

SO_GERICHTE VSBES.2018.294 vom 16. November 2018

SO Obergericht, 2018-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.294

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.294 du 16 novembre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.294 del 16 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, von einer nochmaligen polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin abzusehen und für die Beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin auf das polydisziplinäre Gutachten des E.____ vom 4. November 2014 abzustellen und der Beschwerdeführerin demnach ab 1. August 2013 eine halbe Invalidenrente und ab 1. Juli 2015 eine dreiviertel-Invalidenrente zuzusprechen.

E. 3

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, beim E.____ ein Verlaufsgutachten in Auftrag zu geben.

E. 4

Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, beim E.____ Ergänzungsfragen zu stellen.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 5. Mit Eingabe vom 31. Januar 2019 (A.S. 27) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 6. Die durch die Vertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Eliane Schürch, am 11. Februar 2019 eingereichte Kostennote (A.S. 29 ff.) geht mit Verfügung vom 12. Februar 2019 (A.S. 32) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Invalidenversicherung hat eine Begutachtung nicht mehr durch blosser Mitteilung, sondern in Form einer anfechtbaren Zwischenverfügung anzuordnen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256; Urteile des Bundesgerichts 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 E. 1.1, 8C_481/2013 vom 7. November 2013 E. 4.2, 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2, 8C_690/2014 vom 4. Mai 2015 E. 3.2; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.1). Auf die vorliegende Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. November 2018, mit der die Beschwerdegegnerin an der Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung durch die Begutachtungsstelle H.____ festhält, ist daher einzutreten, zumal auch die übrigen Voraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) erfüllt sind. 1.1 In zeitlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze

massgebend, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gelten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 109 E. 1, 127 V 466 E. 1 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.1). Die vorliegend angefochtene Verfügung erging am 16. November 2018 und betrifft eine noch durchzuführende Begutachtung. Damit sind die am 16. November 2018 geltenden Bestimmungen massgebend.

1.2 Die Beurteilung von Beschwerden gegen eine Zwischenverfügung fällt in die Präsidialkompetenz (§ 54 bis Abs. 1 lit. a bis Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12]). Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts (als Stellvertreterin des Präsidenten) ist folglich für den Entscheid in vorliegender Angelegenheit als Einzelrichterin zuständig.

1.3 Beschwerdeweise geltend gemacht werden können materielle Einwendungen beispielsweise des Inhalts, die in Aussicht genommene Begutachtung sei nicht notwendig, weil sie – mit Blick auf einen bereits umfassend abgeklärten Sachverhalt – bloss einer «second opinion» entspräche. Nach wie vor gerügt werden können (personenbezogene) Ausstandsgründe. Nicht gehört werden kann indessen das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit des Experten (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen). Zulässig sein muss dagegen der formelle Einwand, die bundesrechtlichen Vorgaben im Zusammenhang mit der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden.

2. 2.1 Polydisziplinäre Gutachten, d.h. solche mit drei oder mehr Fachdisziplinen – wie vorliegend der Fall –, haben bei einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) zu erfolgen (Art. 72 bis Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]), welche nach dem Zufallsprinzip bestimmt wird (Abs. 2), d.h. über die webbasierte Plattform SuisseMED@P (s. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Einleitung zu Anhang V, Stand 1. Januar 2018). 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). Die Gutachterwahl hat bei polydisziplinären MEDAS-Begutachtungen grundsätzlich immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen (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). Ausgenommen von dieser Vorgabe sind lediglich Verlaufsgutachten. Diese können direkt bei derselben Gutachterstelle in Auftrag gegeben werden, die bereits das erste polydisziplinäre Gutachten erstellt hat, vorausgesetzt dieses ist über die Plattform SuisseMED@P vergeben worden (Rz 2077.5 KSVI). Gemäss der Vereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und der Gutachterstelle

2.2 Will die IV-Stelle eine Expertise einholen, so gibt sie dem Versicherten in einem ersten Schritt die Art der Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art und Umfang der Begutachtung vorbringen (z.B. unnötige second opinion oder unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle dem Versicherten die ausgewählte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen den oder die Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit dem jeweiligen Facharztstitel mit, worauf materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen möglich sind (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 255 f., unter Hinweis auf Rz 2077.10 KSVI). Ausserdem kann beanstandet werden, die bundesrechtlichen Vorgaben bei der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen). Auch nach Einführung der

Zuweisungsplattform SuisseMED@P haben sich die Beteiligten mit Einwendungen auseinanderzusetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben, insoweit sind Konsensbestrebungen weiterhin nicht hinfällig. 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 (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.).

3. 3.1 Der Sozialversicherungsträger ist gemäss Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C_24/2010 vom 31. März 2010 E. 2 und 9C_825/2008 vom 6. November 2008 E. 4.3).

3.2 Abgesehen davon, dass die Einholung eines entbehrlichen Zweitgutachtens eine unzulässige Verfahrensverzögerung 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).

3.3 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann festgehalten werden, dass für die streitige Frage der Notwendigkeit der Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens die vorliegenden medizinischen Akten auf ihre Vollständigkeit und Schlüssigkeit hin zu prüfen wären. Um hierbei keine Präjudizierung des Endentscheides herbeizuführen und unter Berücksichtigung des erheblichen Ermessensspielraumes der Beschwerdegegnerin (vgl. E. II. 3.1 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 des Beschwerdeführers entschieden hat.

3.3.1 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle E.____ vom 4. November 2014 (IV-Nr. 45) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 51 f.): – Cervical-betontes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in beide Arme und beide Beine, verbunden mit Missempfindungen und subjektivem Kraftverlust mit / bei – cervicale Myelopathie – Status nach Laminektomie C5 und 6, partiell C4 und C7 mit dorsaler Schraubenspondylodese C5 bis C7 am 27. August 2012 bei kongenital engem Spinalkanal und Discusprotrusionen C5/6 und C6/7, kernspintomographisch Myelopathie Signal C5/6 (MR HWS Dezember 2012) – Chondrose HWK6/7, keine relevante den Spinalkanal einengende oder eine Nervenwurzel recessal und foraminal affizierende Discopathie, keine osteodiscäre cervicale Foraminal- oder Spinalkanalstenose (MRI HWS 30. September 2014) – Chondrosen L4/5 und L5/S1, diskrete mediale Discusprotrusion BWK 10/11 – muskuläre Dysbalance – abnormes Gangmuster – Morbide Adipositas (MBI 45 [recte: BMI 45 kg/m²]) – Hyperthyreose vom Typ Hashimoto, unter Substitution – Agoraphobie mit Panikstörung – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Diskreter residueller

Hohlfuss rechts bei anamnestisch Status nach Klumpfuß kongenital, konservative Behandlung und offenbar auch operative Achillessehnenverlängerung – Psoriasis vulgaris Die Beschwerdeführerin habe eine kaufmännische Ausbildung gemacht, berufsbegleitend die Berufsmatur erreicht. Im Zusammenhang mit dem Kopfsprung ins Wasser vom 11. August 2012 sei die Ausbildung zur Kauffrau für Marketing abgebrochen worden. Neurologischerseits: Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Ausschliesslich stehend und gehend auszuübende Tätigkeiten seien ungünstig, phasenweises Aufstehen und Umhergehen sei zumutbar. Für eine sitzende Tätigkeit sei wegen der Einschränkungen im Bereich der Hände (motorisch und sensibel) von einer gewissen Verlangsamung auszugehen. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit als bei zweimal drei Stunden täglich mit dabei etwas reduziertem Rendement einzuschätzen, so dass sie effektiv bei 60 % liege. Aus rheumatologischer Sicht dürfe die frühere Tätigkeit als voll adaptiert angesehen werden. Aufgrund der langen Abwesenheit auf dem Arbeitsmarkt, bestehe trotz des offenbar, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin, durchgeführten aktiven Trainings eine Dekonditionierung, so dass der Einstieg etappenweise erfolgen müsste. Aus psychiatrischer Sicht sei zwischen dem 11. August bis Ende Oktober 2012 eine 100%ige und bis zur Wiederaufnahme der Arbeit am 1. März 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben, seither bestehe eine Rendementverminderung von 20 %; dies infolge einer mittelgradigen Beeinträchtigung der Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit auf dem Boden der Agoraphobie mit Panikstörung. Gesamtheitlich betrachtet würden die neurologischen Einschränkungen und das entsprechende Profil gelten. Es komme nicht zu einer Addition. Der bisherige Arbeitsplatz sei gekündigt; entsprechend gelte diese Einschätzung in Bezug auf eine neue, adaptierte Arbeitsstelle (S. 58 f.). Wie oben bereits erwähnt, seien aus rheumatologischer Sicht aufgrund des Vermeideverhaltens, trotz offenbar aktiv orientierter Physiotherapie und medizinischer Trainingstherapie inzwischen eine Schonhaltung und eine Dekonditionierung aufgetreten, so dass lediglich aktuell maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Innerhalb von sechs Monaten sollte jedoch eine Steigerung auf 100% möglich sein, sofern begleitend weiterhin ein Aufbautraining durchgeführt werde. Dieser relativ lange Zeitraum werde aufgrund der sehr komplexen Schmerzsymptomatik zur Rekonditionierung eingeräumt. Aus neurologischer Sicht handle es sich um einen Endzustand. Die physikalischen Massnahmen dienten dem Erhalt des Status quo, die medikamentösen seien symptomatisch. Mehr Potenzial hinsichtlich einer Besserung liege wahrscheinlich in der Behandlung der psychischen Seite. Psychiatrischerseits befinde sich die Beschwerdeführerin in tragfähiger integrativ-psychiatrischer Behandlung. Es finde eine antidepressive Behandlung mit Cymbalta 60 mg statt. Diese Behandlung sollte fortgeführt werden. Die Beschwerdeführerin habe auch gemäss Eigenangaben bis anhin davon profitieren können. Der Blutspiegel von Duloxetin dürfte im Normbereich liegen (S. 59). Wegen der funktionellen Überlagerung sei in Bezug auf die Prognose aus neurologischer Sicht keine sichere Aussage möglich; betreffend die organischen Beeinträchtigungen sei von einem Endzustand auszugehen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine gute Prognose. Psychiatrischerseits sei es hinsichtlich der Agoraphobie bereits zu einer deutlichen Besserung gekommen, es dürfe von einer vorsichtig optimistischen Prognose ausgegangen werden (S. 60).

3.3.2 Der RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2015 (IV-Nr. 51 S. 2 ff.) zusammenfassend fest, die Einschränkungen aus neurologischer Sicht stünden im Vordergrund. Dementsprechend seien ausschliesslich stehende und gehende Arbeiten

ungünstig, phasenweises Aufstehen und Umhergehen sei zumutbar. Für eine sitzende Tätigkeit sei wegen der Einschränkungen im Bereich der Hände (motorisch und sensibel) von einer gewissen Verlangsamung auszugehen. Die zeitliche Zumutbarkeit liege bei zweimal täglich drei Stunden mit etwas reduziertem Rendement, somit liege die Arbeitsfähigkeit bei 60 %. Aufgrund der Dekonditionierung liege die aktuelle Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nur bei 50 %, steigerbar innert sechs Monaten auf 100 %, sofern begleitend ein Aufbautraining durchgeführt werde. Fazit: Aus polydisziplinär gutachterlicher Sicht sei mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorhanden, steigerbar auf 100 %, wobei hier ja aufgrund der neurologischen Einschränkung die zu erreichende maximale Arbeitsfähigkeit bei 60 % liege. Es wäre also mittels eines Aufbautrainings die Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 60 % steigerbar. Dies kontrastiere jedoch mit den Erfahrungen der IV-Eingliederung und damit mit der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin. Somit stelle sich auch die Frage, ob die im Gutachten postulierten Bemühungen im Sinne eines Aufbautrainings real durchgeführt werden könnten. Soweit beurteilbar, würde Dr. med. B.____ diese Frage mit «nein» beantworten. Das Gutachten sei bis auf gewisse Unklarheiten in der Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit, welche jedoch oben hätten aufgelöst werden können, schlüssig und nachvollziehbar. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin Einkauf betrage 50 %, steigerbar auf 60 % innert sechs Monaten falls ein Aufbautraining durchgeführt werden könnte. Dies gelte auch für angepasste Verweistätigkeiten.

3.3.3 PD Dr. med. I.____, Leitender Arzt, J.____, Medizinische Klinik, Gastroenterologie, hielt im Bericht vom 29. Juni 2015 (IV-Nr. 132 S. 3 f.) aufgrund der durchgeführten ambulanten Ösophago-Gastroduodenoskopie vom 25. Juni 2015 folgende Beurteilung fest: Sowohl makroskopisch als auch histologisch weitgehend unauffälliger bzw. nicht wegweisender Befund in den eingesehenen Abschnitten von Ösophagus, Magen und Duodenum. Insbesondere kein Ulkus-, Blutungs-, TU- oder höhergradig florider Entzündungsnachweis. Vorschlag zum Procedere: In Anbetracht der soweit bzgl. der Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht wegweisenden oberen Endoskopie möchte PD Dr. med. I.____ neben einem vorerst expektativen / symptomatischen Vorgehen eine chirurgische Mitbeurteilung der Beschwerdeführerin betreffend die Indikation einer elektiven CHE bei letztlich persistierendem Verdacht auf das Vorliegen einer rezidivierend symptomatischen Cholezystolithiasis empfehlen.

3.3.4 Dr. med. K.____, Leitender Arzt, J.____, Institut für Medizinische Radiologie, hielt im Bericht vom 19. Januar 2016 (IV-Nr. 135 S. 3 f.) aufgrund der gleichentags durchgeführten CT NNH nativ folgende Beurteilung fest: Befund passend zu einer chronisch rekurrenden Pansinusitis mit Akzentuierung ethmoidal und derzeitigen mukösen Obliterationen mit konsekutiver Ventilationsbehinderung der Sinus maxillares, frontales et sphenoidales

3.3.5 Dr. med. L.____, Leitender Arzt, J.____, Medizinische Klinik, Kompetenzzentrum Neurologie, hielt im Schreiben vom 4. Januar 2017 (IV-Nr. 133 S. 1) fest, er habe die Beschwerdeführerin zuletzt am 15. Oktober 2014 für eine Besprechung gesehen und sie am 16. September 2014 zuletzt neurologisch untersucht. Da er die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich nicht mehr gesehen habe, sei es ihm leider nicht möglich, die Fragen der Beschwerdegegnerin zu beantworten.

3.3.6 Im Arztbericht vom 15. Dezember 2017 (IV-Nr. 129 S. 5 ff.) stellte der die Beschwerdeführerin seit 2008 behandelnde Dr. med. M.____, Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen: – Cervicale Myelopathie – Status nach Laminectomie C5/C6 mit Schraubenspondylodese (27. August 2012) bei kongenita engem Spinalkanal –

Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren – Agoraphobie mit Panikstörungen – Adipositas
Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Cholecystolithiasis – Psoriasis – Hypothyreose nach Hashimoto-Thyreoiditis (substituiert) Der Gesundheitsschaden bestehe seit 2012. Ergänzende medizinische Massnahmen seien nicht angezeigt. Im bisherigen Beruf oder Tätigkeitsbereich sei die Beschwerdeführerin seit Jahren 80 % arbeitsunfähig. Dieser Arbeitsunterbruch sei ausschliesslich gesundheitlich begründet. Die Beschwerdeführerin sei als hilflos zu betrachten. Sie sei seit Jahren beim Heben von schweren Lasten, bei Haushaltarbeiten mit vermehrter Belastung (Bsp. Staubsaugen) auf die Hilfe durch den Ehemann angewiesen. Die letzte Kontrolle sei am 11. Dezember 2017 erfolgt. Bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich die gesundheitliche Störung durch eine Leistungsverminderung infolge von generalisierten Schmerzen, störenden Missempfindungen, Schlafmangel und Konzentrationsstörungen aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zu 20 % zumutbar. Dabei bestehe keine Leistungsverminderung. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. So seien diverse Versuche zur Erhöhung der Arbeitszeit wegen der Zunahme der obengenannten Beschwerden immer wieder misslungen. Andere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem 20%igen Arbeitsbereich als Büroangestellte motiviert. Für sie selbst handle es sich um eine ideale Tätigkeit unter Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres Könnens. Arbeitsumgebung und Vorgesetzte empfinde sie als angenehm. Ein Wechsel in ein anderes Arbeitsgebiet würde ihre subjektive Belastung überfordern, was zu einer Verschlechterung der vorliegenden Symptomatik führen würde.

3.3.7 Im Bericht vom 21. Februar 2018 (IV-Nr. 135 S. 1 f.) hielt Dr. med. N.____, Leitende Ärztin, J.____, HNO Klinik, aufgrund der seit anfangs Dezember 2015 bis letztmalig am 22. Juni 2016 in Behandlung stehenden Beschwerdeführerin folgende Hauptdiagnosen fest: 1. Pansinusitis 2. Septumdeviation, Nasenmuschelhyperplasie Nebendiagnosen 3. dyshidrotisches Ekzem Befunde: HNO-Status vom 22. Juni 2016: Trommelfell insgesamt beidseits reizlos, rechts retrahiert. Endonasal rechte mittlere Muschel noch geschwollen, beidseits kein Sekretstau. Verlauf: Nach Abklingen der akuten Phase seien operative und konservative Verfahren angedacht und mit der Beschwerdeführerin besprochen worden. Es seien zunächst weitere konservative Verfahren, insbesondere Inhalationen und topische Steroide zur Anwendung gebracht worden. Am 31. März 2016 habe die Beschwerdeführerin zusätzlich ein dyshidrotisches Ekzem an beiden Händen entwickelt.

3.3.8 Dr. med. O.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht vom 10. Mai 2018 (IV-Nr. 141) fest, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 4. Januar 2012 bis aktuell. Die letzte Kontrolle habe am 23. April 2018 stattgefunden. Die Beschwerdeführerin komme circa achtmal pro Jahr in die Behandlung, d.h. knapp einmal pro Monat. Bisher habe ihr Dr. med. O.____ keine Arbeitsfähigkeit [wohl eher: Arbeitsunfähigkeit] attestiert. Folgende Diagnosen hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronisches cervical betontes Schmerzsyndrom: siehe Gutachten von 2014». Was die übrigen Diagnosen anbelange, sollten die entsprechenden Fachärzte konsultiert werden. Zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. O.____ eine weitgehend remittierte Agoraphobie mit Panikattacken fest. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei vorsichtig optimistisch. Die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Stabilisierung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin und zur Unterstützung in der Schmerzbewältigung sei weiterzuführen. Gegenwärtig arbeite die Beschwerdeführerin

als Sachbearbeiterin bei der Firma F.____. Sie arbeite oft mit grossen Schmerzen und versuche trotzdem, das reduzierte Pensum an ihrem langjährigen, angestammten Arbeitsplatz durchzuhalten, Absenzen gebe es kaum. Sie arbeite in einem kleinen, supportiven Team, sehr oft sei sie am PC, habe die Möglichkeit zur Wechselbelastung und werde vor allem auch vom Chef gut unterstützt. Zur Frage, welche Funktionseinschränkungen bestünden und wie sich diese auf die bisherige Tätigkeit auswirkten, seien die Neurologen und Rheumatologen zu konsultieren. Vom Psychiatrischen her bestünden schmerzbedingt eine reduzierte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit. Die Beschwerdeführerin erreiche bereits das ihr im Gutachten von 2014 attestierte Pensum. Vom Psychiatrischen her gebe es an der Fahreignung keine Zweifel. Für die Frage, wie viele Stunden pro Tag der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit zumutbar sei, seien die somatisch tätigen Ärzte zu fragen und die Gutachter zu konsultieren. Die Beschwerdeführerin sei schon lange wieder an ihren angestammten Arbeitsplatz zurückgekehrt. Sie bewältige ihren Haushalt mit Hilfe ihres Mannes und ihrer Familie. Die Arbeiten würden aber langsam vor sich gehen und sie müsse sie in kleine Untereinheiten aufteilen. Es wäre schön, wenn sich der IV-Fall nicht noch länger hinziehen würde. Der Rechtsstreit sei für die Beschwerdeführerin zermürend und wenn jetzt noch zusätzliche berufliche Massnahmen gefordert würden, könnte dies nach allem eine ungute Entwicklung einläuten. 3.3.9 Lic. iur. G.____, Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. August 2018 (IV-Nr. 144) fest, aus rechtlicher Sicht vermöchten insbesondere weder das neurologische noch das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle E.____ zu überzeugen. Im neurologischen Teilgutachten werde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 % attestiert, obwohl bei der klinischen Untersuchung die Hirnnerven unauffällig gewesen seien, bei der Tonusprüfung keine Spastik nachweisbar und die Kraftprüfung wegen wechselnder Befunde und sakkadierter Innervation letztlich nicht konklusiv gewesen sei und, soweit beurteilbar, sich keine relevanten Paresen gefunden hätten. Es sei zwar vom neurologischen Sachverständigen festgehalten worden, dass das klinische Bild mit einer leichtgradigen sensomotorischen Tetrasymptomatik, also mit einer cervicalen Myelopathie vereinbar sei. Die diesbezügliche Beurteilung sei aber erheblich erschwert gewesen, weil eine relevante funktionelle, d.h. organisch nicht erklärbare Überlagerung vorgelegen habe. Wegen dieser funktionellen Überlagerung, die im Teilgutachten auf S. 36 näher beschrieben worden sei, sei laut dem neurologischen Sachverständigen auch die Beurteilung des Schmerzsyndroms schwierig gewesen. Hierzu habe der Experte vorgebracht, dass bei der Schmerzbeschreibung der Beschwerdeführerin wiederum eine wahrscheinlich nicht organische Komponente erkennbar gewesen sei. Aus neurologischer Sicht sei auch erwähnenswert, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer radikulären Problematik bestanden hätten, auch nicht kernspintomographisch. Bei dieser aus Sicht des untersuchenden Neurologen schwierig zu beurteilenden Situation mit organischen und nicht organischen Faktoren wäre es unabdingbar gewesen, dass sich der psychiatrische Teilgutachter zu den massgeblichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 i.V.m. BGE 143 V 418 geäussert hätte. Der psychiatrische Experte habe es aber dabei bewenden lassen, die (damals noch geltenden) Foerster-Kriterien lediglich in aller Kürze abzuhandeln, obwohl bereits die 2004 erstellten Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychiatrischer Störungen besagt hätten, dass sich die Arbeits(un)fähigkeit aus der störungsbedingten Einschränkung der Funktionen und dem Schweregrad der Einschränkungen ergebe, wobei die kompensatorischen

Fähigkeiten angemessen berücksichtigt werden sollten. Mit anderen Worten sei von Seiten der Fachgesellschaft schon damals im Grunde genommen gefordert worden, dass leistungshindernde äussere Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits Berücksichtigung fänden (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6). Die Mangelhaftigkeit dieses polydisziplinären Administrativgutachtens werde im Übrigen durch die Feststellungen des rheumatologischen Teilgutachters verdeutlicht, habe dieser doch in seinem gutachterlichen Bericht festgehalten, dass mehrere Hinweise für eine wesentliche nicht-organische Schmerzkomponente bestünden, z.B. lasse sich die nicht vorhandene Handgreifkraft (0,0 bar beidseits) weder durch die radiologischen noch klinischen Untersuchungsbefunde erklären. Auch stehe dieser Befund im krassen Gegensatz zur Schilderung der Beschwerdeführerin, dass sie Haushaltsarbeiten soweit immer möglich selbständig mache, was bei praktisch fehlender Kraft in den Händen nicht möglich wäre. Weder vermöchten also die oben genannten Teilgutachten zu überzeugen noch liege eine nachvollziehbare gutachterliche Gesamtschau vor. Dem polydisziplinären Gutachten könne deshalb kein Beweiswert zukommen. Die Beschwerdegegnerin werde somit eine polydisziplinäre Oberbegutachtung in die Wege zu leiten haben (Fachdisziplinen: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie [andere resp. weitere Fachdisziplinen nach Ermessen der auszulosenden Gutachterstelle]), um zu einer vollständigen und abschliessenden Beurteilungsgrundlage gelangen zu können. Falls erneut die Begutachtungsstelle E. ___ ausgelost werden sollte, müsste der polydisziplinäre Gutachtensauftrag unter Ausschluss dieser Gutachterstelle neu verlost werden (vgl. Rz 5 im Anhang V KS VI). Sollte die Beschwerdeführerin die Notwendigkeit einer polydisziplinären Oberbegutachtung bestreiten, sei darauf hinzuweisen, dass eine anfechtbare Verfügung betreffend Gutachtensanordnung erst nach Feststehen der Gutachterstelle (und der vorgesehenen Gutachterpersonen) erlassen werden könnte (vgl. BGE 139 V 339).

3.4 Gestützt auf die vorangehenden Erwägungen erweist sich der rechtsrelevante Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer / neurologischer und rheumatologischer Sicht im hier relevanten Zeitpunkt der Verfügung vom 16. November 2018 (vgl. E. II. 1.1 hiervor) als noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit umfassend abgeklärt. So setzte sich lic. iur. G. ___ in seiner Stellungnahme vom 30. August 2018 (IV-Nr. 144 S. 2 f.) mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ vom 4. November 2014 (vgl. E. II. 3.3.1 hiervor) eingehend auseinander, wobei er in plausibler Weise aufzuzeigen vermochte, dass weder das psychiatrische noch das neurologische bzw. rheumatologische Teilgutachten überzeugen. Aufgrund dieser Stellungnahme, des der Beschwerdegegnerin zustehenden erheblichen Ermessensspielraumes (vgl. E. II. 3.1 hiervor) sowie der durch das Gericht im Zeitpunkt der hier angefochtenen Zwischenverfügung vom 16. November 2018 unpräjudiziellen Würdigung des vorliegenden Sachverhalts hat sich die Beschwerdegegnerin somit aus nachvollziehbaren Gründen für eine weitere umfassende medizinische Abklärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin entschieden. Denn ihr gesundheitlicher Zustand wurde bisher noch nicht umfassend abgeklärt. Es kann daher nicht von einer – wie von der Beschwerdeführerin vorgebrachten (A.S. 20) – unnötigen «second opinion» (vgl. E. II. 1.3 hiervor) ausgegangen werden. Dieses Vorbringen läuft ins Leere.

3.5 Nachfolgend ist auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

3.5.1 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann somit nicht auf das am 4. November 2014 erstattete Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ abgestellt werden. In Bezug auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach bei

der Begutachtungsstelle E.____ ein Verlaufsgutachten in Auftrag zu geben sei (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 hiervor), ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für die Vergabe eines Verlaufsgutachtens bei der Begutachtungsstelle E.____ gemäss E. II. 2.1 hiervor im vorliegenden Verfahren grundsätzlich erfüllt wären. So wurde bereits das vorangehende polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 4. November 2014 über die Plattform SuisseMED@P vergeben (vgl. IV-Nrn. 38, 40). Dennoch ist – wie unter E. II. 3.4 hiervor dargelegt – im massgebenden Zeitpunkt vom 16. November 2018 davon auszugehen, dass diesem Gutachten kein Beweiswert zukommt. Dadurch entfällt die Möglichkeit einer Verlaufsbeurteilung. Damit erweist sich auch das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin als nicht stichhaltig, wonach der Begutachtungsstelle E.____ Ergänzungsfragen zu stellen seien (vgl. E. I. 3 Ziff. 4 hiervor). Diese Option wäre nur bei einer stichhaltigen Grundlage bzw. einem bereits vorliegenden beweiswertigen Gutachten zu diskutieren.

3.5.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es handle sich vorliegend nicht um eine «Oberbegutachtung», sondern um eine Zweitbegutachtung (A.S. 15 unten). Diese Argumentation trifft zwar an sich zu. So werden als «Obergutachten in der Regel Gutachten bezeichnet, die durch ein Gericht in Auftrag gegeben werden. Dennoch hat diese Bezeichnung auf das vorliegende Verfahren keinen Einfluss, zumal aus den vorliegenden Akten eindeutig hervorgeht, was mit dem «Obergutachten» tatsächlich gemeint ist.

4. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. November 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht an der Notwendigkeit einer erneuten polydisziplinären Begutachtung festgehalten. Damit ist die Verfügung vom 16. November 2018 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

6. Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder 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) kostenlos (s. Art. 61 lit. a ATSG).

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