

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01126 vom 28. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01126

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01126 du 28 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01126 del 28 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

5. März 2007 ein (Urk. 8/52, bestätigt mit Einspracheentscheid der SUVA vom 12. Juni 2007, Urk. 8/56/2-11) .

Mit Verfügung vom 24. November 2009 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten ab 1. Juli 2006 eine Viertelsrente mit entsprechenden Kinderrenten zu (Urk. 8/93, Urk. 8/92).

E. 1.1

Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 25. September 2014, mit welcher die Beschwerdegegnerin an einer psychiatrischen Begutachtung durch Dr. Y. festhielt (Urk. 2). Hierbei handelt es sich um eine Zwischenverfügung im Sinne von Art. 55 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit Art.

E. 1.2

Für die Bejahung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils im Kontext des invalidenversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens mit seinen spezifischen Gegebenheiten (dazu eingehend BGE 137 V 210) muss berücksichtigt werden, dass das Sachverständigen Gutachten im Rechtsmittelverfahren mit Blick auf die fachfremde Materie faktisch nur beschränkt überprüfbar ist: Der Rechtsanwender sieht sich mangels ausreichender Fachkenntnisse kaum in der Lage, in formal korrekt abgefassten Gutachten objektivfachliche Mängel zu erkennen. Zugleich steht die faktisch vorentscheidende Bedeutung der medizinischen Gutachten für den Leistungsentscheid in einem Spannungsverhältnis zur grossen Streubreite der Möglichkeiten, einen Fall medizinisch zu beurteilen, und zur entsprechend geringen Vorbestimmtheit der Ergebnisse (BGE 137 V 210 E).

E. 1.3

Aufgrund der zitierten höchstrichterlichen Rechtsprechung ist auf die Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 25. September 2014 (Urk. 2) einzutreten. 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 27. Oktober 2014 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 25. September 2014 (Urk. 2) mit den Anträgen, diese sei aufgehoben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, auf das Gutachten von Dr. med.

Z. vom 3. September 2013 abzustellen und von einem weiteren psychiatrischen Monogutachten abzusehen. Eventuell sei die Zwischenverfügung vom 25. September

2014 aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten nach dem Zuweisungssystem MED@P durchzuführen, um anschliessend über einen allfällig geänderten Anspruch des Versicherten zu entscheiden (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2014 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 5. Dezember 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Verwaltung ist von Amtes wegen verpflichtet, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen (Art. 43 ATSG). Dies umfasst die Verpflichtung und das Recht, die Untersuchungen anzuordnen, welche zur Klärung des Sachverhalts erforderlich sind, nicht jedoch das Recht, eine „second opinion“ zu einem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihr dieser nicht gefällt (BGE 138 V 271 E. 1.1; Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007, E.

4.2). Entscheidend dafür, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, ob die bereits vorliegenden Gutachten die Praxis gemäss inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007, E. 4.2).

E. 2.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f., derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2.3

Das Bundesgericht erklärte die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschrieben worden sind, grundsätzlich sinngemäss auf mono- und bidisziplinäre Expertisierungen für anwendbar, was sowohl für die justiziablen Garantien (Partizipationsrechte, Verfügungspflichten und Rechtsschutz) als auch für die appellativen Teilgehälter von BGE 137 V 210 gilt (BGE 139 V 349 E. 5.4). 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen dar, mit dem nachgereichten Bericht der Klinik A.____ nehme man Kenntnis von beginnenden Abnützungserscheinungen an den Fingern des Beschwerdeführers. Die somatischen Befunde seien weiterhin hinreichend bekannt und im Hinblick auf die Restarbeitsfähigkeit in einer optimal leidensangepassten Erwerbstätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil

auch nicht relevant. Man ersuche den Beschwerdeführer in seinem eigenen Interesse, sich der vorgesehene Abklärung zu unterziehen (Urk. 2 S. 2). 3.2

Demgegenüber bestritt der Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer weiteren rein psychiatrischen Begutachtung als unzulässige *second opinion*. Es sei erstaunlich, dass sich die Basler Versicherungen gemäss Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin an den Kosten der *second opinion* beteiligten. Weiter sei festzuhalten, dass er seiner Mitwirkungspflicht bis heute immer nachgekommen sei (Urk. 1 S. 8 Ziff. 1-2).

Zur Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und der Zumutbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit sei bei persistierenden Beschwerden in beiden Händen und in der linken Schulter (Gelenkschmerzen, Sensibilitätsstörungen) eine polydisziplinäre (neurologisch, rheumatologisch, psychiatrisch), mindestens aber eine bidisziplinäre Begutachtung durchzuführen (Urk. 1 S. 9 Ziff. 3). 3.3

Streitig ist, ob sich der Beschwerdeführer im Rahmen der laufenden Revision erneut einer psychiatrischen oder gegebenenfalls

einer bidisziplinären Begutachtung zu unterziehen hat. 4. 4.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, versicherungsmedizinische Gutachtenstelle E.____, erstatteten am 9. Februar 2009 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/80) .

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1

E. 2.5

mit Hinweisen).

Diesen Umständen ist mit verfahrensrechtlichen Garantien zu begegnen (BGE 137 V 210 E. 2.5 und E. 3. 4.2.3 in fine). Die Mitwirkungsrechte müssen im Beschwerdeverfahren durchsetzbar sein. Ist dies durch Anfechtung des Entscheids nicht mehr möglich, kann ein nicht wieder gutzumachender Nachteil entstehen, der den Rechtsweg an eine Beschwerdeinstanz eröffnet. Da systemimmanent kein Anspruch auf Einholung eines Gerichtsgutachtens besteht (vgl. BGE 136 V 376), ist das Administrativgutachten häufig zugleich die wichtigste medizinische Entscheidungsgrundlage im Beschwerdeverfahren. In solchen Fällen kommen die bei der Beweiseinholung durch ein Gericht vorgesehenen Garantien zu Gunsten der privaten Partei im gesamten Verfahren nicht zum Tragen. Um dieses Manko wirksam auszugleichen, müssen die gewährleisteten Mitwirkungsrechte durchsetzbar sein, bevor präjudizierende Effekte eintreten (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.4). Mit Blick auf das naturgemäss begrenzte Überprüfungsvermögen der rechtsanwendenden Behörden genügt es daher nicht, die Mitwirkungsrechte erst nachträglich, bei der Beweiswürdigung im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren einzuräumen. Für die Annahme eines drohenden unumkehrbaren Nachteils spricht schliesslich auch, dass die mit medizinischen Untersuchungen einhergehenden Belastungen zuweilen einen erheblichen Eingriff in die physische oder psychische Integrität bedeuten (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7).

Aus diesen Gründen hat das Bundesgericht die Anfechtbarkeitsvoraussetzung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten bejaht, zumal die nicht sachgerechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur tatsächlichen Nachteil bewirkt (BGE 137 V 210 E.

3.4.2.7). Nicht anfechtbar sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dagegen Zwischenverfügungen, in welchen keine Gutachterstelle benannt wird, sondern nur die Bestimmung einer solchen in Anwendung des Zuweisungssystems „SuisseMED@P“ angekündigt wird. Denn unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, worin der Nachteil des Versicherten bestehen sollte, wenn er die Gutachtensanordnung nicht anfechten kann, bevor auch die Gutachterstelle feststeht (BGE 139 V 339 E. 4.5).

E. 5

Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG), die bei Bejahung eines nicht wieder gutzumachenden Nachteils (Art. 46 Abs. 1 lit. a VwVG; BGE 132 V 93 E. 6.1) grundsätzlich selbständig mit Beschwerde angefochten werden kann.

E. 5.1

Im September 2011 wurde eine Rentenrevision eingeleitet (Urk. 8/104).

F.____ und Dr. med. G.____, Oberarzt Rheumaklinik, Physiotherapie Ergotherapie, Spital H.____, erstatteten am 20. Dezember 2012 einen Bericht über ein Arbeitsassessment (Urk. 8/117).

Die Fachleute des Spitals H.____ stellten folgende arbeitsrelevante Diagnosen (S.

2 Ziff. 1): - zervikobrachiales Syndrom links - Verdacht auf CPPD-Arthropathie, Erstdiagnose August 2012 - Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica links - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Ein allfälliges arbeitsrelevantes Problem sei nicht erhoben worden, da während der Tests das Schmerzverhalten des Patienten mit ausgeprägter Selbstlimitierung im Vordergrund gestanden habe (S. 2 Ziff. 3).

Seit einem Autounfall am 31. Juli 2005 bestünden anhaltende Nackenschmerzen links, welche nach frontotemporal links, aber auch nach parietal rechts ausstrahlten und von Kopfschmerzen begleitet seien. Dazu bestehe eine Ausstrahlung über die linke Schulter in die

3. und 4. Finger links. Weiter bestehe ein Verdacht auf eine CPPD-Arthropathie mit Schwerpunktbefall der Ellbogen- und Handgelenke und der MCP- und PIP-Gelenke II-V. Die Schulterbeweglichkeit sei links mehr als rechts schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Klinische Zeichen einer Synovitis fanden sich in den Ellbogengelenken, den MCP-Gelenken II, III beidseits sowie den PIP-Gelenken II-IV links. Bei Prüfung der Schulterfunktion falle eine deutliche Kraftminderung aller Muskeln der Rotatorenmanschette auf, ohne dass entsprechende Muskeltrophien erkennbar seien (S. 3 Ziff. 4).

Insgesamt lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nicht erklären (S. 3 Ziff. 4 unten).

Unter der Annahme, dass es sich bei der letzten beruflichen Tätigkeit (Mitarbeit Gepäckabfertigung Flugzeuge) um eine mindestens mittelschwere, vorwiegend gehende und stehende Tätigkeit mit Einnehmen von Zwangshaltungen des Oberkörpers (Flugzeuge beladen) gehandelt habe, könne aufgrund der heute objektivierbaren Befunde keine volle Leistungsfähigkeit mehr angenommen werden. Insbesondere das Einnehmen von Zwangspositionen über längere Zeit und das Hantieren von Lasten von über 20 kg dürfte

dauerhaft eingeschränkt sein. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit dürfte der Patient deshalb bestenfalls noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreichen. Aus prognostischen Überlegungen sei von einer Rückkehr in diese Tätigkeit abzuraten. Zusätzlich bestehe eine psychische Problematik mit Krankheitswert (schwere depressive Episode) auf Grund derer der Patient derzeit nicht arbeitsfähig sei (Arbeitsunfähigkeit von 100 %). Zur Prognose und zur diesbezüglichen längerfristigen Zumutbarkeit müsse aus psychiatrischer Sicht Stellung genommen werden (S. 4 Ziff. 5.1).

Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Argumente, die gegen eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer mindestens leichten wechselbelastenden Tätigkeit sprechen würden. Allerdings müsse aufgrund der aktuellen Befunde eine Beschwerdezunahme im Tagesverlauf angenommen werden, welche eine Leistungsminderung von maximal 20 % begründe. Daraus ergebe sich in einer angepassten Tätigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 4 Ziff. 5.2).

E. 5.2

Dr. med.

Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am

3. September 2013 im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 8/128). Dr. Z.____ führte aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass seine Situation immer schlimmer geworden sei. Seine Hände seien geschwollen und schmerzhaft (S. 6 Ziff. 3a). Nach seiner Arbeitsfähigkeit befragt,

habe der Beschwerdeführer aggressiv, provozierend und ablehnend reagiert. Er habe erklärt, es sei wohl klar, dass er mit seinen Schmerzen nicht mehr arbeiten könne. Er sei auch zu müde, habe keine Energie. Nähere Angaben seien nicht erhältlich.

Das Schmerzerleben sei in der Mimik und Gestik glaubwürdig und echt feststellbar gewesen. Die Hände seien stark geschwollen gewesen.

In der ständigen Verweigerung der Kooperation hätten sich die Missachtung sozialer Regeln und Verpflichtungen gezeigt. Die aggressiven Tendenzen hätten sich bis zur Bedrohlichkeit gesteigert. Die Ehefrau des Beschwerdeführers sei während zirka zehn Minuten bei der Untersuchung anwesend gewesen. Auf die Erwähnung einer U-Haft 1996 habe der Beschwerdeführer mit Vorwürfen reagiert, wobei er äußerst aggressiv gewirkt habe (S. 10 Ziff. 4). In der Untersuchung seien eine mittelgradige Freudlosigkeit, Interesseverlust und negativ pessimistische Zukunftsgedanken festgestellt worden. Er sei mittelgradig deprimiert, hoffnungs- und lustlos gewesen. Sowohl Onychophagie als auch Stottern wiesen auf massive aggressive Komponenten hin (S. 11 oben).

Dr. Z.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 15 f.). Zur Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gab Dr. Z.____ an, es seien eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives Verhalten festzustellen gewesen. Dies habe sich auch in der Untersuchung gezeigt, vor allem, wenn der Beschwerdeführer auf sein unaufrichtiges Verhalten angesprochen worden sei (S. 15 unten).

Aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie der dissozialen Persönlichkeitsstörung lasse sich unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsbefunde und der anamnestischen Angaben aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 % begründen.

Über den Verlauf der progredienten Arbeitsunfähigkeit könnten wegen der ausgeprägten Verweigerungshaltung auf dem Boden der Persönlichkeitsstörung keine zuverlässigen Angaben gemacht werden. Die im Gutachten der

Gutachtenstelle E.____ von 2009 attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % sei auf dem Boden der Beurteilung durch Dr. C.____ erfolgt, welcher damals eine leichte- bis mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe (S. 18 Ziff. 5.2).

Der Beschwerdeführer könne sich bei der Ausübung irgendeiner Tätigkeit weder auf Copingstrategien noch auf Ressourcen stützen (S. 19 lit. a). Während der Untersuchung hätten sich wiederholt Inkonsistenzen, Aggravationstendenzen und unaufrichtiges Verhalten gezeigt (S. 19 lit. c). 5.3

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 5. März 2014 im Auftrag der Basler Versicherungen eine Stellungnahme zu den medizinischen Akten ab (Urk. 8/143/2-21).

Dr. I.____ zitierte aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____: „Das Schmerzerleben war in der Mimik und Gestik gläubig und echt feststellbar.“ Dr. I.____ bemerkte dazu, es sei unklar, woran eine glaubwürdige Darstellung erkannt worden sei; unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten würden diesbezüglich zumindest Zweifel beschrieben.

Zumindest bei dem erwähnten Interesseverlust und negativen pessimistischen Zukunftsgedanken handle es sich um subjektive Angaben des Beschwerdeführers

(S. 10 unten). Weder Stottern noch Nägelkauen seien ausgewiesene „aggressive Komponenten“. So handle es sich bei Stottern um eine Sprechstörung und bei Nägelkauen um eine Verhaltensstörung, die jedoch nicht in Verbindung mit Aggressivität gebracht werden könnten. Die Angabe, dass sich Dr. Z.____ offenbar bedroht gefühlt habe, weise möglicherweise darauf hin, dass das Gutachten nicht mehr in neutraler Art und Weise erstellt worden sei (S. 11).

Gemäss dem Gutachten sei der Explorand ganz unfähig, aus seinen Erfahrungen und Bestrafungen zu lernen. Dr. I.____

stellte dazu fest, es sei unklar, auf welcher Erkenntnis diese Aussage beruhe. Diese Angabe sei insgesamt vage und so nicht nachvollziehbar (S. 12 Mitte).

Der Befundbescrib im Gutachten weise mehrfach subjektive Angaben auf; eine eindeutige Trennung zwischen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und objektiven Befunden werde nicht vorgenommen. Offenbar werde auch in erheblichem Umfang auf die Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers abgestützt, was kritisch einzuschätzen sei, da, wie bereits erwähnt, die Erfassung subjektiver psychischer Symptome aus der Selbstschilderung des Beschwerdeführers

nur

mit einer geringen Validität möglich sei. Darüber hinaus, weise es darauf hin, dass sich der Gutachter des Unterschieds zwischen den selbst erhobenen Befunden und den vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden nicht bewusst sei, respektive er seine kritisch distanzierte Position als neutraler Sachverständiger aufgegeben und sich mit dem Beschwerdeführer identifiziert habe. Denkbar sei auch, dass der Gutachter durch die empfundene Bedrohung nicht mehr in der Lage gewesen sei, eine neutrale, umfassende Begutachtung durchzuführen

(S. 13 f.).

Im Gutachten werde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kooperation praktisch nicht vorhanden („sehr rudimentär“) respektive verweigert worden sei. Zu dem bestünden mehrfache Hinweise darauf, dass der Gutachter sich bedroht gefühlt habe. Dies führe in der Gesamtschau unter anderem zum Schluss, dass das Gutachten nicht mehr neutral verfasst worden sei (S. 14 unten).

Eine eindeutige und zweifelsfreie Diagnosestellung einer mittelschweren depressiven Episode könne anhand des beschriebenen Psychostatus (Befund) aufgrund der genannten Mängel nicht nachvollzogen werden (S. 15 oben). Im Vergleich der Gutachten von Dr. C.____

und

Dr. Z.____ sei festzustellen, dass sich keine erhebliche, richtungsweisende Verschlechterung ergeben habe. Die diagnostische Einschätzung sei nahezu identisch; wieso nun eine deutlich höhere Arbeitsunfähigkeit geschätzt werde, werde im Gutachten nicht diskutiert und sei insgesamt nicht nachvollziehbar. Zudem sei festzustellen, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom dissozialen Typus so nicht nachvollzogen werden könne. So entwickle sich eine Persönlichkeitsstörung in der Kindheit und Jugend

und führe zu erheblichen zwischenmenschlichen Problemen mit drastischen Auswirkungen auf die soziale, familiäre und berufliche Integration. Im Gutachten von Dr. C.____ werde jedoch keine Persönlichkeitsstörung mit Beginn in der Kindheit und Jugend beschrieben; im Gegenteil werde eine praktisch unauffällige Entwicklung beschrieben. Der Beschwerdeführer habe an keinen Brückensymptomen oder anderen psychosexuellen Entwicklungsstörungen gelitten (S.

16

f.). Zusammenfassend sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht festzustellen, dass das Gutachten von Dr. Z.____, soweit einschätzbar, zwar die vorhandene Aktenlage berücksichtige,

es fände sich jedoch keine vollständig erhobene Anamnese. Die anamnestischen Angaben seien aufgrund der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers eingeschränkt gewesen. Die Diagnosen seien anhand der Befunde ebenfalls nicht nachvollziehbar. Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass alleine aufgrund einer Verweigerungshaltung nicht automatisch eine psychische Störung abgeleitet werden könne. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei das Gutachten nicht nachvollziehbar (S.

18 unten) . 5. 4

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdeführerin (RAD), hielt in einer Stellungnahme vom 6. März 2014 (Urk. 7 S. 9

oben) fest, bei nachgewiesenen lakunären Gewissensentwicklungen, wie bei den im psychiatrischen Gutachten genannten Persönlichkeitszügen (dissozial/antisozial/psychopathisch), stünden affektive Diagnosen oftmals im Widerspruch. In diesem Zusammenhang empfehle sich ein Ergänzungsgutachten bei einem forensisch erfahrenen Neuropsychologen beziehungsweise Psychiater mit allfälligen testpsychologischen Untersuchungen. Der Gutachter bestätige ein Aggravationsverhalten und unaufrichtiges Verhalten mit Inkonsistenzen. Mit dieser Aussage könne eine rechtsgenügende Gültigkeit des Gutachtens nicht bestätigt werden. Ausserdem werde eine Haltung eines Delinquenten beschrieben und nicht eine Haltung melancholicus passend bei einer depressiven Störung. Der Gutachter habe keine Tests

(Hamilton oder Beck) abgenommen, um die Depression zu quantifizieren. Er spreche von einer bedrohlichen Aggressivität des Exploranden. Ein Depressiver könne nicht bedrohen. Es entstehe eher eine Gefühlslere und Antriebslosigkeit und beim Gutachter oder Behandler stelle sich eher eine Müdigkeit (Gegenübertragung) ein. 5. 5

Dr. med. K. ____, Facharzt für Handchirurgie, Oberarzt

Klinik A. ____, stellte in einem Bericht vom 31. März 2014 (Urk. 8/147) die handchirurgischen Diagnosen: Verdacht auf Tendovaginitis stenosans Dig. II-IV beidseits, Stadium I-II; beginnende Grundgelenksarthrose Dig. II und III beidseits; Zustand nach Fraktur Os metacarpale V rechts 2009. Als Nebendiagnose nannte er einen Verdacht auf eine Calcium-Phosphat-Ablagerungserkrankung und als Differentialdiagnose eine Hämochromatose (S. 1).

Dr. K. ____

gab zum erhobenen Befund an, die Inspektion zeige zunächst einen insgesamt sehr bewegungseingeschränkten Patienten mit Schonhaltung sämtlicher Langfinger in einer mittleren Beugung. Es falle beidseits eine milde Schwellung beider Hände auf. Bei der Aufforderung, einen Faustschluss durchzuführen, verbleibe ein Fingerkuppen-Hohlstand-Abstand von 5 cm. Im Vergleich zu den beiden ulnaren Grundgelenken wiesen das MCP-II und III-Gelenk beidseits eine verminderte Schwellung als möglicher Hinweis auf eine Chondrokalzinose und differentialdiagnostisch auf eine Hämochromatose auf. Auf Höhe der A1-Ringbänder Dig. II-IV bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz (S.

2 oben). Dr. K. ____ ging von einer Chondrokalzinose und differentialdiagnostisch von einer Hämochromatose als Ursache für die Schmerzen in den Grundgelenken Dig. II und III aus. Nichtsdestotrotz erklärten die Schwellung und die Schmerzsymptomatik hier nicht das gesamte Beschwerdeausmass, vor allem nicht die Schmerzen in den Langfingern auf Höhe des palmaren Aspektes der Grundgelenke, weshalb möglicherweise zusätzlich eine im Vordergrund stehende Tendovaginitis stenosans vorliegen könnte. Er empfehle, die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie nach vorheriger genauer Diagnosestellung abzuklären (S. 2). 5. 6

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren zudem einen Bericht von Dr. med.

L. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 29. September 2014 (Urk. 3) ein.

Dr. L. ____ stellte darin die Diagnosen: - MCP-Gelenksarthrose Dig II und III beidseits bei starkem Verdacht auf eine CPPD-Arthropathie - AC-Gelenksarthrose links - mittelgradige chronische Depression - Status nach Metacarpale V Fraktur rechts 2009 konservativ

Dr. L.____

fürte weiter aus , der Beschwerdeführer leide unverändert an Gelenkschmerzen in beiden Händen und der linken Schulter. Der Faustschluss sei nicht möglich. Zusätzlich klagt er seit längerer Zeit über Sensibilitätsstörungen in den Fingern II und III. Der Beschwerdeführer sei durch die massiven Hand / Fingerbeschwerden in seinem täglichen Leben sehr eingeschränkt. 6 .

6.1

Dr. I.____ brachte in der Stellungnahme vom 5. März 2014 Einwände gegen das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vor (E. 5. 3 hiervor). 6.2

Nach der von Dr. I.____

vorgebrachten Kritik, der sich der RAD der Beschwerdegegnerin anschloss, bestehen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. Z.____ . So ist gestützt auf die Einschätzung Dr. I.____ s nicht auszu schliessen , dass sich der Gutachter durch den Beschwerdeführer bedroht fühlte und sich dieser Umstand auf das Gutachten auswirkte.

Weiter ist dem RAD beizupflichten , dass die im Gutachten beschriebenen Inkonsistenzen und Aggravationstendenzen des Beschwerdeführers (E.

5.2)

bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuschneiden gewesen wären.

Aus dem Gutachten von Dr. Z.____

ergibt sich mangels fehlender Kooperation des Beschwerdeführers nicht ausreichend , ob im Vergleich zur Begutachtung der

Gutachtenstelle E.____

im Jahr 2008 eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Das Gutachten von Dr. Z.____ vermag den Voraussetzungen für ein medizinisches Gutachten (E. 2.2 hiervor) demnach

nicht zu genügen. 6.3

Da das Gutachten die genannten Mängel aufweist, liegt hinsichtlich einer erneuten Begutachtung keine unzulässige second opinion vor , weshalb sich die angefochtene Verfügung insofern als richtig erweist.

Der Beschwerdeführer ist auf seine Mitwirkungspflichten

bei einer erneuten Begutachtung etwa bei der Erhebung der Anamnese hinzuweisen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). 6.4

Zudem sind die geklagten Hand- und Schulterschmerzen gutachterlich abzuklären. Die Beschwerdegegnerin übersieht in der Verfügung vom 25. September 2014 (Urk. 2 S. 2) , dass das

Spital H.____

für eine behinderungsangepasste Tätigkeit

aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung von 20 %

attestierten (E).

5.1). Die rheumatologischen Beschwerden sind daher für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit relevant. Damit ist eine gesamthafte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht erforderlich. Eine neurologische Abklärung erscheint indessen nicht indiziert zu sein.

Da keine internistischen Beschwerden bekannt sind, ist deshalb eine interdisziplinäre Begutachtung nicht zwingend erforderlich. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 23. September 2014 dahingehend abzuändern, dass eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers vorzunehmen ist. 7.

7.1

Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Beschwerdeverfahren kostenlos (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung) . 7.2

Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 23. September 2014 dahingehend abzuändern, dass eine interdisziplinäre Abklärung (psychiatrisch und rheumatologisch) des Beschwerdeführers vorzunehmen ist.

2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. O.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

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 dem 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 Brugger

E. 8

Ziff. 6.1): - leichte bis mittelgradige depressive Episode - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei somatischen und psychischen Faktoren - leicht bis

höchstens mässig ausgeprägtes, linksbetontes Cervicalsyndrom bei Status nach Heckauffahrkollision am 31. Juli 2005 mit radiologisch radialem Riss im Anulus fibrosus bei C6/7

Der psychiatrische Gutachter führte aus, vergleiche man die Befunde, wie sie anlässlich der heutigen Untersuchung erhoben worden seien, mit jenen der vorliegenden psychiatrischen Akten, so divergierten diese nicht wesentlich. Auch heute sei es schwierig, ein psychisches Leiden wirklich psychopathologisch abgegrenzt feststellen zu können, da die Symptomatik des Exploranden geprägt sei durch seine Passivität, eventuell auch durch eine Medikamentenüberdosierung (insbesondere Seroquel) und deren Auswirkungen sowohl auf die Psychomotorik wie auch auf die Affektivität. Dennoch bleibe der Eindruck, dass der Explorand leicht bis mittelgradig depressiv sei. Er habe wenig Interesse, sei affektiv beschränkt schwingungsfähig, ernsthaft, lebe zurückgezogen, könne ohne Medikamente angeblich nicht schmerzfrei leben, nehme am Familienleben nur zurückhaltend Anteil, kümmere sich kaum um Haushaltarbeiten, habe wenig Initiative und wirke eher bedrückt und niedergeschlagen (S. 16 unten). Die Beschwerden hätten einen somatischen, aber auch einen psychogenen Ursprung. Der Explorand zeige auch eine gewisse Verdeutlichungstendenz (S. 16 f.).

Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit in der Gepäckabfertigung nicht mehr zumutbar sei. Aus neurologischer Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit mit leichter bis höchstens sporadisch mässiger Körperbelastung der Körperachse und des Schultergürtels eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand eingeschränkt arbeits- und leistungsfähig im Hinblick auf seine Depressivität und die Schmerzsymptomatik, beides Symptomkreise, die die jeweiligen Copingmechanismen negativ beeinflussten, sodass es zu einem *circulus vitiosus* komme. Dr. C. schliesse aus rein psychiatrischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Auch gesamtmedizinisch müsse von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (S. 21 f. Ziff. 7.2-7.3). 4.2

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer daraufhin mit Verfügung vom 24. November 2009 rückwirkend ab dem 1. Juli 2006 eine Viertelsrente zu (Urk. 8/93). 5.

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