

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01338 vom 24. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01338

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01338 du 24 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01338 del 24 luglio 2018

Erwägungen

E. 1.1

mit Hinweis).

E. 1.2

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.1; in BGE 139 V 585 nicht veröffentlichte E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2013 vom 7. November 2013 E. 3.4).

E. 1.3

Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. 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 dem Versicherungsträger dieser nicht gefällt. Entscheidend dafür, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, ob die bereits vorliegenden Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2.; vgl. auch BGE 138 V 271 E. 1.1).

E. 1.4

Zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen existieren keine festen Kriterien. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der

Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (beispielsweise internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer beziehungsweise eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Gemäss Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), Stand 1. Januar 2015, Rz

2081.2, können die folgenden formellen und materiellen Einwände gegen eine sachverständige Person geltend gemacht werden: - Die begutachtende Person hat in der Sache ein persönliches Interesse; - Die begutachtende Person ist mit einer Partei in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert oder durch Ehe, Verlobung oder Kindesannahme verbunden; - Die begutachtende Person ist aus anderen Gründen in der Sache befangen; - Der begutachtenden Person fehlt es an der nötigen Fachkompetenz. 1.

E. 1.7

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt. Hingegen ist der FMH-Titel nicht Bedingung (Urteile des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2 und 8C_65/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 7. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 9. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die IV-Stelle sei anzuweisen, von einer polydisziplinären Begutachtung abzusehen und anstelle deren eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung vorzunehmen. Eventuell sei die IV-Stelle anzuweisen, eine bidisziplinäre psychiatrische und neurologische Begutachtung vorzunehmen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2018 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 6. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Mit Verfügung

vom 13. Februar 2018 (Urk. 12) wurden der Beschwerdeführerin die vollständigen Akten zur Stellungnahme zugestellt. Mit Replik vom 11. Mai 2018 (Urk. 15) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Mit Eingabe vom 4. Juni 2018 (Urk. 17) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik, was der Beschwerdeführerin am 5. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass die Zuteilung zur Gutachterstelle O.____ in Zürich rechtsprechungsgemäss über die Plattform SuisseMED@P und somit klar nach dem Zufallsprinzip erfolgt sei. Die dort tätigen Gutachter und Gutachterinnen würden die notwendigen und qualitativen Voraussetzungen erfüllen, um Gutachten für die Invalidenversicherung zu erstellen. Vorliegend würden alle Gutachter in ihrem Fachgebiet über einen Facharztstitel verfügen und es seien keine Gründe ersichtlich, weshalb sie nicht über das notwendige Fachwissen verfügen sollten. Zudem habe die Rechtsprechung eine aktuelle Praxistätigkeit bisher nie als Voraussetzung für eine gutachterliche Tätigkeit genannt. Schliesslich seien Fachärzte in Psychiatrie gemäss Ausführungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV für neuropsychologische Testungen zugelassen (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, dass sich sowohl aus der Aktenlage im Zusammenhang mit der Zusprechung der Rente als auch aus den neueren Berichten ergebe, dass ihre Leistungsfähigkeit nur aus psychiatrischen Gründen beeinträchtigt sei und die Beeinträchtigung – trotz Wegfallens psychosozialer Belastungsfaktoren – anhalte. Auch bezüglich allfälliger psychosozialer Faktoren seien somit keine weiteren Abklärungen notwendig (S. 4 Rz 7). Somit seien ausschliesslich psychiatrische Gesundheitsschäden zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund rechtfertige sich im Lichte der Abklärungspflicht der Invalidenversicherung respektive ihrer Mitwirkungspflicht eine polydisziplinäre Begutachtung nicht. Notwendig sei nur eine psychiatrische Untersuchung, weitergehende Untersuchungen seien vom Untersuchungsgrundsatz nicht gedeckt (S. 7 Rz 11). Sollten auch die somatischen Beschwerden abgeklärt werden, sei die Begutachtung bidisziplinär auf die Bereiche Psychiatrie und Neurologie zu beschränken (S. 7 f. Rz 13).

Daran hielt die Beschwerdeführerin in ihrer Replik (Urk. 15) grundsätzlich fest. 3. 3.1

Vorab ist die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu beurteilen, wonach sich die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren nicht mit ihren vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt habe (vgl. Urk. 15 S. 2 Mitte). 3.2

Es trifft zwar zu, dass sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben vom 12. September 2017 (Urk. 8/106) mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin bezüglich der Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung (vgl. Urk. 8/105) nicht näher auseinandersetzte und nur oberflächlich begründete, weshalb sie an der polydisziplinären Begutachtung festhielt. In der angefochtenen Zwischenverfügung vom 9. November 2017 (Urk. 2) setzte sich die Beschwerdegegnerin jedoch hinreichend mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin auseinander.

Im Übrigen konnte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 7. Dezember 2017 (Urk. 1) bei voller Kognition des hiesigen Gerichts alle ihre Argumente vorbringen, womit eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin ohnehin als geheilt anzusehen ist.

4. 4.1

Die Zusprache einer Viertelsrente mit Verfügung vom 27. Oktober 2011 (Urk. 8/35) erfolgte im Wesentlichen gestützt auf den psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. November 2010 (Urk. 8/18; vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 7. Februar 2011, Urk. 8/24 S. 3 ff.). Dieser diagnostizierte einen Status nach Erschöpfungsdepressionen mit ängstlich-vermeidenden Zügen mit dem Hintergrund einer chronischen Selbstüberforderung im beruflichen wie privaten Bereich (ICD-10 F43.23) sowie eine neurasthenische Entwicklung mit protrahierter verminderter Belastbarkeit auf dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit vorwiegend zwanghaften und abhängigen Zügen (ICD-10 F48.0). Als Differentialdiagnose führte er eine Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend zwanghaft-selbstunsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 F60.7) auf (Urk. 8/18 S. 5 Ziff. 9). Dr. Y.____ erachtete die Beschwerdeführerin seit dem 18. August 2009 als zu 50 % arbeitsfähig, wobei die bisherige Tätigkeit eine den Ressourcen der Beschwerdeführerin am ehesten entsprechende, optimal angepasste Tätigkeit darstelle (Urk. 8/18 S. 6 Ziff. 14).

In der Folge ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass seit dem 18. August 2009 eine 50%ige Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit bestehe (vgl. Verfügungsteil 2, Urk. 8/42). 4.2

Die wiedererwägungsweise Aufhebung der zugesprochenen Viertelsrente mit Verfügung vom 8. Juli 2015 (Urk. 8/85 = Urk. 8/86/20-24) begründete die Beschwerdegegnerin damit, dass die Arbeitsunfähigkeit, die zur Rentenzusprache geführt habe, durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst und auch unterhalten worden sei. Weitere Diagnosen, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, hätten damals nicht bestanden. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht begründe die Arbeitsunfähigkeit, welche durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden sei, keine länger andauernde oder bleibende Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise Invalidität. Da damals kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden bestanden habe, hätte auch keine Rente zugesprochen werden dürfen, weshalb die Verfügung vom 27. Oktober 2011 klar falsch gewesen sei (S. 2).

Gegen die rentenaufhebende Verfügung erhob die Beschwerdeführerin am 3. September 2015 Beschwerde (Urk. 8/86/3-19). 4.3

Das hiesige Gericht entschied mit Urteil vom 24. Oktober 2016 (Urk. 8/90; Prozess Nr. IV.2015.00883), dass die Zusprache einer Viertelsrente mit Verfügung vom 27. Oktober 2011 (Urk. 8/35) zweifellos unrichtig gewesen sei, da die von der Beschwerdegegnerin in der rentenzusprechenden Verfügung getroffene Annahme einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung basiert und insbesondere im Widerspruch zu der schon damals geltenden Rechtsprechung gestanden habe (E. 6.4).

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands, mithin zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 8. Juli 2015 (Urk. 8/85 = Urk. 8/86/20-24), lag

insbesondere das vertrauensärztliche Gutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der zuständigen Pensionskasse vom 15. März 2014 (Urk. 8/70) vor. Dr. Z.____ kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin an einem Status nach Erschöpfungssyndrom bei chronischer Überlastung respektive Überforderung im beruflichen wie auch privaten Bereich (ICD-10 F48) leide. Eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend zwanghaft-selbstunsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 F60.7) verneinte er hingegen (S. 8 f. Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 12 lit. a).

Das hiesige Gericht kam zum Schluss, dass das Gutachten von Dr. Z.____ – aus näher dargelegten Gründen – keine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage darstelle, weshalb eine abschliessende Beurteilung über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit somit nicht möglich sei (E. 7.2). Demensprechend erachtete das hiesige Gericht die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als unzulänglich, weshalb sie die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückwies, damit diese nach ergänzender Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge (E. 7.3). 5. 5.1

In Nachachtung dieses Urteils klärte die Beschwerdegegnerin die medizinische und erwerbliche Situation erneut ab (vgl. Feststellungsblatt vom 30. Januar 2018, Urk. 7 S. 1). 5.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 1. Februar 2016 (Urk. 8/99/7-11) aus, dass die Beschwerdeführerin permanent an extremer Müdigkeit und Ermüdbarkeit leide. Die Symptomatik habe sich anfangs 2015 nochmals verschlechtert. Sie befinde sich in einem Zustand konstanter Erschöpfung und Erholungsbedürftigkeit. Im Vergleich zu früheren Jahren habe sich die Überempfindlichkeit gegen «Immissiven» leicht gebessert. Es fehle ihr physisch und psychisch an Kraft, Freude und Lebenslust. Ihre Stimmung sei gedrückt und resigniert. Die Behandlung habe bestanden und bestehe heute noch aus regelmässigen psychiatrischen Konsultationen (S. 2 f.).

Die Beschwerdeführerin sei im Oktober 2014 im Rahmen einer interdisziplinären Abklärung am P.____ (P.____) neurologisch und neuropsychologisch abgeklärt worden. Neuropsychologisch sei festgestellt worden, dass die motorische Verarbeitungsgeschwindigkeit, die intrinsische und extrinsische Aufmerksamkeitsaktivierung sowie die konzentrierte Belastbarkeit reduziert seien. Ätiologisch bleibe die Symptomatik der körperlichen und geistigen Erschöpfungssymptome leider unklar, weise jedoch auf ein multifaktorielles Geschehen hin. Neurologisch sei der Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz festgestellt worden. Es sei unter anderem Physiotherapie und medizinisches Krafttraining empfohlen worden. Ein ergänzend durchgeführter Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)-Persönlichkeitstest spreche für eine selbstkritische und eher rigide Persönlichkeit mit Verdacht auf histrionische und hypochondrische Züge (S. 3 Mitte).

Es sei von einer mittelschweren Depression (ICD-10 F33.1) auszugehen. Differentialdiagnostisch müsse eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer

Krankheit (ICD-10 F62.1) erwogen werden (S. 4 unten). Aus der ursprünglichen Burnout-Symptomatik respektive Erschöpfungsdepression habe sich zwischenzeitlich eine eigenständige psychiatrische Störung im Rahmen des depressiven Formenkreises entwickelt, dies trotz vollständigen Wegfallens psychosozialer Belastungsfaktoren (S. 5 oben, vgl. S. 4 oben).

5.3

Die Ärzte des P.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, berichteten am 3. April 2017 (Urk. 8/104 = Urk. 3) über die gleichentags erfolgte Untersuchung und diagnostizierten einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, einen Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz sowie eine Depression (S. 1). Seit November 2016 habe die Beschwerdeführerin vermehrt von Schwindel berichtet. In den letzten Wochen hätte sich die Symptomatologie gebessert. Die Schwankschwindelsymptomatologie hätte sich mit Physiotherapie deutlich gebessert (S. 1 unten f.). 5.4

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 27. April 2017 (Urk. 8/99/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende (chronifizierte) depressive Störung mittleren bis schweren Grades mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.11) - Differentialdiagnose: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1) - benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel - chronische vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz

Die Beschwerdeführerin leide noch unter den gleichen Beschwerden wie im Februar 2016, diese hätten seither jedoch tendenziell zugenommen. Es würden eine rasche Ermüdbarkeit, sehr begrenzte Belastbarkeit, rasche Abnahme von Konzentration und Leistungsvermögen bei beruflicher Tätigkeit von mehr als zwei Stunden, Schwindelzustände vor allem bei Immissionen im Bereich des Gesichtssinns, Angst- und Beklemmungsgefühle, anhaltend gedrückte Stimmung bis hin zu Verzweiflungsgefühlen und ein immenses Ruhe- und Schlafbedürfnis vorliegen. Aufgrund des bisherigen, langjährigen Verlaufs sei mit keiner wesentlichen Veränderung, namentlich nicht mit einer Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu rechnen (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gymnasiallehrerin seit dem 1. September 2011 bis auf Weiteres, voraussichtlich dauernd, zu 70 % eingeschränkt (Ziff. 1.6). Sie sei in der Lage, zwei Stunden am Stück als Gymnasiallehrerin zu arbeiten, danach müsse sie zwingend Ruhepausen einlegen. Es seien ihr daher maximal sechs Unterrichtslektionen pro Woche zumutbar (Ziff. 1.7).

5.5

Der RAD- Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 11. September 2017 (Urk. 7 S. 3) aus, dass Dr. A.____ in seinem Bericht vom 27. April 2017 (vgl. vorstehend E. 5.4) neben der depressiven Störung die zusätzlichen Diagnosen eines benignen Lagerungsschwindels sowie einer chronischen vestibulären Migräne gestellt habe. Er berichte über Schwindelzustände bei Immissionen im Bereich des Gesichtssinns und über ein rasches Nachlassen der Konzentration. Weiter werde über eine neurologische und neuropsychologische Abklärung im P.____ im Jahr 2014 berichtet. Bei letzterer sei die Ätiologie der festgestellten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung unklar geblieben. Es sei von einem multifaktoriellen Geschehen

ausgegangen worden. Detaillierte Befundberichte lägen nicht vor. Im Bericht des P.____ vom 3. April 2017 (vgl. vorstehend E. 5.3) werde erneut auf den Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne hingewiesen. Es werde weder eine genauere diagnostische Einordnung noch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Zu den neuropsychologischen Beschwerden nehme der Bericht keine Stellung. Da die genannten Diagnosen und Beschwerden möglicherweise nicht ausschliesslich auf psychische Ursachen zurückzuführen seien, respektive auch ein psychosomatischer Zusammenhang bestehen könnte, werde an der polydisziplinären Abklärung festgehalten.

E. 6

Wird eine Begutachtung verfügungsweise angeordnet, so kann die versicherte Person materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich (etwa mit dem Einwand, es handle sich um eine unnötige „second

opinion“), gegen Art oder Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen) oder gegen bezeichnete Sachverständige (etwa betreffend deren Fachkompetenz) erheben (BGE 138 V 271 E.

E. 6.1

Streitig und zu prüfen ist die Notwendigkeit der angeordneten polydisziplinären Begutachtung (vgl. vorstehend E. 2.1, E. 2.2).

E. 6.2

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Zusprache einer Viertelsrente im Oktober 2011 aus psychischen Gründen, namentlich gestützt auf die Diagnosen eines Sta tus nach Erschöpfungsdepressionen mit ängstlich-vermeidenden Zügen mit dem Hintergrund einer chronischen Selbstüberforderung im beruflichen wie privaten Bereich (ICD-10 F43.23) sowie einer neurasthenischen Entwicklung mit protra hierter verminderter Belastbarkeit auf dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit vorwiegend zwanghaften und ab hängigen Zügen (ICD-10 F48.0), erfolgte (vor stehend E. 4.1). Auch das hiesige Gericht hielt in seinem Urteil vom 24. Oktober 2016 fest, dass zum Zeitpunkt der wiedererwägungsweisen Aufhebung der zuge sprochenen Viertelsrente im Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 4.2) eindeutig psychi sche Beschwerden im Vordergrund gestanden hätten (vorstehend E. 4.3).

Im Weiteren geht aus den – nach der Rückweisung der Sache an die Beschwer degegnerin zur Abklärung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführe rin (vgl. vorstehend E. 4.3) eingeholten – Berichten hervor, dass weiterhin eine psychische Symptomatik im Vordergrund steht. So diagnostizierte Dr. A.____ im Februar 2016 eine mittelschwere Depression (ICD-10 F33.1; vorstehend E. 5.2) und im April 2017 eine rezidivierende (chronifizierte) depressive Störung mittleren bis schweren Grades mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.11; vorstehend E. 5.4). Auch die Ärzte des Interdiszipli nären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des P.____ diag nostizierten im April 2017 eine Depression (vorstehend E. 5.3).

E ine psychiatrische Abklärung erweist sich demnach als erforderlich, was auch von der Beschwerdeführerin befürwortet wird (vgl. vorstehend E. 2.2).

E. 6.3

Neben den psychiatrischen Beschwerden liegt zudem eine Schwindelsymptomatik vor. So führte Dr. A.____ in seinem Bericht von Februar 2016 aus, dass die Beschwerdeführerin im

Oktober 2014 im Rahmen einer interdisziplinären Abklärung am P.____ unter anderem neurologisch abgeklärt worden sei, wobei der Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz festgestellt worden sei

(vorstehend E. 5.2). Die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des P.____ diagnostizierten sodann im April 2017 einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel und wiesen erneut auf einen Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz hin, wobei keine genauere diagnostische Einordnung vorgenommen wurde. Zudem legten sie dar, dass sich die Schwindelsymptomatik mit Physiotherapie in den letzten Wochen verbessert habe

(vorstehend E. 5.3). Inwiefern sich die Schwindelsymptomatik und der Verdacht auf eine chronifizierte vestibuläre Migräne auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, legten die Ärzte des P.____ hingegen nicht dar.

Demgegenüber diagnostizierte Dr. A.____ im April 2017 neben einem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel eine chronische vestibuläre Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz und führte aus, dass die Beschwerdeführerin noch unter den gleichen Beschwerden wie im Februar 2016 leide, wobei diese tendenziell eher zugenommen hätten. Dabei lägen unter anderem Schwindelzustände vor allem bei Immissionen im Bereich des Gesichtsinns vor (vorstehend E. 5.4).

Demnach findet zwar – wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbrachte (vgl. Urk. 1 S. 5 Rz 8) – eine Behandlung der Schwindelsymptomatik statt, jedoch liegt diesbezüglich gestützt auf die soeben genannten Berichte entgegen ihrer Ansicht (noch) keine Beschwerdefreiheit vor. Zudem ist aufgrund der vorliegenden Akten nicht erstellt, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich an einer chronifizierten vestibulären Migräne mit phobischer Komponente und visueller Dominanz leidet und ob sich diese – zusammen mit der Schwindelsymptomatik – auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

E. 6.4

Ferner sind auch Konzentrationsstörungen aktenkundig. So führte Dr. A.____ in seinem Bericht von Februar 2016 aus, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 2014 im Rahmen einer interdisziplinären Abklärung am P.____ unter anderem neuropsychologisch abgeklärt worden sei, wobei festgestellt worden sei, dass die motorische Verarbeitungsgeschwindigkeit, die intrinsische und extrinsische Aufmerksamkeitsaktivierung sowie die konzentrierte Belastbarkeit reduziert seien. Die Ätiologie der körperlichen und geistigen Erschöpfungssymptome sei unklar geblieben, weise jedoch auf ein multifaktorielles Geschehen hin (vorstehend E. 5.2). Die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des P.____ äusserten sich in ihrem Bericht vom April 2017 nicht zu den neuropsychologischen Beschwerden (vorstehend E. 5.3; vgl. Urk. 8/104 = Urk. 3).

Dr. A.____ berichtete im April 2017 unter anderem von einer raschen Abnahme von Konzentration und Leistungsvermögen bei beruflicher Tätigkeit von mehr als zwei Stunden und legte dar, dass eine Depression mindestens mit mittelschweren, phasenweise schweren Grades, vorliege mit den Kardinalsymptomen Interesseverlust, Freudlosigkeit, Antriebsverlust beziehungsweise erhöhte Ermüdbarkeit und den zusätzlichen Symptomen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, Schlafstörungen und

verminderter Appetit (vorstehend E. 5.4; Urk. 8/99/1-6 Ziff. 1.4). Ob die Konzentrationsunfähigkeit klar der depressiven Störung zugeordnet werden kann, kann daher – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 5 Rz 8) – lediglich gestützt auf den Bericht von Dr. A.____ nicht abschliessend beurteilt werden.

E. 6.5

Nach dem Gesagten kann nicht von einer vollends gesicherten Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik, die offenkundig ausschliesslich das Fachgebiet der Psychiatrie respektive die Fachgebiete der Psychiatrie und Neurologie beschlägt, gesprochen werden. Es bestehen durchaus Hinweise, dass neben der psychischen auch eine neurologische sowie neuropsychologische Problematik vorliegt.

Überdies ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass wenn ein polydisziplinäres Gutachten angezeigt ist, die Allgemeine Innere Medizin immer vertreten ist (vgl. KSVI Rz 2075). Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 6 Rz 10) erweisen sich somit als unbegründet.

E. 6.6

Die angeordnete polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie dient damit der für den Endentscheid notwendigen Sachverhaltsabklärung. Konkrete Gründe, weshalb der Beschwerdeführerin die Teilnahme an dieser Begutachtung unzumutbar wäre, wurden nicht substantiiert geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

E. 6.7

Im Weiteren wandte sich die Beschwerdeführerin gegen eine Begutachtung durch die ihr am 11. Oktober 2017 (vgl. Urk. 8/110) namentlich bekanntgegebenen Teilgutachter der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. C.____), Neurologie (Dr. med. D.____), Neuropsychologie (Dr. med. E.____) sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. med. F.____). Sie machte im Wesentlichen geltend, dass Dr. C.____ und Dr. D.____ zwar über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen würden, ihre Adressen jedoch gemäss dem Medizinalberuferegister in der Klinik Q.____ angesiedelt seien, weshalb nicht eruierbar sei, ob sie dort eine Praxis führen würden, das Gleiche gelte für Dr. F.____ (vgl. Urk. 1 S. 8 f. Rz 15). Dr. C.____, Dr. D.____ und Dr. F.____ verfügen in ihrem Fachgebiet über einen entsprechenden Facharztstitel und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb ihnen die mit Blick auf die Gutachtenstätigkeit geforderte Voraussetzung der Vertrautheit mit den hiesigen Gepflogenheiten im Bereich der diesbezüglichen Begutachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2012 vom 14. März 2013 E. 3.2.3) abgesprochen werden sollte. Ob Dr. C.____, Dr. D.____ und Dr. F.____ über eine Praxis verfügen, braucht vorliegend nicht näher geprüft zu werden, da die Rechtsprechung eine aktuelle Praxistätigkeit bisher nie als Voraussetzung für eine gutachterliche Tätigkeit genannt hat.

Zudem beanstandete die Beschwerdeführerin, dass Dr. med. E.____ nicht über die fachlichen Anforderungen in Neuropsychologie verfüge (vgl. Urk. 1 S. 9 Rz 16). Die Beschwerdegegnerin führte diesbezüglich in der angefochtenen Zwischenverfügung (Urk. 2) aus, dass gemäss Ausführungen des BSV Fachärzte in Psychiatrie, wie Dr. E.____, für neuropsychologische Testungen zugelassen seien (S. 2). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das Schreiben eines Arztes der O.____ vom 1. November 2017 (Urk. 8/114), der auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 8/113)

hin darlegte, dass ihm der Leiter Gutachten- und Prozessmanagement RAD der Beschwerdegegnerin telefonisch mitgeteilt habe, dass Psychiater seitens der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich als neuropsychologische Gutachter akzeptiert würden, da dies im Einklang mit der Weisung des BSV stehe. Dr. E.____ sei kraft seines Ausbildungs-Curriculums neuropsychologisch voll qualifiziert und dementsprechend auch berechtigt, diese Leistung nach TARMED gegenüber den Krankversicherern abzurechnen (S. 1 f.).

Das BSV stellt seit dem 1. Juli 2017 neue fachliche (Mindest-)Anforderungen an Sachverständige, die als Neuropsychologen an polydisziplinären Gutachten nach Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) mitwirken. Dies erfolgte in Nachvollzug des am 1. Juli 2017 in Kraft getretenen Art. 50b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), um die gleichen Qualitätsanforderungen auch in der Invalidenversicherung herzustellen. Die neuen fachlichen Anforderungen für eine neuropsychologische Tätigkeit betrifft jedoch nur Psychologen und nicht Psychiater (vgl. das IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_531/2017 und 9C_532/2017 vom 15. September 2017 E. 4.3). Es ist hingegen üblich und anerkannt, dass Psychiater, wie Dr. E.____ der über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, als neurologische Gutachter anerkannt werden (vgl. hierzu die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, SGPP, S. 19 Ziff. 4.3.2, <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien>). Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin erweist sich somit als unbegründet.

E. 6.8

Die (nach dem Zufallsprinzip) erfolgte Vergabe des polydisziplinären Gutachtens an die O.____ in Zürich

ist demnach nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 7

Da es im vorliegenden Verfahren nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Beschwerdeverfahren kostenlos (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, im Umkehrschluss). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

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

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

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

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