

SO_GERICHTE VSBES.2017.105 vom 13. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.105

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.105 du 13 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.105 del 13 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1958 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), meldete sich am 22. September 2006 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf den Arztbericht von Dr. med. B.____, Leitender Arzt Infektiologie, vom 6. Oktober 2006 zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). In diesem Bericht werden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 12 S. 5 ff.): «1. HIV-Infektion CDC-Stadium B2, 2. depressive Entwicklung mit rezidivierenden Exazerbationen, 3. Status nach okulärer Lues Februar 2006 und 4. Diabetes mellitus Typ 2».

1.2 Nach Einholen des Arbeitgeberfragebogens (IV-Nr. 6), wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Juli 2007 (IV-Nr. 43) während des Arbeitstrainings vom 15. Mai bis 1. Juli 2007 ein Taggeld zugesprochen. Mit Abschlussbericht vom 17. Juli 2007 erfolgte der Abschluss des Falles in der Stellenvermittlung (IV-Nr. 46). Nach dem Einholen von medizinischen Berichten und der Stellungnahme von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 6. Dezember 2007 (IV-Nrn. 48 ff.), stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 11. Januar 2008 (IV-Nr. 51) die Abweisung seiner Leistungsbegehren in Aussicht. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 5. Februar 2008 bzw. 6. März 2008 (IV-Nrn. 53, 56) Einwände erheben. Gestützt auf die RAD-Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 18. März 2008 (IV-Nr. 59) wurde durch das D.____ am 10. September 2008 ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, psychiatrisch, infektiologisch und neurologisch) erstattet (IV-Nrn. 64.2 - 64.5). Gestützt auf dieses sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Februar 2009 (IV-Nr. 78) ab 1. Februar 2007 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 50 % eine halbe Invalidenrente zu. Diese erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

2. Aufgrund der am 21. August 2009 (IV-Nr. 79) beantragten Unterstützung bei der Stellensuche durch den Beschwerdeführer, übernahm die Beschwerdegegnerin mit Mitteilungen vom 18. November 2009 bzw. 8. März 2010 (IV-Nrn. 84, 87) eine Frühinterventionsmassnahme in Form eines Bewerbungstrainings mit Arbeitsvermittlung. Zudem gewährte sie ihm während der Zeit vom 6. April bis 17. Oktober 2010 ein IV-Taggeld (IV-Nrn. 93, 99). Während der Einarbeitungszeit vom 18. Oktober bis 31. Dezember 2010 übernahm die Beschwerdegegnerin sodann einen Einarbeitungszuschuss. Mit Verfügung vom 28. Oktober 2010 (IV-Nr. 105) sprach sie dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2010 aufgrund eines IV-Grades von 50 % eine halbe Invalidenrente zu und mit Verfügung vom 14. April 2011 (IV-Nr. 116) schloss sie die Arbeitsvermittlung schliesslich ab.

3. In der von Amtes wegen im September 2014 angehobenen Rentenrevision (IV-Nr. 123) gab der Beschwerdeführer an, sein Gesundheitszustand habe sich seit 2012 verschlimmert.

3.1 Zu den anschliessend eingeholten medizinischen Berichten nahm der RAD-Arzt Dr. med. C.____ am 24. November 2014 (IV-Nr. 134) Stellung. Es sei ein psychiatrisches Gutachten durchzuführen. Am 26. November 2014 (IV-Nr. 136) wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, es sei eine psychiatrische Abklärung bei Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, notwendig. Einwendungen gegen die Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin und Zusatzfragen zum Fragenkatalog könnten innert zehn Tagen eingereicht werden. Trotz der erhobenen Einwendungen vom 4. Dezember 2014 (IV-Nr. 139) hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 142) mit Verfügung vom 28. Januar 2015 (IV-Nr. 143) an der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. med. E.____ fest. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Das entsprechende Psychiatrische Gutachten datiert vom 17. Juli 2015 (IV-Nr. 148).

3.2 Nach Einholen der Stellungnahme von Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 11. August 2015 (IV-Nr. 151) und der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 18. August 2015 (IV-Nr. 153) wurde dem Beschwerdeführer aufgrund eines errechneten IV-Grades vom 50 % mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2015 (IV-Nr. 154) die Abweisung seines Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht gestellt. Aufgrund der dagegen am 16. November 2015 erhobenen Einwände (IV-Nr. 158) empfahl der RAD-Arzt Dr. med. C.____ am 24. Mai 2016 (IV-Nr. 164) die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens (mindestens: allgemein internistisch, endokrinologisch, rheumatologisch, psychiatrisch). Die Notwendigkeit einer umfassenden medizinischen Untersuchung wurde dem Beschwerdeführer am 11. August 2016 (IV-Nr. 165) mitgeteilt. Ohne schriftlich begründeten Gegenbericht werde die Wahl der Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip erfolgen. Der Beschwerdeführer könne innert zehn Tagen Zusatzfragen zum Fragenkatalog einreichen. Im Rahmen der Einwände vom 24. August 2016 (IV-Nr. 167) wurde insbesondere vorgebracht, die polydisziplinäre Begutachtung sei nicht notwendig. Mit Mitteilung vom 1. Februar 2017 (IV-Nr. 174) wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, die notwendige polydisziplinäre medizinische Untersuchung erfolge bei der G.____ und beinhalte folgende Abklärungen: Allgemeinmedizin (Prof. Dr. med. H.____), Endokrinologie (PD Dr. med. I.____), Psychiatrie (Dr. med. J.____), Neurologie (Dr. med. K.____), Orthopädie (Dr. med. L.____) und Infektiologie (Prof. M.____). Triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere Gutachterpersonen könnten bis 13. Februar 2017 schriftlich eingereicht werden. Trotz der Einwände vom 8. Februar 2017 (IV-Nr. 175) hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. März 2017 an der polydisziplinären Abklärung gemäss Mitteilung vom 1. Februar 2017 fest (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 11. April 2017 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.):

5. Die Beschwerdegegnerin schliesst im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2017 (A.S. 19) auf Abweisung der Beschwerde.

6. Die Vertreterin des Beschwerdeführers reicht am 29. Juni 2017 ihre Kostennote ein (A.S. 21). Eine Kopie davon geht am 30. Juni 2017 (A.S. 22) zur Kenntnisnahme an die

Beschwerdegegnerin.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

E. 4

4.1 Das Bundesgericht hat im Urteil BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011 diverse Vorgaben formuliert, welche bei der Einholung eines Gutachtens zu beachten sind. Inhaltlich hat das Bundesgericht im erwähnten Entscheid erwogen, mehr als bisher sei das Bestreben um eine einvernehmliche Gutachtenseinholung in den Vordergrund zu stellen. Es liege in der beidseitigen Verantwortung von IV-Stelle und versicherter Person, vermeidbare Verfahrenserweiterungen abzuwenden. Wenn keine Einigung zustande komme, sei die Anordnung, eine Expertise einzuholen, «in die Form einer Verfügung zu kleiden» (BGE 141 V 330 E. 3.2 S. 335, 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256; Urteil des Bundesgerichts 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2).

4.2 Am 1. März 2012 ist Art. 72 bis Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten. Nach dieser Bestimmung haben medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen – was vorliegend der Fall ist – beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat (Abs. 1). Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Abs. 2). Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten dieser neuen Bestimmung hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das Vorgehen bei der Erteilung von Begutachtungsaufträgen ergänzend geregelt. Konkret wurde das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (nachfolgend: KSVI) in einigen Punkten angepasst und um den neuen Anhang V ergänzt (vgl. <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/3946/lang:deu/category:34> gültig ab 1. Januar 2010 [derzeit gültig: Stand 1. Januar 2017]). Diese Regelung auf Stufe «Kreisschreiben» unterscheidet nun deutlich zwischen mono- und bidisziplinären Gutachten einerseits und polydisziplinären Expertisen (definiert durch die Beteiligung von mindestens drei Fachdisziplinen) andererseits (Rz 2075 ff. KSVI). Es schreibt den IV-Stellen vor, wie sie im Detail vorzugehen haben (zum Ganzen: Elisabeth Glättli: Das neue Begutachtungsverfahren in der Invalidenversicherung, in: Jusletter 2. Juli 2012, N 17 ff.).

4.3 Das KSVI, Anhang V, hält in der Einleitung fest, die IV-Stellen seien ab 1. März 2012 verpflichtet, alle Aufträge für polydisziplinäre Gutachten über SuisseMED@P zu vergeben. Es handelt sich dabei um eine webbasierte Plattform, die Aufträge für polydisziplinäre medizinische Gutachten nach dem Zufallsprinzip vergibt. Ausgenommen von dieser Vorgabe sind gemäss Rz 2078 KSVI Verlaufsgutachten, bei denen direkt die vorbefasste Stelle mit dem Gutachten betraut werden kann, vorausgesetzt dieses ist über die Plattform SuisseMED@P vergeben worden. Im Zusammenhang mit der neuen Regelung schloss das BSV eine neue Vereinbarung für die Durchführung von polydisziplinären Gutachten durch Gutachterstellen (vgl. dazu Glättli, a.a.O., N 15 f.). Das Kreisschreiben sieht im Weiteren vor, dass Einwände und Zusatzfragen innert zwölf Tagen ab Versand der Mitteilung einzureichen sind; diese Frist kann auf schriftliches Gesuch hin um maximal zehn Tage verlängert werden (Rz 2081.1 und 2083.2 KSVI). Gegen diese Regelung ist grundsätzlich nichts einzuwenden, da das Verfahren einfach und rasch bleiben muss (BGE 139 V 349 E. 5.2.3).

4.4 Die Gutachterwahl bei polydisziplinären MEDAS-Begutachtungen hat immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen (Art. 72 bis Abs. 2 IVV; BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f., 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354, 140 V 507 E. 3.1

S. 510). In einem ersten Schritt teilt die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihm die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt (vgl. auch Rz. 2076 ff. KSVI). In diesem Stadium kann der Versicherte (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Schritt teilt die IV-Stelle dem Versicherten die mittels Zufallszuweisung (durch die vom BSV entwickelte Vergabeplattform SuisseMED@P, über welche der gesamte Verlauf der Gutachtenseinholung gesteuert und kontrolliert wird; vgl. SuisseMED@P: Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen = Anhang V KSVI) zugeteilte Gutachterstelle und die Namen der Sachverständigen inklusive Facharzttitel mit. In der Folge hat der Versicherte die Möglichkeit, materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen geltend zu machen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2 S. 355 f.). Dieses Zuweisungsmodell soll generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen neutralisieren (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1 S. 355). Nur bei stichhaltigen Einwendungen gegen bezeichnete Sachverständige ist die Zufallszuweisung allenfalls zu wiederholen bzw. zu modifizieren, indem die Beteiligten beispielsweise übereinkommen, an der ausgelosten MEDAS festzuhalten, dabei aber eine Arztperson nicht mitwirken zu lassen. Bei erneuter Nichteinigkeit ist eine Zwischenverfügung zu erlassen. Auch nach Einführung der Zuweisungsplattform SuisseMED@P haben sich die Beteiligten mit Einwendungen auseinandersetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben, insoweit sind Konsensbestrebungen weiterhin nicht hinfällig (BGE 139 V 349 E. 5.2.1, 5.2.2 und 5.2.2.1 S. 354 f., 140 V 507 E. 3.1 S. 510 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_475/2013 vom 6. August 2013 E. 2.1).

E. 5

5.1 Der Sozialversicherungsträger ist gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Auch wenn der IV-Stelle bei der Beurteilung der Frage, ob die Abklärungen vollständig seien, ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht, so darf die Einholung eines Zweitgutachtens (sog. second opinion) doch nicht beliebig erfolgen. Sofern offene Fragen oder Zweifel an den gutachtlichen Schlussfolgerungen bestehen, soll dies in erster Linie mit den Verfassern des betreffenden Gutachtens geklärt werden (BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245 mit Hinweisen). Ein Eingriff des Gerichts in angeordnete Abklärungsmassnahmen rechtfertigt sich indes nur, wenn die IV-Stelle ihr Ermessen offensichtlich überschritten hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_12/2013 vom 19. November 2013 E. 3.3.1 mit weiteren Hinweisen). 5.2 Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG zu unterziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_126/2016 vom 8. August 2016 E. 5.1). Abgesehen davon, dass die Einholung eines entbehrlichen Zweitgutachtens eine unzulässige Verzögerung darstellen kann, ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen, wenn der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt ist (BGE 136 V 156 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). 6. Aufgrund der Akten kann festgehalten werden, dass es sich im vorliegenden Fall um ein Revisionsverfahren handelt, das im September 2014 eingeleitet wurde und in dessen Verlauf die Beschwerdegegnerin bisher am 17. Juli 2015 ein Psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E.____ (IV-Nr. 148) in Auftrag gegeben hat. Der

Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen, die durch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 13. März 2017 in Aussicht genommene polydisziplinäre Begutachtung bei der G.____ sei nicht notwendig und stelle eine unzulässige Verfahrensverzögerung dar. Zudem handle es sich bei der Anordnung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens um eine unzulässige «second opinion» (A.S. 11 f.). 6.1 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann festgehalten werden, dass für die streitige Frage der Notwendigkeit der Durchführung des polydisziplinären Gutachtens bei der G.____ die vorliegenden medizinischen Akten auf ihre Vollständigkeit und Schlüssigkeit hin zu prüfen wären. Um hierbei keine Präjudizierung des Endentscheidendes herbeizuführen und unter Berücksichtigung des erheblichen Ermessensspielraumes der Beschwerdegegnerin (vgl. II. E. 5.1 hiervor), ist diese Überprüfung in dem Sinne durchzuführen, als nachfolgend zu prüfen ist, ob sich die Beschwerdegegnerin aus nachvollziehbaren Gründen für eine weitere umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin entschieden hat.

6.1.1 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des D.____ (Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Infektiologie) vom 10. September 2008 (IV-Nrn. 64.2 - 64.5) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 64.2 S. 17 f.): «1. Mischbild somatischer depressiver Symptome mit Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F32.8)», «2. Fragliche narzisstische Persönlichkeitsstörung» und «3. HIV-Infektion CDC-Stadium B2, unter antiretroviraler Therapie gut kontrolliert». Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: «4. Bein- und distalbetonte sensible Polyneuropathie bei Diabetes mellitus und HIV-Infektion unter antiretroviraler Therapie» und «5. Diabetes mellitus Typ 2, unter Kombinationstherapie mit Insulin/Sulfonylharnstoff, derzeit ungenügend eingestellt (HbA1c 7,2 %)». Auf der psychisch-geistigen Ebene lägen affektive Einbussen vor. Zusätzlich bestehe eine Selbstwertproblematik, welche sich in erhöhter Kränkbarkeit und Empfindsamkeit äussere. Die Gabe eines Antidepressivums würde sehr wahrscheinlich keine wesentliche Verbesserung des psychischen Zustandes bewirken. Nach übereinstimmender Meinung vom begutachtenden Infektiologen und begutachtender Psychiaterin zeige sich beim Beschwerdeführer eine deutliche Vermischung von körperlicher Erkrankung/belastender Medikation und psychischer Störung (S. 21 f.). In Betracht zu ziehen sei bspw. eine aus der depressiven Episode resultierende intermittierende Unzuverlässigkeit in der Medikamenteneinnahme. Auf der körperlichen Ebene sei vom beschriebenen Mischbild klar die vom Neurologen der D.____ diagnostizierte mässiggradig ausgeprägte sensible periphere Polyneuropathie abzugrenzen. Diese enge das Zumutbarkeitsprofil ein und vermindere die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers dann, wenn er 8,5 Stunden pro Tag arbeiten könnte. Im sozialen Bereich bestehe eine Tendenz zu sozialem Rückzug und sogar zur Selbstvernachlässigung. Die bisherige Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter könne der Beschwerdeführer vom medizinischen Standpunkt in zeitlich beschränktem Mass ausüben, es sollte ihm aber in Rücksicht auf seine narzisstischen Züge ein möglichst hoher Grad an Eigenregie zugestanden werden. Diese sei ihm im zeitlichen Rahmen von 4 bis 4,25 Stunden pro Tag (50 % eines Normalarbeitstages) zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Die im neurologischen Zusatzgutachten zugestandene Verminderung der Leistungsfähigkeit um 20 % habe sich auf ein Vollpensum bezogen und werde in der interdisziplinär eingeschätzten Teilarbeitsunfähigkeit von 50 % aufgehoben. Nach Einschätzung der psychiatrischen Fachgutachterin bestehe die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit seit Anfang 2007. Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seither auf 50 % stabilisiert (S. 22). Der Beschwerdeführer sei seinem Arbeitsumfeld

aufgrund der psychischen Störung in einem zeitlich auf 50 % reduzierten Pensum zumutbar (S. 23). 6.1.2 Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Zuweisungsschreiben an Dr. med. O.____, Facharzt FMH Psychiatrie, vom 26. August 2014 (IV-Nr. 125 S. 1) unter anderem aus, das Hauptproblem liege in einer chronischen Erkrankung seit mindestens zehn Jahren mit Diabetes mellitus, HIV mit entsprechender Behandlung, Operation Carpal tunnel 2010, Nierenerkrankung. Der Beschwerdeführer sei stark aus seiner Lebensbahn geworfen worden im Jahr 2012, als er wegen einer Umstrukturierung die Stelle bei einer Firma als Mitglied der [...] relativ plötzlich verloren habe. Es bestehe seit Jahren eine IV-Berentung. Er habe im Jahr 2012 einen deutlich aufgehellteren und stabileren Beschwerdeführer kennengelernt, der wohl einige Krankheiten gehabt habe, andererseits aber auch eine Stelle. Nun in den letzten zwei Jahren hätten sich zunehmende Selbstunsicherheiten und Selbstzweifel herausgebildet. Er habe immer wieder zu kämpfen mit Phasen von depressiven Episoden. Aktuell nun werde eine IV-Revision versucht, da eine Wiedereingliederung ganz schwierig zu bewerkstelligen sei und er auch von Seiten der körperlichen Krankheiten zunehmend geschwächt werde. Zu den Befunden wurde festgehalten: 94 kg, die Blutdruckwerte seien einigermassen stabil, cursorisch-internistisch keine wesentlichen Probleme. 6.1.3 Dr. med. F.____ hielt im Arztbericht vom 16. September 2014 (IV-Nr. 124) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «HIV, starke Medikation, seit 2006/2007» und «Diabetes mellitus; psychische Reaktionen, Nephropathie, metabolisches Syndrom, seit 2004». Seit 1. September 2014 sei der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurde als «sich verschlechternd» eingestuft. Es sei ihm übel wegen der starken Medikation und er habe Bauchschmerzen. Zudem sei er bei der alltäglichen Lebensverrichtung auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen, indem das Putzen von den Gelenken her schwierig sei. Ergänzende Abklärungen seien nicht angezeigt. Der letzte effektive Arbeitstag habe am 16. Januar 2013 stattgefunden. Die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht zumutbar. Eventuell seien ihm Bürotätigkeiten mit 3 x ½ Tag à 4 Stunden zu 50 % Leistung zumutbar. Es sei kein Tag wie der andere. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine 50%ige verminderte Leistungsfähigkeit. Die Situation habe sich deutlich verschlimmert, eine «Wiedereingliederung» scheine schwierig. 6.1.4 Im Arztbericht vom 25. September 2014 (IV-Nr. 126 S. 5 ff.) führte Dr. med. B.____, Leitender Arzt Infektiologie, [...], folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: «1. HIV-Infektion CDC-Stadium B2, 2. Diabetes mellitus Typ 2, 3. Adipositas, 4. Arterielle Hypertonie, 5. Dyslipidämie, 6. Chronisch depressive Verstimmung, 7. Karpaltunnelsyndrom beidseits und 8. Paravertebrale Schmerzen links thorakal mit Ausstrahlung in die Arme links mehr als rechts». Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein «Status nach okulärer Lues Februar 2006» angegeben. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom Juni 2014 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei «sich verschlechternd». Grundsätzlich sei der Beschwerdeführer bezüglich der HIV-Infektion, der Depression und des Diabetes mellitus optimal behandelt. Bezüglich der antiretroviralen Therapie sei er bei ihm als Spezialarzt für Infektiologie, bezüglich des Diabetes mellitus bei Prof. P.____ in Behandlung und sein Hausarzt habe grosse Erfahrung in psychosomatischen und psychischen Beschwerden. Von daher denke er auch nicht, dass eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie die Situation noch wesentlich verbessern würde. Es bestehe allerdings persistierend eine deutliche depressive Verstimmung, immer wieder auch mit einer latenten Suizidalität. Diese sei im Moment

noch unbestimmt und ohne klare Selbsttötungsabsicht, allerdings deute sie die schwierige Allgemeinsituation des Beschwerdeführers an. Daneben bestehe eine persistierende sehr rasche Ermüdbarkeit, welche wahrscheinlich als Kombination des Diabetes mellitus Typ 2 und der HIV-Infektion anzusehen sei. Die Kombination aus beiden erkläre den Zustand des Beschwerdeführers, v.a. auch im Zusammenhang mit der psychischen Situation. Zusammengenommen glaube er nicht, dass eine Eingliederung erfolgreich sein könnte und denke deshalb, dass eine Anpassung der Invalidenrente auf 100 % angemessen sei.

6.1.5 Dr. med. O.____, Facharzt FMH Psychiatrie, hielt in seiner E-Mail vom 17. Oktober 2014 (IV-Nr. 132) fest, es werde für den Beschwerdeführer kein Bericht ausgestellt, da bei ihm nur eine alleinige Psychotherapie durchgeführt werde und er erst seit Kurzem in Behandlung sei. Zudem stehe die somatische Problematik stark im Vordergrund.

6.1.6 Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 24. November 2014 aus (IV-Nr. 134), in jedem ärztlichen Bericht komme zum Ausdruck, dass der Patient unter Zukunftsangst (Angst vor Aussteuerung und finanzieller Verschlechterung) leide. Aus dem Beschriebenen könne nicht unmittelbar eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Er gehe davon aus, dass eine mögliche, über die attestierten 50 % hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychische Gründe habe. Die Fragen seien mit einem psychiatrischen Gutachten zu klären.

6.1.7 In der Stellungnahme vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 142) nahm Dr. med. C.____ zum erhobenen Einwand des Beschwerdeführers vom 4. Dezember 2014 (IV-Nr. 139), wonach genügend abgeklärt worden und die durch Dr. med. B.____ ausgestellte Arbeitsunfähigkeit ausreichend sei, dahingehend Stellung, als der leitende Arzt Infektiologie und Spitalhygiene Dr. med. B.____ nicht zu allen aufgeführten Diagnosen hinreichend Stellung nehmen könne.

6.1.8 Dr. med. E.____ hielt in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 17. Juli 2015 (IV-Nr. 148) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei depressiv-narzisstischer Neurose (ICD-10 F34.1/F48.9)». Es gebe keine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18). Die Prognose müsse dahingehend formuliert werden, dass man es wegen der zugrundeliegenden neurotischen Struktur einerseits, andererseits aber infolge der beiden schwerwiegenden somatischen Diagnosen, die beide nicht heilbar seien, mit einer Situation zu tun habe, welche die depressive Störung immer wieder aktiviere, so dass sie es unterdessen mit einer chronifizierten depressiven Störung zu tun hätten, die einer vollständigen Remission wohl nicht zugänglich sein werde (S. 20 unten). In der angestammten Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer erhalte seit dem 1. Februar 2007 bei einem IV-Grad von 50 % eine halbe Rente (S. 22).

6.1.9 Mit «Stellungnahme zum Gutachten» vom 11. August 2015 (IV-Nr. 151) betonte Dr. med. F.____ u.a., dass die somatische Seite der doch erheblichen Leistungseinbussen als sehr wichtig einzustufen sei. Im Vergleich zur ersten Begutachtung und IV-Berentung von 50 % im Jahr 2007/2008 hätten sich die Symptome von der körperlichen Seite her deutlich verstärkt, und die gesundheitliche Situation habe sich zunehmend verschlechtert.

6.1.10 Mit Stellungnahme vom 18. August 2015 (IV-Nr. 153) wies Dr. med. C.____ u.a. darauf hin, dass Dr. med. F.____ im Zuweisungsschreiben an Dr. med. O.____ (vgl. E. II. 6.1.2 hiervor) geschrieben habe, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Episode leide, cursorisch internistisch aber keine wesentlichen Probleme bestünden. So spreche auch Dr. med. O.____ in der Verlaufskontrolle (Zuckerkrankheit und Blutdruck vom 11. April/20. Mai 2014, vgl. IV-Nr. 125 S. 2 ff.) von einem subjektiv

beschwerdefreien Patienten. Dr. med. B. ___ halte am 3. September 2014 fest, die HIV-Infektion sei mehr oder weniger stabil bei ordentlichem Verlauf und ordentlichem Allgemeinzustand. Die chronische Müdigkeit könne keiner somatischen Diagnose zugeordnet werden. Wie weit die Müdigkeit psychischen oder somatischen Ursprungs sei, sei nicht zuletzt Gegenstand des Gutachtens vom 17. Juli 2015 (vgl. E. II. 6.1.8 hiervor) gewesen. Darin gehe der Psychiater auf die Problematik der erhöhten Ermüdbarkeit nachvollziehbar ein. Er mache dafür die gegenwärtig mittelgradige depressive Episode verantwortlich und weise darauf hin, dass der Patient durch die Medikamente die er aufgrund seiner somatischen Diagnose, insbesondere seiner HIV-Infektion, einnehmen müsse, erhebliche gesundheitliche Beschwerden entwickelt habe, zu welchen auch eine erhebliche Müdigkeit und Erschöpftheit gehörten. Er attestiere eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Es liege keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes vor und die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit betrage 50 %.

6.1.11 Dr. med. C. ___ nahm am 24. Mai 2016 (IV-Nr. 164) zu den Einwänden des Beschwerdeführers vom 16. November 2015 (IV-Nr. 158) Stellung, wonach ab November 2014 die somatischen Beschwerden nicht gebührend untersucht oder berücksichtigt worden seien. Er empfahl, dass dies durch ein polydisziplinäres Gutachten (mindestens allgemein internistisch, endokrinologisch, rheumatologisch und auch psychiatrische Untersuchung, da sich die psychische Situation seit der letzten psychiatrischen Untersuchung verändert haben könnte) nachzuholen sei.

6.2 Gestützt auf die vorangehenden medizinischen Berichte ist zunächst festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer sowohl somatische als auch psychische Diagnosen festgestellt worden sind. Da bereits im Jahr 2008 (vgl. E. II. 6.1.1 hiervor) ein polydisziplinäres Gutachten im D. ___ erstellt worden ist, worin somatische und psychische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurden und auf dessen Grundlage dem Beschwerdeführer sodann ab 1. Februar 2007 eine halbe IV-Rente ausgerichtet wurde (IV-Nr. 78), erstaunt auf den ersten Blick, dass im Rahmen des im September 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens einzig der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mittels Gutachten bei Dr. med. E. ___ abgeklärt wurde. Dies auch in Anbetracht der im Revisionsbegehren des Beschwerdeführers vom 16. September 2014 (IV-Nr. 123) durch ihn selbst geltend gemachten somatischen und psychischen gesundheitlichen Änderungen («starke Müdigkeit und Übelkeiten, Bauchschmerzen sowie Gelenkprobleme, Taubheit in den Beinen, schwer einstellbare Diabetes, Insulinresistenz, wiederholende Verschlimmerung durch die Depressionen, täglich starke Medikamenten-Einnahmen»). Unter Einbezug sämtlicher vorliegend dokumentierter Arztberichte kann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Einholen des Gutachtens beim D. ___ vom 10. September 2008 nicht ohne weiteres mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Es kann diesbezüglich auf die Einschätzungen des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. F. ___ betreffend das psychiatrische Gutachten vom 11. August 2015 verwiesen werden (vgl. E. II. 6.1.9 hiervor, IV-Nr. 151). So führte er aus, die somatische Seite der doch erheblichen Leistungseinbussen des Beschwerdeführers sei als «sehr wichtig» einzustufen und die Symptome hätten sich von körperlicher Seite her «zunehmend verschlechtert». Diese Ausführungen erscheinen auch deshalb nachvollziehbar, weil Prof. P. ___ bereits im Bericht vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 146) eine «entgleiste» Einstellung betreffend die Diabetes auswies. Zudem wird in den medizinischen Akten immer wieder eine persistierende Müdigkeit thematisiert, deren Ursache bis anhin nicht vollumfänglich geklärt bzw. weder

den körperlichen noch den psychischen Symptomen vollends zuordenbar scheint. So äusserte sich – wie dies Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 18. August 2015 zutreffend darlegte (vgl. E. II. 6.1.10 hiervor) – auch Dr. med. E.____ im Rahmen des Psychiatrischen Gutachtens vom 17. Juli 2015 (vgl. E. II. 6.1.8 hiervor). Dabei führte er aus, es müsse betont werden, dass es sich hier um eine sekundäre depressive Störung handle. Die depressive Störung habe sich sekundär zur «schwerwiegenden somatischen Grunderkrankung» entwickelt, was nachvollziehbar sei. Unterdessen habe sich diese depressive Störung autonomisiert und führe für sich alleine zu qualitativen Funktionseinbussen (IV-Nr. 148 S. 21 unten). Dr. med. E.____ hielt zudem fest, er könne als psychiatrischer Gutachter nicht beurteilen, inwiefern sich die Interferenz der depressiven Störung mit den somatischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht auswirke. Diese Beurteilung sei auch nicht Bestandteil eines monodisziplinären Gutachtens, so dass hierzu der RAD Stellung nehmen müsse. Aufgrund dieser gutachterlichen Ausführungen überzeugt die Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 24. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.1.11 hiervor), wonach die Abklärung der somatischen Beschwerden mittels eines polydisziplinären Gutachtens nachgeholt werden müsse. Dies auch aufgrund des Hinweises von Dr. med. O.____ vom 17. Oktober 2014 (vgl. E. II. 6.1.5 hiervor), wonach die «somatische Problematik stark im Vordergrund» stünde. Es ist gestützt auf die vorangehenden Ausführungen somit davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Rahmen des aktuell laufenden Revisionsverfahrens bisher nicht hinreichend und umfassend abgeklärt worden ist und diese Lücke im vorliegenden Fall aufgrund der bestehenden Arztberichte nicht geschlossen werden kann. Daher ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. März 2017 davon ausgeht, dass der rechtsrelevante Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (A.S. 2) und deshalb eine erneute medizinische Begutachtung im Sinne eines polydisziplinären Gutachtens notwendig sei. Das Festhalten der Beschwerdegegnerin an einer umfassenden medizinischen Abklärung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ist daher nicht zu beanstanden. Es liegt im Übrigen auch kein Arztbericht vor, dem eine Unzumutbarkeit des Beschwerdeführers betreffend eine erneute Begutachtung zu entnehmen wäre. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Vergabe des Gutachtensauftrages an die G.____ korrekt vorgegangen ist (vgl. IV-Nrn. 165 ff.). Da auch der Beschwerdeführer diesbezüglich keine Rügen vorbringen lässt, ist darauf nicht näher einzugehen.

6.3 Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: Die Durchführung des in Aussicht genommenen Gutachtens bei der G.____ – wie unter II. E. 6.2 hiervor ausgeführt – ist nicht als «entbehrlich», sondern als «notwendig» zu qualifizieren. Es liegt demnach keine – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (A.S. 12) – «unnötige Beweismassnahme» vor. Daran vermag auch der Hinweis auf das bereits erstellte umfangreiche Psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ nichts zu ändern (vgl. A.S. 11 f.). Es kann im Übrigen offen bleiben, ob und inwiefern die Durchführung dieses Gutachtens notwendig war. Auch das in diesem Zusammenhang weiter vorgebrachte Argument des Beschwerdeführers, wonach es sich bei einer weiteren psychiatrischen Begutachtung um eine unzulässige Einholung einer «second opinion» handle (A.S. 12), greift nicht. So ist – wie bereits oben ausgeführt – vorliegend eine umfassende medizinische Abklärung unter Einbezug auch der psychiatrischen Fachdisziplin notwendig. Das bereits vorgängig durch die Beschwerdegegnerin eingeholte monodisziplinäre Psychiatrische Gutachten von Dr. med.

E.____ vom 17. Juli 2015 vermag daran nichts zu ändern und auch die Tatsache nicht, dass die Beschwerdegegerin mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2015 (IV-Nr. 154) auf dieses abstellte. Um die Wechselwirkungen zwischen somatischem und psychischem Gesundheitszustand bzw. der entsprechenden Diagnosen und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend und abschliessend beurteilen zu können, erscheint – wie dies auch der RAD-Arzt Dr. med. C.____ in seinen Einschätzungen vom 24. Mai 2016 darlegte (vgl. E. II. 6.1.11 hiervor) – eine aktuelle Beurteilung auch des psychischen Gesundheitszustandes unabdingbar. Dies insbesondere im Hinblick auf die hier u.a. in Frage stehende psychiatrische Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, welche im Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. E.____ vom 17. Juli 2015 (vgl. E. II. 6.1.8 hiervor) als mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F33.1 qualifiziert wurde. Diesbezüglich hat das Bundesgericht (vgl. Urteil 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3) ausgeführt, dass bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen sei. Es dürfe nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung fehlt es den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Obschon sich Dr. med. E.____ in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 17. Juli 2015 zu den bisherigen psychiatrischen Behandlungen äussert (IV-Nr. 148 S. 22 f.), nimmt er zur Frage der Therapieresistenz nicht konkret Stellung. Diese Frage wird im Rahmen des in Aussicht genommenen polydisziplinären Gutachtens zu klären sein. Es ist im Weiteren darauf hinzuweisen, dass die Gutachterstelle G.____ am 3. Januar 2017 (vgl. E-Mail Abraxas, IV-Nr. 173) die für die Begutachtung notwendigen medizinischen Fachdisziplinen – darunter auch diejenige der Psychiatrie und Psychotherapie – noch etwas ausgeweitet und dabei die Fachdisziplin der Psychiatrie bestätigt hat. 7. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 13. März 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) – gemäss Art. 61 lit. a ATSG kostenlos.

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