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Ausse rdem gab die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. C.____ an, seit Monaten keine antidepressive Medikation mehr einzunehmen (Urk. 6/ 142/2). 5. 2 . 5

Zusammenfassend ergibt sich aus der detaillierten Prüfung der Standardindi katoren und deren Gesamtwürdigung, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöp fung ihrer vorhandenen Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage ist, ihre angestammte Tätigkeit als selbständige Psychologin beziehungs weise als Büroangestellte ohne nennenswerte Einschränkung zu verrichten. Angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrades der diagnostizier ten Gesundheitsschädigung, der vorhandenen persönlichen und sozialen Ressour cen, der fehlenden Behandlungsresistenz und dem Fehlen eines erheblichen Leidensdrucks ist die Einschätzung von Dr. B.____ in seinem Gutachten gestützt auf das strukturierte Beweisverfahren nicht zu beanstanden. Insgesamt kommt dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. B.____ somit die nötige Beweiskraft zu (vgl. E. 1. 5). 5. 3

Hinsichtlich des Bericht s von Dr. E.____ vom 29. März 2019 (Urk. 9) ist fest zuhalten, dass aus rechtlicher Sicht grundsätzlich der Sachverhalt bis zum Erlass

der

angefochtenen Verfügung massgebend ist.

So dann wird im Bericht von Dr. E.____

lediglich die Verdachtsdiagnose einer mitochondrialen

Cytopathie als Ursache für die psychiatrische Symptomatik (mentale Erschöpfung und körperliche Leistungsabnahme) gestellt (Urk. 9 S. 2 f.) . Gemäss Laborbericht wird aufgrund der Befunde zur weiteren Abklärung eine genetische Untersuchung im Muskel empfohlen (Urk. 9 S. 4). Ausserdem attesteierte

er der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9 S. 3) , äusserte sich jedoch nicht zum zeitlichen Rahmen derselben beziehungsweise ob diese Arbeitsunfähigkeit bereits vor Verfügungserlass bestanden hat . Der Sachverhalt ist demnach nicht hinreichend geklärt.

Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Verfügungserlass wäre im Rahmen einer Neuanmeldung zu berücksichtigen. 5.4

Zusammenfassend besteht kein Anlass, um von der nachvollziehbaren, schlüssigen Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit gemäss dem Gutachten von Dr. B.____ und Dr. A.____ abzuweichen , wonach die Beschwerdeführerin spätestens seit der psychiatrischen Untersuchung am 12. Januar 2017 ihre angestammte Tätigkeit als selbständige Psychologin respektive Büroangestellte uneingeschränkt ausüben kann.

Die angefochtene Verfügung vom 17. November 2017 (Urk. 2) erweist sich damit als korrekt. Infolge des gebesserten psychischen Gesundheitszustandes hat die Beschwerdegegnerin die ganze Rente der Versicherten zu Recht auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a IVV). Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Partei kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand und unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1' 000.--) ermessensweise auf Fr. 8 00.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - 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 1

5. 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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Grünig
Fumagalli

E. 2.4

Zusammenfassend erfolgte in den bisherigen Revisionen somit zuletzt mit formloser Mitteilung vom 20. Dezember 2011 eine rechtskonforme Abklärung des medizinischen Sachverhaltes mit entsprechender Untersuchung beziehungsweise Befunderhebung, Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Für die Beantwortung der Frage nach einer anspruchrelevanten Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen ist deshalb der gesamte Zeitraum zwischen dem 20. Dezember 2011 und dem 17. November 2017 massgebend. 3.3

Der rentenbestätigenden Mitteilung vom 20. Dezember 2011 lag in medizinischer Hinsicht das interdisziplinäre Gutachten von Dr. J. ___ und Dr. K. ___ vom 9. November 2011 zugrunde, in welchem folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (Urk. 6/67/21) : - rezidivierende, schwere depressive Episode 2006, noch nicht remittiert (ICD-10: F32.2) - akzentuierte abhängige und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 : Z73.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 6/67/21): - Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom S1 rechts im Januar 2010 bei kleiner mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts im MRI vom 21. Mai 2010 - rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Beckenkamm tendinosen rechts bei Osteochondrose L5/S1 und minimalen Spondylarthrosen der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule (LWS) - leichtes zervikospondylogenes Syndrom mit myofaszialen Veränderungen okzipital und im Bereich der Trapeziusmuskulatur beidseits - femoropatellares Schmerzsyndrom links bei Status nach Unfall mit Luxation der Patella und Arthroskopie 2001 - Dekonditionierung - Status nach Sinusitiden mit operativen Vorgehen 2008 - Endometriose mit operativer Sanierung 1992 - chronische Migräne ohne Aura - Status nach Osteomyelitis linke Ferse im Alter von elf Jahren

Der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. J. ___

ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass bereits die Kindheit der Versicherten durch Ängstlichkeit und Neigung zur Depressivität beider Eltern belastet gewesen sei. Schon als Kind hätten Erkrankungen bestanden, die zum Teil dem psychosomatischen Formenkreis hätten zugeordnet werden können. Aufgrund der früh eigenen Ängstlichkeit, der hohen Empathie gegenüber Bedürfnissen anderer, dem Erreichen von Wertschätzung durch Übernahme von Verantwortung und der Leistung unter Verzicht auf angemessenes Realisieren und sogar Wahrnehmen eigener Bedürfnisse hätten sich abhängige, aber auch narzisstische Persönlichkeitszüge entwickelt, welche sich in Scham und Wertlosigkeitsgefühlen zeigen würden, wenn die Anerkennung ausbleibe beziehungsweise die Leistung nicht gelinge. So sei es bei der Versicherten als junge Frau zu einer ersten

depressiven Episode nach einer Beziehungstrennung gekommen. In beruflicher Hinsicht zeige sich diese Persönlichkeitsentwicklung durch hohen Einsatz und Leistungsbereitschaft, Unterordnung unter Bedürfnisse der Vorgesetzten und wenig Abgrenzung gegenüber der Zuteilung von Aufgaben. Ausgehend von Schlafstörungen habe sich unter diesen Umständen eine schwere depressive Episode mit Suizidalität entwickelt, welche stationär behandelt werden müsse n . Es falle auf, dass sich die Versicherte bezüglich affektiver Symptome besser wahrnehme beziehungsweise darstelle, als dies von ihr als Gutachterin beurteilt werde. Als Grund hierfür nehme sie die

nar zistischen Züge an, aber auch die Neigung, eigene Gefühle weniger gut wahrzunehmen, dafür mit Symptomen im physischen Bereich, vor allem auch Erschöpfung zu reagieren. Eine zwischenzeitlich diagnostizierte Panikstörung könne im Rahmen der depressiven Erkrankung vorkommen, sei aber nach Absetzen der Medikation remittiert geblieben. Unter den durchgeführten Behandlungen (anti depressive Medikation und Psychotherapie) und den eigenen Bemühungen, Aktivitäten aufzubauen, sei subjektiv und anhand der berichteten möglichen Aktivitäten eine langsame Verbesserung zu konstatieren. Sie beurteile die Erschöpfung im Rahmen einer protrahiert verlaufenden schweren depressiven Episode, deren Verlauf durch die Persönlichkeit der Versicherten mitgeprägt sei. Die Prognose sei als durchaus günstig einzuschätzen, aufgrund des bisherigen Verlaufs sei aber mit mindestens einem Jahr zu rechnen. Eine erneute antidepressive Medikation sei empfehlenswert und die Psychotherapie sei weiterzuführen. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der noch nicht remittierten Depression mit Erschöpfung reduziert und liege bei ungefähr 30 %. Eine genaue zeitliche Festlegung, seit wann dies gelte, sei kaum möglich. Aufgrund der Angaben der Versicherten sei dies seit circa Juni 2011 der Fall (Urk. 6/67/15 f.)

Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung hielt Dr. K.____ in seiner Teilexpertise fest, das lumboradikuläre Reizsyndrom L5/S1 rechts, welches im Jahr 2010 begonnen habe, sei mittlerweile praktisch vollständig abgeklungen . Es bestehe noch ein leichtes lumbospondylogenes Syndrom vor allem rechts mit Beckenkammtendinosen rechts bei Osteochondrose L5/S1 und minimalen Spondylarthrosen der mittleren und unteren LWS. Daneben bestehe ein leichtes femoropatellares Schmerzsyndrom links bei Status nach Unfall mit Luxation der Kniescheibe und arthroskopischer Versorgung 2001. Zudem klagte die Versicherte über eine allgemeine Muskelverspannung und eine verminderte Leistungsfähigkeit. Diese sei durch den Erschöpfungszustand während der Depression entstanden und zeige sich heute noch im Rahmen einer Dekonditionierung . So könne die Versicherte nicht länger als drei Minuten den Crosstrainer benutzen. Therapeutisch stehe die Bekämpfung der Dekonditionierung mit regelmässigem Training und Steigerung der Zeit auf dem Crosstrainer im Vordergrund. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte sowohl als Büroangestellte als auch als praktische Psychologin in wechselnd gehender, stehender und sitzender Position seit längerer Zeit vollständig arbeitsfähig. Aufgrund der Diskushernie L5/S1 rechts sei die Arbeitsfähigkeit möglicherweise anfangs 2010 während mehreren Monaten 50 % reduziert gewesen (Urk. 6/67/20). 3.4.3.4.1

Im hier zu beurteilenden Revisionsverfahren ordnete die IV-Stelle am 2. Juli 2015

zunächst die Durchführung eines Standortgespräches mit der Versicherten an und gewährte ihr Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining (Urk. 6/99) sowie ein Aufbaustraining (Urk. 6/105). Nachdem die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen worden waren (Urk. 6/109), holte sie bei den behandelnden Ärzten Dr. G.____ ,

Dr. I.____ und Dr. med. O.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. P.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin, Berichte ein (Urk. 6/100, 6/101, 6/113, 6/117, 6/120). 3.4 .2

In der Folge veranlasste die IV-Stelle ein interdisziplinäres (psychiatrisch und internistisch-rheumatologisches) Gutachten bei Dr. B.____ sowie Dr. A.____ ,

in welchem folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (Urk. 6/126/93): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen, synovialer Zyste des Facettengelenks L4/L5 links, flacher Protrusion L4/L5 mit beginnender recessaler Kompression der Nervenwurzel L5 links sowie kleiner mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts mit minimaler Dislokation der Nervenwurzel S1 rechts und leichter bis mässiger Spinalkanalstenose L4/L5 (MRI vom Januar 2017) - ohne radikuläre Zeichen - verminderte Belastbarkeit des linken Knies bei - kongenitaler Dysplasie der Patellagleitlager (Wiberg 3/4) und Status nach Patella-Luxation links 2001 mit arthroskopischer Behandlung im Februar 2002 bei - leichter bis mässiger Femoropatellar-Arthrose ohne signifikante Gonarthrose und intakten Kniebinnenstrukturen (MRI und Röntgen vom Januar 2016)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 6/126/90, 6/128/102): - langanhaltender Zustand mit ungeklärter schwerer Erschöpfungssymptomatik bei Status nach anhaltender Depression / Differentialdiagnose:

Chronisch

fatigue Syndrom (CFS) / Differentialdiagnose: andere somatische Erkrankung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) - Bewegungsstörung als tardive

Spätdyskinesie / Differentialdiagnose: Tic Störung (ICD-10: F95) - ausgedehnte chronische Schmerzen - Hypercholesterinämie (7.0 mmol/l) - chronisches Lymphödem beider Beine (Erstdiagnose 1985) - leichte zystische Veränderungen im distalen Radioulnar-Gelenk links ohne eindeutige Sklerosierungen (Röntgen vom September 2015) - Lactose-Intoleranz (Erstdiagnose 2008) - Status nach Osteomyelitis der linken Ferse (etwa 1974)

Dr. B.____

führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Januar 2017 aus, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (Urk. 6/126/90). Psychopathologisch sei die Versicherte bis auf die Erschöpfungsgefühle und die angegebenen Schmerzen unauffällig. Insbesondere würden keine affektiven Symptome mehr im Sinne einer Depression bestehen. Bezüglich der Persönlichkeit scheine eine Nachreifung stattgefunden zu haben. Aufgrund seines klinischen Eindrucks dränge sich bei fehlenden maladaptativen Kognitionen beziehungsweise regelrechter Krankheitsverarbeitung nicht das Vorliegen einer somatoformen (Schmerz)-störung auf. Auch die Differentialdiagnose einer Neurasthenie halte er für klinisch nicht überzeugend, da die Versicherte nachweislich bemüht gewesen sei, eine berufliche Leistung zu erbringen und im klinischen Eindruck nicht jenem neurasthener Menschen entspreche. Jedoch spreche sein eminent basierter

klinischer Eindruck von der Versicherten eher für das Vorliegen einer somatischen Störung, wobei das differentialdiagnostische Spektrum der möglichen Störungsbilder bei der Versicherten durch einen Wandel der Symptomatik in den letzten Jahren vor allem in das

neurologische und rheumatologische Fachgebiet gekennzeichnet sei (Urk. 6/126/88 f.).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sehe er die Erschöpfungsproblematik als weiterhin führendes Handicap an. Diesbezüglich sei das Störungsbild im Vergleich zum Referenzzeitpunkt – gemeint ist die Situation zur Zeit der Rentenzusprache im Jahre 2008 – als unverändert zu bezeichnen. Das Erschöpfungssyndrom sei keinem psychischen Störungsbild zuzuordnen, weswegen er von einem gebesserten psychischen Gesundheitszustand ausgehe. Zu betonen sei, dass keine Selbstlimitation, keine Aggravation und keine Simulation vorliegen würden, die das Erschöpfungssyndrom erklären könnte. Es sei von einem somatischen Hintergrund der Beschwerden der Versicherten auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht liege daher keine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr bei der Versicherten vor (Urk. 6/126/89 ff.).

Dr. A.____

äusserte sich in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 14. Januar 2017 dahingehend, dass die Versicherte über Schmerzen im ganzen Körper geklagt habe. Zudem sei sie erschöpft und schlafe schlecht, wes halb sie nur wenige Stunden in ihrer psychologischen Praxis arbeiten könne. Zusammenfassend bestünden bei der Versicherten teils angeborene, teils erworbene strukturelle Befunde im Bereich des linken Knies und der LWS, die ihre Leistungsfähigkeit einschränke. Die strukturellen Befunde seien jedoch nicht besonders gravierend und würden das Ausmass der Beschwerden nur teilweise erklären (Urk. 6/128/94). Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Ursache für die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei sowohl für ihre angestammte Tätigkeit als selbständige Psychologin beziehungsweise als Büroangestellte als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit müsse LWS- und Knie-schonend sein, wobei die Versicherte mit Lasten bis zu zehn Kilogramm hantieren könne (Urk. 6/128/105). 3.4 .3

Mit Vorbescheid vom 10. Februar 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Aufhebung der Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht (Urk. 6/132), wogegen jene am 13. März 2017 (Urk. 6/138) sowie ergänzend am 13. April 2017 (Urk. 6/140) und am 18. April 2017 (Urk. 6/143) unter Beilage eines Berichtes von Dr. C.____ (Urk. 6/142) Einwand erhob. Im Bericht führte Dr. C.____ im Wesentlichen aus, die Versicherte befinde sich bei ihr seit dem 6. Januar 2017 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Differenzen zwischen dem von ihr erhobenen Befund und demjenigen von Dr. B.____ gebe es vor allem in der Beschreibung der Persönlichkeit der Versicherten. Seit Ende März 2017 fühle sich die Patientin wieder schlechter, sei unter Druck, sei weinerlicher und sehe keine Perspektive mehr. Obwohl die schwere depressive Episode seit einigen Jahren nicht mehr vorhanden sei, könne sie aufgrund ihrer psychischen und körperlichen Beschwerden, vor allem der wiederholt erwähnten Erschöpfung, weiterhin nicht mehr als die bis jetzt angegebene 20 % arbeiten. Das im Jahr 2016 durchgeführte Arbeitstraining sei gescheitert, als sie gerade einmal vier Stunden pro Woche gearbeitet habe. Sie sei dabei zunehmend als mehr erschöpft und durch die Schmerzen geplagt erlebt worden (Urk. 6/142). 3.4 .4

Die IV-Stelle veranlasste danach unter anderem die Beantwortung von Rückfragen zum psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 14. Januar 2017 (Urk. 6/147). Darin kommt Dr. B.____ zum Schluss, dass Dr. C.____ zusammenfassend zu einer anderen Einschätzung

desselben medizinischen Sachverhalts gelange. Die dabei vorgebrachten Störungsbilder würden isoliert in der Krankengeschichte der Versicherten stehen, weshalb eine Zusatzdiagnostik unbegründet

sei. Aufgrund der vorgebrachten Einwände sehe er daher keine Veranlassung die von ihm in seinem Gutachten gemachten Schlussfolgerungen abzuändern (Urk. 6/147/2 f.). 3.4 .5

Gemäss der von der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 15. September 2017 eingereichten Berichten des D.____ (Urk. 6/154-155) ergebe die neuropsychologische Untersuchung der Versicherten neben den vorbekannten unwillkürlichen Zuckungen und schleuderhaften Bewegungen vordergründig eine verminderte Grundaktivierung und weitere attentionale Beeinträchtigungen sowie im Bereich der Exekutivfunktionen leichte Defizite. Sämtliche weiteren geprüften Hirnfunktionen seien intakt. Die Beschwerdeführerin wirke im klinischen Eindruck belastet und angespannt, sei aber voll kooperativ und normal leistungsorientiert. Die anamnestisch geschilderte Erschöpfungssymptomatik erweise sich im altersvergleich in der Selbsteinstufung als schwerwiegend ausgeprägt und sei auch im Verlauf der Untersuchung ersichtlich. Die Ätiologie der beschriebenen kognitiven Auffälligkeiten bleibe unklar. Aus neuropsychologischer Sicht seien die Beschwerden jedoch primär im Rahmen der psychosozialen Belastung (aktuelle Trennung vom Ehemann, Auflösung der eigenen Praxis, unklare IV-Rente) zu interpretieren. Hinsichtlich therapeutischer Massnahmen sei eine weiterhin regelmässig psychotherapeutische Anbindung klar indiziert. In Zusammenschau mit dem unauffälligen MRI-Befund vom 13. Juli 2017 erscheine eine hirnorganische Ursache der neuropsychologischen Defizite im Aufmerksamkeitsbereich unwahrscheinlich (Urk. 6/155/4). 3.4 .6

In der Folge legte die IV-Stelle die vorgenannten Berichte Dr. B.____ vor und ersuchte erneut um Beantwortung von Rückfragen (Urk. 6/156). Dr. B.____ führte diesbezüglich zusammenfassend aus, dass die durchgeführte neuropsychologische Untersuchung seine Aussage stütze und er aufgrund der vorgebrachten Einwände keine Veranlassung sehe, die von ihm in seinem Gutachten gemachten Schlussfolgerungen abzuändern (Urk. 6/157/2). 4.

4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die der Versicherten erst mals mit Verfügung vom 5. November 2008 (Urk. 6/41) zugesprochene ganze Rente der Invalidenversicherung zu Recht aufgehoben hat. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Die Beschwerdegegnerin erachtete einen solchen gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 14. Januar 2017 (Urk. 6/126, 6/128) als gegeben, da sich der Gesundheitszustand der Versicherten gebessert habe (vgl. Urk. 2).

Die aktuelle Expertise beruht auf umfassenden psychiatrischen und internistisch-rheumatologischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 6/126/5 ff., 6/128/6 ff.). Die Versicherte konnte gegenüber den Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 6/126/71 ff., 6/126/79 ff., 6/128/81 ff. und 6/128/93 ff.). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und

erläutert wurden (Urk. 6/126/88 ff., 6/128/95 ff.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 6/126/78 f., 6/126/85 ff., 6/128/97, 6/128/105). Gesamthaft erfüllt das bidisziplinäre

Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5). 4.2

Dr. B.____ führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, dass der aktuelle psychopathologische Befund weitgehend unauffällig sei und insbesondere keine affektiven Symptome mehr im Sinne einer Depression bestehen würden (Urk. 6/126/89). Zwar ging die Beschwerdeführerin – wie die Beschwerdeführerin richtig geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 9) – von einer falschen Vergleichsbasis aus, indem sie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahre 2008 begründete (vgl. Urk. 2 S. 1 f.), doch ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes auch im Vergleich zur Bestätigung der Rente mit Mitteilung vom 20. Dezember 2011 (Urk. 6/70) zu bejahen. Während Dr. J.____ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 9. November 2011 von einer aufgrund der noch nicht remittierten Depression mit Erschöpfung von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. Urk. 6/67/16),

ergab die Exploration durch Dr. B.____

in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Januar 2017 einen psychopathologisch weitgehend unauffälligen Befund, weshalb er eine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr verneinte (Urk. 6/126/91). 4.3

Nach dem Gesagten liegt ein Revisionsgrund vor, da sich der psychische Gesundheitszustand seit der Mitteilung vom 20. Dezember 2011

wesentlich gebessert hat. Es handelt sich nicht um eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass insbesondere auf die Beurteilung von Dr. B.____ nicht abgestellt werden könne (vgl. Urk. 1 S. 12 ff.), kann ihr nicht beigeplichtet werden. Zum einen ist es zwar richtig, dass Dr. B.____ in seinem Teilgutachten von einem in Bezug auf die Erschöpfungsproblematik im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache unveränderten Störungsbild ausging, gleichzeitig begründete er aber einen psychopathologisch weitgehend unauffälligen Befund, bei welchem insbesondere keine affektiven Symptome mehr im Sinne einer Depression feststellbar waren (vgl. Urk. 6/126/89). Dabei handelt es sich nicht um eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, weshalb eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu bejahen ist. Im Übrigen ist unerheblich, dass Dr. B.____ in seinem Gutachten davon ausgeht, dass die Kriterien für eine schwere Depression bereits im Jahre 2011 nicht mehr erfüllt gewesen seien (vgl. Urk. 1 S. 13), da die Rente für diesen Zeitpunkt gestützt auf das Gutachten von Dr. J.____ mit Mitteilung vom 20. Dezember 2011 bestätigt wurde. Erst dieser Zeitpunkt ist

für die Prüfung eines materiellen Revisionsgrundes entscheidend.

Weiter ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist denn auch nicht stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden

Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Eben solche Aspekte sind im konkreten Fall nicht ersichtlich. Darüber hinaus verfügte Dr. B._____

über detaillierte Kenntnis der vorangegangenen ärztlichen Einschätzungen und zog diese in seine

Beurteilung mit ein (vgl. E. 4.1). Mangels entsprechender objektiver Befunde lässt sich die von Dr. C._____ attestierte 20%ige Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen (vgl. Urk. 6/142). Darüber hinaus geht aus dem Bericht des D._____, Klinik für Neurologie, vom 23. August 2017 hervor, dass die Beschwerden aus neuropsychologischer Sicht primär durch psychosoziale

– und damit invaliditätsfremde – Belastungsfaktoren (Trennung vom Ehemann, Auflösung der eigenen Praxis, unklare IV-Rente) geprägt sind, wobei die behandelnden Ärzte nicht dazu Stellung nahmen, inwiefern eine von dieser Belastungssituation verursachte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegt. In diesem Kontext ist zudem anzumerken, dass die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen nur solange auf den tatsächlichen Leidensdruck hinweist, als das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Gesamthaft vermögen die beiden erwähnten Berichte jedenfalls die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. 4.3

In somatischer Hinsicht kann ohne Weiteres auf die überzeugende Schlussfolgerung von Dr. A._____ in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten abgestellt werden, wonach die Versicherte ihre angestammte Tätigkeit als selbstständige Psychologin respektive Büroangestellte uneingeschränkt ausüben kann. Als ebenso schlüssig erweist sich in Anbetracht der erhobenen Befunde sowie der gestellten Diagnosen die Einschätzung, dass eine leidensangepasste Tätigkeit LWS- und knieschonend sein müsse, wobei die Versicherte mit Lasten bis zu zehn Kilogramm hantieren kann (Urk. 6/128/105). Die Parteien zweifeln diese Beurteilung nicht an, weshalb sich Weiterungen dazu erübrigen. 5. 5. 1

Ob die von Dr. B._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von weniger als 20 % überzeugt ist, anhand des vom Bundesgericht für sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen (vgl. oben E. 1.4). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist dabei sinn gemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). 5.2 5.2.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung»

(BGE 142 V 281 E. 4.3.1) ist zunächst festzuhalten, dass Dr. B. ___ die depressive Symptomatik als gegenwärtig remittiert eingestuft hat (Urk. 6/126/89 f.), was in Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde schlüssig erscheint (vgl. bereits E. 4.2). Die Ver sicherte sei in ihrer Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Lediglich bei berührenden Themen bestehe eine Affektinkonsistenz. Sie habe während der Untersuchung mehrfach lachen können und sich rege am Gespräch beteiligt. Während des über zweistündigen Untersuchs seien keine Störungen des Kurz - oder Langzeitgedächtnisses objektivierbar gewesen. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration hätten gut gehalten werden können, ein Abfall sei mit zunehmender Dauer der Exploration jedoch gegeben. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz ungestört. Es bestehe keine Einengung des inhaltlichen Denkens, kein Gedankenkreisen und keine Fixierung auf die Schmerzen oder sonstigen Beschwerden. Sonstige Hinweise für Wahn, Sinnestäuschung sowie Ich-Störung im Sinne von Gedankeneingebung, -ausarbeitung oder – beeinflussung, Derealisation und Depersonalisationen würden sich nicht eruieren lassen. Die Freudfähigkeit und die Interessen der Explorandin seien nicht eingeschränkt und der Antrieb nicht gemindert (Urk. 6/126/ 82 ff.). Der psychiatrische Befund deutet damit nicht auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung hin.

Im Weiteren ist in Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungs resistenz» mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine Therapieresistenz der depressiven Störung vorliegt. Dr. B. ___ hielt diesbezüglich lediglich fest, dass die Versicherte einmal monatlich in psychotherapeutischer Behandlung sei (vgl. Urk. 6/126/81).

Hinsichtlich des Indikators «Komorbiditäten» (BGE 142 V 281 E. 4.3.1.3) ist anzumerken, dass keine psychische Begleiterkrankung vorliegt. Auch eine funktionell relevante körperliche Begleiterkrankung als ressourcenhemmender Faktor liegt nicht vor. In Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erscheint es unwahrscheinlich, dass eine ressourcenhemmende Wechselwirkung vorliegt. 5.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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