

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00631 vom 22. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00631

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00631 du 22 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00631 del 22 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

mit Hinweisen), was auf das vorliegende K.____-Gutachten zutrifft. 5. 9

Die Würdigung der medizinischen Akten in somatischer Hinsicht ergibt sodann, dass sich der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum gestützt auf das vorliegende Gutachten insofern verschlechtert hat, dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit als Sekretärin, das heisst in einer leichten nicht-schulterbelastenden Tätigkeit, nur noch zu 80 % arbeitsfähig ist.

Die dagegen vom behandelnden Psychiater geäusserte Kritik (vgl. vorstehend E.

4.7)

erweist sich als fachfremd und vermag nicht zu überzeugen.

Der Vergleich

der im orthopädischen Teilgutachten erhobenen Beweglichkeitsmesswerte mit den vom behandelnden Orthopäden gemessenen Werten ergibt gerade keine massive Abweichung, wie dies der behandelnde Psychiater aufzuzeigen versucht. Der behandelnde Orthopäde erhob im Bericht der Klinik A.____ vom 25. Juli 2013 (vorstehend E. 4.2) bei der aktiven Beweglichkeit der rechten Schulter eine Flexion von 90°. Dagegen wurde im orthopädischen Teilgutachten eine aktive Flexion von 100°

erhoben (vgl. Urk. 6/59/88). Der vom behandelnden Psychiater angegebene Wert von 160° entspricht demjenigen der passiven und nicht der aktiven Flexion, wodurch sich die von ihm postulierte massive Abweichung erklären lässt.

Wie bereits ausgeführt,

sind

für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechtserheblich einzuschränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen, sondern erst deren Folgeabschätzung entscheidend. So ist es Aufgabe des Arztes, 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). Die Berichte der Klinik A.____ bieten hierfür keine genügende Grundlage, lässt sich beispielsweise dem Bericht der Klinik A.____ vom 25. Juli 2013 (vgl. vorstehend E. 4.2) einzig entnehmen, dass die Beschwerdeführerin schmerz- und funktionsbedingt derart in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sei, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, wobei keine Angaben zu funktionellen Einschränkungen gemacht wurden. Weiter lassen sich dem Bericht keine Aussagen zu möglichen adaptierten Tätigkeiten entnehmen respektive bleibt unklar, ob sich die Einschätzung auch auf eine allfällige nicht-schulterbelastende (Verweis-)Tätigkeit bezog. Hier bei zeigt sich wiederum (vgl. auch vorstehend E.

5.7) , dass die in ständiger Rechtsprechung anerkannte Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen) von erheblicher Bedeutung ist, haben doch die Berichte der behandelnden Ärzte rechtsprechungs gemäss nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten.

In dieser Hinsicht hielt der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar fest

(vgl. Urk. 6/59/ 24 Mitte) , dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in der nicht-schulterbelastenden Tätigkeit in einem Sekretariat mit Telefonbedienung und PC-Arbeit mittelfristig kaum zuzuerkennen sei . Die Diskrepanz zur vollen Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch die Klinik A.____

sei damit zu erklären, dass die damalige Attestierung aus der reapeutisch-rehabilitativer Sicht und zu einem anderen Zeitpunkt im natürlicherweise zu erwartenden Verlauf dieser Erkrankung erfolgt sei und dass funktionelle und versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsaspekte damals wohl noch keine Rolle gespielt hätten .

Gegen die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit spricht schliesslich auch, dass im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 4.4), bei beinahe identischen Messwerten der Schulterbeweglichkeit im Vergleich zum Bericht der Klinik A.____ (vgl. vorstehend E. 4.2), trotz Belastungseinschränkung des dominanten rechten Armes eine leidensangepasste leichte Tätigkeit als vollzeitig zumutbar erachtet wurde.

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des

Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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

5. Juni 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten vom 21. Oktober 2014 (Urk. 6/59), davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als Sekretärin als auch in jeder anderen leichten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Die psychiatrische Diagnose der leichten depressiven Erkrankung sei ein vorübergehendes Leiden, sei überwindbar und begründe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beurteilung im Gutachten sei nicht einleuchtend. Med.

pract .

Y. ___ zeige auf, dass insbesondere die psychiatrische Diagnosestellung und Beurteilung falsch seien und es widersprüchliche Aussagen im Gutachten gebe (S.

4 oben). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin liege nicht einfach nur eine andere Beurteilung des Sachverhalts vor (S.

3 unten). Zusammenfassend sei ersichtlich, dass auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten nicht abgestellt werden könne, womit der vorliegende Prozess aufgrund einander widersprechender Berichte nicht erledigt werden könne (S. 4 Mitte). Im Übrigen seien Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Beschwerden nicht gewürdigt worden (S. 4 unten).

E. 2.3

), kann ihr nicht gefolgt werden. Bei

ihrer

Schlussfolgerung verkennt sie, dass die Differenzierung zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode auf einer komplexen klinischen Beurteilung beruht, die nicht nur die Anzahl, sondern auch die Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /

Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 171). Wie der behandelnde Psychiater zunächst richtigerweise festhält, werden die von ihm genannten Symptome im Gutachten aufgeführt, im Hinblick auf das eben Gesagte unterscheiden sie sich jedoch

(teilweise deutlich) in ihrer Art und vor allem Schwere.

So sprechen die Gutachter von gelegentlichen pessimistischen Zukunftsgedanken, von einem eher leicht ausgeprägten Grübeln und nur von einer gewissen Reizbarkeit und Frustrationsintoleranz. Trotz der von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Gedächtnisstörungen und Reduktion der Konzentrationsfähigkeit sei im Rahmen der Untersuchung kein Abfall der Aufmerksamkeit beobachtbar gewesen. Der subjektive Ausprägungsgrad widerspiegeln sich in der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Fähigkeit, Auto

fahren zu können. Es würden leichte Konzentrationsstörungen mit nur mässigen Auswirkungen aufs Lesen und ohne Auswirkung aufs Autofahren und Filmeanschauen bestehen. Weiter gehen die Gutachter lediglich von einem eher geringgradig gestörten Schlaf aus. Trotz der zweifelsfrei bestehenden Schmerz- und Depressionssymptomatik beschrieben die Gutachter einen noch einigermaßen geregelten Tagesablauf und sprachen von angemessener körperlicher Pflege. Bei Anzeichen eines Lebensüberdusses verneinten die Gutachter aktuell wie auch rückblickend des Weiteren eine Suizidalität (vgl. zum Ganzen Urk. 6/59 S. 18 unten f.).

Inwiefern die Beschwerdeführerin weiter aus der Aussage im Gutachten, wo nach ihre sozialen und häuslichen Aktivitäten fortgesetzt würden und daraus die leichtgradigen Symptome begründet worden seien (Urk. 1 S. 4 Mitte), in den Befunden jedoch von „Schwierigkeiten, die beruflichen und häuslichen Aktivitäten fortzusetzen“ die Rede sei, sinngemäss eine Diskrepanz herzuleiten versucht, kann ihr nicht gefolgt werden. Dazu ist aus rechtlicher Sicht zu bemerken, dass die Schweregradbeurteilung klinisch erhobener psychiatrischer Befunde nicht allein auf den subjektiven Eindruck des Untersuchers abgestützt werden können, sondern anhand überprüfbarer Informationen über die Alltagsbewältigung zu validieren sind. Nichts anderes haben vorliegend die Gutachter getan, indem sie die von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Einschränkungen anhand ihrer Alltagsbewältigung validiert haben und zum Schluss gekommen sind, dass zwar Schwierigkeiten bestehen, die beruflichen und häuslichen Aktivitäten fortzusetzen, die Beschwerdeführerin jedoch die sozialen und häuslichen Aktivitäten dennoch fortsetze. Nichts Gegenteiliges lässt sich hierzu im Übrigen den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 entnehmen. Darin wird im Zusammenhang mit der leichten depressiven Episode ausgeführt, dass „Betreffende Schwierigkeiten hätten, ihre normale Berufstätigkeit und ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen, die alltäglichen Aktivitäten jedoch nicht vollständig aufgeben würden“ (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S.

172 unten) . Dies lässt sich im Hinblick auf die (Schweregrad-)Beurteilung auf das vorliegende Gutachten

ü bertragen. Die Gutachter halten diesbezüglich sogar fest, dass die sozialen Aktivitäten der Beschwerdeführerin kaum betroffen seien (vgl. Urk. 6 /59 S. 19 oben) .

Dass die Gutachter daher von insgesamt leichteren Symptomen ausgingen, er scheint im Hinblick auf die Tagesaktivitäten der Beschwerdeführerin nachvollziehbar. 5. 6

Nicht anders ergibt sich

aus

den übrigen Vorbringen hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens. Nach dem Gesagten vermag die Beschwerdeführerin nicht darzulegen, weshalb die von den Gutachtern vorgenommene Schweregradbeurteilung nach eingehender klinischer Untersuchung , der Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Kenntnis der Vorgänge , der zusätzlich durchgeführten Testdiagnostik und Berücksichtigung der Alltagsbewältigung nicht zu einer objektiven Beurteilung geführt haben soll. Die Beschwerdeführerin verkennt, dass es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt , welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hinweisen).

Der behandelnde Psychiater (vorstehend E. 4. 5 und E. 4.7) vermag demgegenüber keine wichtigen , nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. vorstehend E. 5.4).

Soweit der behandelnde Psychiater vorbringt, dass mit den gemäss Gutachten knapp erfüllten Kriterien für die Zusatzdiagnose des somatischen Syndroms wohl die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemeint und es daher nicht nachvollziehbar sei, warum diese schliesslich in den Diagnosen unter schlagen werde

(vorstehend E. 4. 7) , ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um Symptome handelt, die zusätzlich zu einer Depression auftreten können und entsprechend in der Kodierung mit der fünften Stelle gekennzeichnet werden (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 170 unten, S. 172 unten) . Weshalb vorliegend von keiner somatoformen Schmerzstörung, sondern viel mehr von einer allfälligen Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen ist, wird im psychiatrischen Teilgutachten überdies nachvollziehbar ausgeführt (vgl. Urk. 6/59/19 unten).

Nachdem nicht einmal der behandelnde Psychiater eine Persönlichkeitsstörung attestierte (vgl. vorstehend E. 4.5) , die Gutachter diesbezüglich eingehend aus führten, dass die dazugehörigen Eingangskriterien nicht eindeutig erfüllt seien und sich auch in der bisherigen Erwerbsbiographie keine entsprechenden Beeinträchtigungen zeigten , ist auf die diesbezüglich vorgebrachte Kritik (vgl. vorstehend E.

4. 7)

nicht weiter einzugehen. Nicht zu hören ist ebenfalls die Kritik hinsichtlich des Verlaufs der psychiatrischen Erkrankung und der diesbezüglichen Nichtberücksichtigung der im Jahr 2012 vom

früheren behandelnden Psychiaters

festgehaltene Symptomatik (vgl. vorstehend E. 4.7), da aus diesem Bericht eindeutig hervorgeht, dass weder eine psychiatrische Diagnose noch eine Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen besteht (vgl. vorstehend E. 3.4). 5.7

Zu berücksichtigen bleibt schliesslich, dass sich

die unterschiedliche Beurteilung einer Symptomatik durch Gutachter und behandelnde Ärzte aus deren unterschiedlicher auftragsrechtlicher Situation ergibt. Denn bei behandelnden Ärzten gehört die Beurteilung der Auswirkungen von Krankheitssymptomen auf die Arbeitsfähigkeit zum therapeutischen Auftrag. Sie müssen daher ihre Beurteilung - soweit medizinisch vertretbar - mit der Selbsteinschätzung des Patienten in Einklang bringen, (ihn überzeugen) können und gegebenenfalls - aus Rücksicht auf das für den Therapieerfolg wichtige Vertrauensverhältnis - bei der Bewertung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen dessen Einschätzung folgen. Demgegenüber hat der von einem Sozialversicherungsträger oder von einem Gericht beauftragte Gutachter die Krankheits- bzw. Behinderungsüberzeugung des Exploranden zwar auch in seine Beurteilung einzubeziehen, ist aber verpflichtet, die Schwere der (von ihm selbst klinisch festgestellten oder von anderen - insbesondere behandelnden - Ärzten berichteten) Symptomatik aufgrund aller aktenkundigen Informationen über Defizite und Ressourcen des Exploranden zu validieren. Die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen verschaffen dem polydisziplinären Gutachten daher einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen). 5.8

Unbehelflich ist letztlich die Kritik der Beschwerdeführerin, wonach die im Gutachten bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von Seite 29 zu Seite 30 ohne jegliche Angaben von Gründen von 30 auf 20 % reduziert werde (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2.2, so auch der behandelnde Psychiater vgl. vorstehend E. 4.7). Bei genauem Betrach ten ist ersichtlich, dass es sich bei der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung auf Seite

30 um die bescheinigte Arbeitsfähigkeit von somatischer Seite her handelt, wo gegen diejenige auf Seite 29 der Gesamtarbeitsfähigkeit entspricht.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass es nicht verständlich sei, warum die in den Teilgutachten festgehaltenen Arbeitsunfähigkeiten gesamthaft dann nur eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % ergeben würden und die diesbezüglichen Wechselwirkungen nicht gewürdigt worden seien (Urk. 1. S. 4 Ziff. 3), verkennt sie, dass sich die einzelnen fachbereichsbezogenen Arbeitsunfähigkeiten in der Regel nicht additiv verhalten, sondern sich teilweise oder sogar ganz decken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013, E. 4.3.1 mit Hinweis). Zweck einer interdisziplinären Begutachtung ist es gerade, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln erhobenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Folglich kommt einer solchen abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit insbesondere dann grosses Gewicht zu, wenn sie

auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt ist (vgl. Urteil 9C_262/2013 vom 5. Juni 2013 E.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde . Dies wurde der Beschwerdeführerin am 25. August 201

E. 5.1

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 2. Mai 2012 mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Urk. 2).

E. 5.2

Für die Beantwortung der Frage, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch relevanten Weise eingetreten ist, kann auf das K.____-Gutachten vom 21. Oktober 2014 abgestellt werden (vorstehend E. 4. 6): Das Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1. 4). Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf internistischen, rheumatologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet. Die Gutachter kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin sämtliche körperlich leichten, nicht-schulterbelastenden Tätigkeiten , wozu die erlernte Tätigkeit als Floristin wie auch die zuletzt ausgeübte Arbeit als Sekretärin zu zählen seien ,

im Umfang von 70 %

zumutbar seien .

E. 5.3

Die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise vorgebrachten Aspekte

(vgl. Urk. 1) betreffen im Wesentlichen den Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachtens und beziehen sich vorwiegend auf die psychiatrische Beurteilung . Dabei stützt sie sich weitestgehend auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters zum vorliegenden Gutachten (vorstehend E. 4. 7).

E. 5.4

Einerseits liegt es in der Natur der Sache, dass einer psychiatrischen Einschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Es zeigt sich zudem, dass behandelnde und begutachtende Psychiater, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und -invalidenversicherungsrechtlich entscheidend - deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu

Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten ist es

rechtsprechungsgemäss

da her nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4).

Dies ist wie in den nachfolgenden Erwägungen aufgezeigt

vorliegend nicht der Fall, berücksichtigt das Gutachten doch sämtliche von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen geklagten Beschwerden sowie die von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde.

E. 5.5

Soweit die Beschwerdeführerin die Ansicht vertritt, dass anhand der vom Gutachter beschriebenen Symptome die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt werden müsse (Urk. 1 S.

3 f.

Ziff.

E. 5.10

Da den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung rechtmässig eingeholten Gutachten Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E.

3b/ bb), steht nach dem Gesagten einem Abstellen auf das vorliegend von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten nichts entgegen.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aufgrund der gestellten Diagnosen nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden kann.

Daran vermögen auch die Ergebnisse der beruflichen Abklärung der Klinik D.____ (vgl. vorstehend E. 4.3), welche -

wie im Gutachten richtigerweise festgehalten wurde - nicht auf einer ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruhen, nichts zu ändern (vgl. dazu

vorstehend E. 4.6). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

Infolge Neuanschreibung im Juni 2013 ist vor liegend in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG ein Leistungsanspruch somit frühestens ab Dezember 2013 möglich.

Da die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erst ab Untersuchungszeitpunkt im Juni 2014 gilt, stellt sich vorliegend die Frage, wie der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin davor zu beurteilen ist. Die Gutachter führten dazu aus, dass der medizinische Verlauf komplex sei, was sich daran zeige, dass die Beschwerdeführerin eine Zweit- und Drittmeinung zu ihrer Schulter einholen liess (vgl. vorstehend E. 4.6). Zum Verlauf hielten die Gutachter unter anderem fest, dass sich die Situation im Dezember 2011 durch die Ausbildung einer sekundären Frozen

shoulder verschlechtert habe, was eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % nach sich gezogen habe. Nach der vierten Operation am 2. Oktober 2012 sei für eine Dauer von zwei bis drei Monaten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Üblicherweise könne dann meist eine schrittweise Erhöhung des Arbeitspensums erfolgen. Im vorliegenden Fall werde in den Folgemonaten jedoch über unveränderte Schmerzen und Bewegungseinschränkungen berichtet. Ab dem Zeitpunkt der ersten kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juni 2013 (vgl. Urk. 6/26/22-26) könne jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist vorliegend davon auszugehen, dass die im Juni 2014 attestierte Arbeitsfähigkeit bereits im Dezember 2013 bestanden hatte. Dafür spricht auch, dass den Gutachtern die im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 4.4)

angenommene volle Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem Sekretariat etwas abstrakt hoch gegriffen erschien und die Schwierigkeiten des Schmerz-Copings

und die möglichen leistungsmindernden Nebenwirkungen einer adäquaten Analgesie respektive sonstigen Medikation und eine schmerzbedingte Leistungsschwundigkeitsminderung nach nun langjährigem Verlauf wahrscheinlich nicht genügend berücksichtigt worden seien (vgl. Urk. 6/59/24 Mitte) .

E. 6.2

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rentenablehnenden Verfügung vom 2. Mai

2012 (Urk. 6/21) zwar verändert (vgl. vorstehend E.

5.2) , jedoch nicht in einer anspruchsbegründenden Weise verschlechtert hat .

Auch in erwerblicher Hinsicht ist keine wesentliche Änderung eingetreten, welche den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen vermag.

Vor diesem Hintergrund kann die vorliegend unbestritten gebliebene , hinsichtlich der geltenden Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2) wohl aber zu bejahende

Nichtberücksichtigung der aufgrund einer leichten depressiven Episode gutachterlich attestierten psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin offen bleiben, da auch unter Berücksichtigung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit - gegenüber der von der Beschwerdegegnerin aufgrund der somatischen Beschwerden berücksichtigten 20%igen Arbeitsunfähigkeit - kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde. Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und insbesondere die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt.

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich ist nach Lage der Akten nicht zu beanstanden und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht

gerügt. Unbestritten blieb auch die Qualifikation der Beschwerdeführerin mit einem Anteil im Erwerbsbereich von 80 % und im Haushaltsbereich von 20 %

(vgl. Urk. 2 S. 3).

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens 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: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, unter Beilage des Doppels von Urk. 5 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

E. 8

kg unter ungünstigen Hebeln, in günstiger Belastungsposition (körpernah, bis Lendenhöhe) über 20 kg sollte vermieden werden.

Leichte (angepasste) Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopfarbeiten seien medizinisch-theoretisch voll schichtig zumutbar (S. 2 unten).

Für die angestammte Tätigkeit als Sekretärin und für jede angepasste Tätigkeit mit dem dargestellten Belastungsprofil ergebe

sich medizinisch-theoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (angestammt= angepasst) ab Mai 20

E. 11

S.

18 Rückseite bis 22) als Diagnosen einbezogen

Shoulder Syndrome (rechts), eine schwere Depression (ICD-10 F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0) sowie ein sexueller Missbrauch in der Kindheit (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei in Gutachtersituationen stets darum bemüht, einen bestmöglichen Eindruck zu hinterlassen. Offensichtlich sei es einigen Gutachtern nicht gelungen, hinter diese Fassade zu blicken. Statt zu aggravierend, wie es möglicherweise in einer Gutachtersituation denkbar wäre, neige die Patientin dazu, Beschwerden zu bagatellisieren. In den aktuellen Sitzungen seien eine depressive Verarbeitungsstruktur unter somatisierender Einbeziehung deutlich geworden. Die Beschwerdeführerin habe gelernt, negative Gefühle nicht mehr zu spüren, da sie als Tochter, Sekretärin und Mutter stets funktionieren müsse. Für andere da zu sein sei wichtiger gewesen als die eigene Befindlichkeit. Eine somatische Ausprägung in Form massiver Schmerzen sei erfahrungsgemäss die konsequente Symptombildung.

Ein Blick auf die aktuelle Medikation lasse auch den Laien erahnen, wie gross die Schmerzen sein müssen. Darüber hinaus sei die Medikation aber nicht geeignet, die Schmerzen komplett unter Kontrolle zu halten, so dass die Beschwerdeführerin, gerade nach belastungsreichen Situationen, lange Ruhepausen einlegen müsse, damit die Schmerzen überhaupt erträglich bleiben.

Als klassische Zeichen der Depression fänden sich Durchschlafstörungen, Morgentief, Antriebslosigkeit, gedrückter Affekt, der hypoman abgewehrt werde, und eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit. Die Beschwerdeführerin sei

allein aufgrund der psychischen Symptome dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. Eine Berentung sei empfohlen worden (S. 2). 4. 6

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, med. pract. H.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten im Gutachten des K.____ vom 21. Oktober 2014 (Urk. 6/59) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 unten f.): - chronische Schulterschmerzen rechts mit massiger schmerzhafter Beweglichkeitseinschränkung /Schultersteife ohne muskeltrophische Störungen und mit in konstantem leichtem

Schonungsverhalten in der Untersuchungssituation - Status nach Schulterkontusion rechts am 30. Dezember 2006 (Sturz beim Skifahren) und am 18. Januar 2011 (Sturz auf Eis) - Status nach mehrfachen diagnostischen und operativen Schultereingriffen rechts - 29. Mai 2007 arthroskopische

subakromiale Dekompression, Akromioplastik, offene AC-Gelenksresektion bei Impingement-Symptomatik - 8. Juli 2008 arthroskopische

subakromiale

Bursektomie, Re-Akromioplastik und AC-Gelenksresektion bei AC-Gelenkschmerzen - 1. April 2011 arthroskopische

Bursektomie, laterale öffnende Akromioplastik, AC-Gelenksresektion, Débridement einer SLAP-Läsion - 2. Oktober 2012 arthroskopische Bizeps-Tenotomie, intraartikuläres und subakromiales

Débridement, Kapsulotomie, laterale Re-Akromioplastik - aktuell klinischer Verdacht auf adhäsive Kapsulitis im Ablauf, Beweglichkeitseinschränkung etwas in Besserung seit Anfangs 2014 - muskuläre Nackenverspannungen rechts - leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.00) - nach Anpassungsstörung 2012 nach Operation und Kündigung - bei Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit - unter spezifischer Psycho- und Psychopharmakotherapie - bestehend seit 2012

Gesamtmedizinisch liegt ein Mischbild von unfallbedingten, rechtsseitigen Schulterbeschwerden und einer leichtgradig ausgeprägten affektiven Erkrankung mit somatischem Syndrom vor.

Das Fortbestehen rechtsseitiger Schulterbeschmerzen könne rheumatologisch und orthopädisch unter Berücksichtigung der

Vorakten, der Anamnese, der Untersuchungsbefunde und dem aktuell durchgeführten MRI der rechten Schulter nachvollzogen werden. Die Persistenz von Beschwerden sei nach gutachterlicher Einschätzung als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal anzusehen.

Nicht gänzlich nachvollziehbar sei hingegen das berichtete, invalidisierende Ausmass der Beschwerden, passend dazu könne eine für diesen Fall zu erwartende, deutliche Atrophie der Schultermuskulatur und Inaktivitätsosteoporose nicht bestätigt werden (S. 28 unten).

In der psychiatrischen Begutachtung gebe die Beschwerdeführerin an, unter einer Depression zu leiden. Entsprechende Symptome würden sich in Form einer deprimierten Stimmung, einer Schwankung der Grundstimmung, einem leicht ausgeprägten Grübeln und einer gewissen Reizbarkeit und Frustrationsintoleranz zeigen, andererseits zeige sich auch eine spontane und kontextbezogene Aufhellbarkeit. Auch die täglichen Aktivitäten mit Spaziergängen, dem Ausüben von Hobbys, einem einigermaßen geregelten Tagesablauf und einer angemessenen Körperpflege sprächen für (richtig wohl gegen) einen schwereren Ausprägungsgrad der affektiven Erkrankung (S.

28 unten; vgl. auch S.

18 f.). Obwohl die

Explorandin Gedächtnisstörungen und eine Reduktion der Konzentrationsfähigkeit beklage, liessen sich diese in keinem der Gutachten klinisch erfassen, so dass sich die

Beschwerdeführerin in die sem Punkt zu unterschätzen scheine . Die Kriterien für die Zusatzdiagnose eines somatischen Syndroms seien erfüllt. Eine Kausalität zwischen den psychischen Beschwerden und den Unfall ereignissen

lasse sich nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlich keit postulieren. Vielmehr sei davon auszugehen , dass es im Rahmen einer Konfliktsituation am Arbei tsplatz und der erfolgten Kündi gung zu einer An passungsstörung

gekommen sei , welche in die leichte depressive Erkrankung übergegangen sei . Zusätzlich zu dem bisher Aufgeführten bestehe der Verdacht auf eine migränoide Kopfschmerzerkrankung mit Auftreten in grösseren Ab stän den von 6-8 Wochen, welche bei Bedarf medikamentös, beispielsweise mit

Tryptane n behandelt werden könne. Aus internistischer Sicht werde eine Kon trolle des Blutdrucks sowie der unspezifischen, leicht erhöhten Entzündungs faktoren empfohlen , welche in ihrer Konstellation am ehesten für einen zum Zeitpunkt der Begutachtung asymptomatischen Infekt sprechen würde n (S. 29 oben) .

Sowohl für die erlernte Tätigkeit als Floristin wie auch für die zuletzt ausgeübte Arbeit als Sekretärin besteh e eine Gesamtarbeitsfähigkeit in Höhe von 70 % be zogen auf ein volles Arbeitspen sum von 100 % . Ausschlaggebend für die Höhe der Arbeitsunfähigkeit sei in erster Linie die af f ektive Erkrankung, welche zu einem erhöhten Erholungsbedarf und einem verlangsamten Ar beitstempo führe.

In dieser Einschränkung sei bereits die auf Grund der Schulterschmerzen not wendige, zusätzliche Erholungszeit eingeschlossen (S.

29 Ziff. 7.2) . Die Beschwer deführerin sei für sämtliche körperlich leichten, nicht-schulterbelastenden Tätigkeiten in dem genannten Umfang arbeitsfähig (S. 29 Ziff. 7.3) .

Die Gutachter führten weiter aus , dass sich i n der Beurteilung der Arbeitsfähig keit eine Diskrepanz zur beruflichen Abklärung der Klinik D.____

zeige , gemäss derer die Beschwerdeführerin lediglich in einem Umfang von zwei bis zweieinhalb Stunden pro Tag und im Rahmen eines Arbeitsversuches als arbeits fähig erachtet wurde. Hierzu sei zu bemerken, dass im Rahmen einer solchen Abklärung auf das Verhalten und die soziale Interaktion abgestellt werde , während die Diagnosen und die resultierenden Funktionseinschränkungen in der Regel nicht bekannt seien . Eine solche Verhaltensbeobachtung könne sinnvoll sein, beispielsweise um die Compliance und Arbeitsmotivation zu be werten, ersetze jedoch nicht eine ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte (S. 31 oben) .

Zum zeitlichen Verlauf hielten die Gutachter fest, i m Dezember 2011 habe sich die Situation durch die Ausbildung einer sekundären Frozen

s houlder ver schlechert, was eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50

% nach sich ge zogen ha b e. Nach der vierten Operation am

2. Oktober 2012 sei für drei Monate eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Üblicherweise könne dann meist eine Aufstockung des Arbeitspensums erfolgen. V orliegend würden in den Folge monaten jedoch über unveränderte Schmerzen und Bewegungseinschränkungen berichtet, was eine weitere 100% ige

Arbeitsunfähigkeit erklärbar gemacht habe . Ab dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Juni 2013

könne jedoch eine 50 % ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Aktuell zeigt sich die Beweglichkeit gegenüber den Vorbefunden gebessert, weshalb von somatischer Seite her eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % möglich sein müsste (S. 31 Ziff. 2 sowie S. 18 Ziff. 2 des orthopädischen Teilgutachtens) . 4. 7

Med. pract . Y.____ (vorstehend E.

4.5) führte in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 (Urk. 6/67) aus, im Gesamtgutachten verringere sich die von den Gutachtern bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von Seite 29 zu Seite 30 ohne jegliche Angaben von Gründen von 30 auf 20 % . Darüber hinaus falle auch ein ausgesprochen ungenauer Umgang mit den persönlichen Daten der Beschwerdeführerin im Gutachten und den verschiedenen Teilgutachten auf. Je nach Gutachter würden die Personendaten erheblich variieren.

Im orthopädischen Teilgutachten würden die Befunde des Gutachters massiv von den durchgehend und über einen längeren Zeitraum vom behandelnden Orthopäden erhobenen Befunden abweichen. Trotz Vorliegen neuerer Befunde zum Zeitpunkt der Begutachtung beziehe sich der Gutachter nur auf länger zurück liegende Untersuchungsbefunde (S. 1 unten). Ausgehend von den bei der Begutachtung gemessenen Werten, komme der Gutachter zur fehlerhaften Einschätzung, dass sich die Beweglichkeit der Beschwerdeführerin massiv gebessert habe und eine weitere Verbesserung zu erwarten sei. Darüber hinaus bemerke der Gutachter, dass er selbst „aufgrund der Bewegungseinschränkungen und der Schmerzempfindlichkeit“ die Begutachtung nur eingeschränkt durchführen können. Die fortlaufend vom behandelnden Orthopäden gemessenen Werte würden eindeutig einen gleichbleibenden Zustand, zuletzt sogar eine deutliche Verschlechterung zeigen (S. 2 oben).

Zum psychiatrischen Teilgutachten führte er aus, der Gutachter komme abweichend von seinen eigenen Befunden zum Ergebnis, dass nur eine „leichte depressive Episode“ vorliege und begründe dies damit, dass „soziale und häusliche Aktivitäten fortgesetzt werden“. In den Befunden schreibe der Gutachter jedoch von „Schwierigkeiten, die beruflichen und häuslichen Aktivitäten fortzusetzen“ (S. 3 unten). Weiter begründe der Gutachter

die Diagnose damit, dass der Hamilton- und MADRS-Test im Ergebnis eine leichte depressive Episode zeigen würden . Beide Tests enthielten jedoch ausschliesslich die subjektiven Eindrücke des Begutachters, ohne eine Selbstbeurteilung durch die Probandin zu ermöglichen.

Beide Tests würden hier eine Objektivität vortäuschen , die aber gar nicht vorhanden sei . Diese Tests seien entwickelt worden , um eine Verlaufskontrolle von depressiven Patienten zu ermöglichen. Keinesfalls jedoch seien sie geeignet, eine objektive Beurteilung oder Einstufung eines Schweregrades einer Depression in einer Begutachtungssituation durchzuführen . Korrekt wäre gewesen, zumindest eine Selbstbeurteilung der Probandin hinzuzufügen oder den behandelnden Psychiater zu bitten, den Hamilton- und MADRS-Test auszufüllen, um Diskrepanzen auszuschliessen oder aufzuzeigen (S. 4 oben)

Weiter führe der Gutachter auf „, die Kriterien für die Zusatzdiagnose des somatischen Syndroms seien knapp erfüllt“ . Wahrscheinlich meine er damit die Diagnose einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40). Warum er diese dann unter den psychiatrischen Diagnosen unterschlage , sei nicht nachvollziehbar. Der Gutachter stelle die Diagnose leichte depressive Episode bei Persönlichkeitsänderungen und führe

dazu aus, dass eine Persönlichkeitsstörung erst nach mehreren Konsultationen gestellt werden könne . Auch dies unterlasse der Gutachter fahrlässig , da die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung relevant für die Höhe des Rentenanspruchs sei . Als Gutachter wäre er lege artis verpflichtet gewesen , diese Diagnose durch mehrere Explorationen an verschiedenen Terminen zu bestätigen oder auszuräumen (S. 4 Mitte) .

Weiter führe der Gutachter aus , dass im Jahr 2012 bei einer vorangegangenen psychiatrischen Untersuchung durch Dr. C.____ keine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei . In den Originalunterlagen beschreibe

Dr. C.____ aber genau die Symptome einer Depression, eines chronischen Schmerzsyndroms und einer akuten Belastungsreaktion. Diese Unterlagen seien auch dem Gutachter vorgelegen .

Spätestens ab 2012

könne jeder aussenstehende Psychiater anhand der Befunde das Vorliegen einer schweren Depression diagnostizieren. Trotzdem urteile der Gutachter dahingehend, dass zum Verlauf der psychischen Erkrankung keine sicheren Angaben gemacht werden könne (S. 4 unten).
5.

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