

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00128 vom 27. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00128

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00128 du 27 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00128 del 27 giugno 2018

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 (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. 1.2

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 praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2 f.; vgl. auch BGE 138 V 271 E. 1.1).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

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).

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. 1.1 mit Hinweisen).

E. 2

Der Versicherte erhob am 31. Januar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Dezember 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei auf eine erneute Begutachtung zu verzichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2018 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 1. März 2018 wurde dem Beschwerdeführer eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt. Die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. II.1 oben) wurde vom Gericht als nicht erforderlich erachtet (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Anfechtungsgegenstand ist die Verfügung vom 21. Dezember 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers angeordnet hat (Urk. 2). Es handelt sich dabei um eine Zwischenverfügung im Sinne von Art. 55 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Diese ist gestützt auf Art. 46 lit. a VwVG selbständig anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken kann (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.1).

In BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 wurde in Änderung der früheren Rechtsprechung erkannt, die Eintretensvoraussetzung des nicht wiedergutzumachenden Nachteils sei bei der Anordnung von medizinischen Gutachten und der Bezeichnung der Gutachter für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren regelmässig gegeben, zumal die nicht sachgerechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur einen tatsächlichen Nachteil bewirken werde. Hinzu komme, dass die mit medizinischen Untersuchungen einhergehenden Belastungen zuweilen einen erheblichen Eingriff in die physische oder psychische Integrität bedeuten würden.

Eine Anfechtung der Zwischenverfügung vom 21. Dezember 2017 ist daher möglich.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid fest, in den Berichten der Hausärztin und der behandelnden Psychiaterin fänden sich Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Psychiatrisch werde eine neue Diagnose gestellt. Beide Ärztinnen sähen gegenüber 2015 mehr Ressourcen für eine berufliche Tätigkeit.

Nach einem Bericht des Vereins Horizonte habe der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit leicht steigern können, indem er einen Tag pro Woche extern bei der B.____ GmbH arbeite. Die Homepage der Firma biete keinen Anhaltspunkt, dass es sich dabei um eine Arbeit in einem geschützten Rahmen handle. Nach den vorliegenden Berichten bestünden zahlreiche ungeklärte Sachverhalte und Widersprüche, die eine abschliessende Beurteilung durch ein Gutachten erforderlich ten (Urk. 2 S. 2 unten).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte vor, trotz des Umstandes, dass sich der Sachverhalt nicht entscheidungsrelevant verändert habe, was sämtliche behandelnden Mediziner sowie die Fachleute der geschützten Werkstätte bestätigten, wolle die Beschwerdeführerin ein erneutes Gutachten einholen. Dies trotz des Umstandes, dass er im vorliegenden Revisionsverfahren bereits ein polydisziplinäres Gutachten habe über sich ergehen lassen müssen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 11).

Die Einholung eines entbehrlichen Zweitgutachtens stelle eine unzulässige Verfahrensverzögerung dar. Das Bundesgericht habe weiter erkannt, dass die Beschwerdeführerin nicht verpflichtet sei, sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen, wenn der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt worden sei (Urk. 1 S. 4 Ziff. 12). Es sei ihm nicht zumutbar, sich immer und immer wieder Beweisermittlungen der Beschwerdeführerin unterwerfen zu müssen, bis es ihr endlich gelinge, verwertbare Beweisergebnisse zu erzeugen. Sodann befinde er sich seit der IV-Anmeldung im Jahr 2009 beinahe ununterbrochen in Abklärungsverfahren (Urk. 1 S. 6 Ziff. 18-19).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Beschwerdeführer erneut einer psychiatrischen Begutachtung zu unterziehen hat oder ob mit dem vorliegenden polydisziplinären Gutachten vom 8. August 2016 und den übrigen medizinischen Akten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine für den massgeblichen Sachverhalt ausreichende medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllt sind.

Nachfolgend ist auf die medizinische Aktenlage einzugehen.

E. 3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 14. Juni 2011 im Auftrag der Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 10/42).

Dr. C.____ nannte als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung (ICD-10 F41.0, S. 45 Ziff. 4.1). Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe erstmals im Juli 2007 eine Panikattacke erlitten, nachdem er jahrelang als Hauswart sehr viel gearbeitet habe, sich um seine Familie mit drei kleinen Kindern gekümmert und einen Schrebergarten bewirtschaftet habe. Seit Oktober 2010 sei er trotz einer langfristigen ambulanten, psycho-pharmakologischen Psychotherapie, zweier stationärer psychiatrischer Hospitalisationen und einer Therapie in einer psychiatrischen Tagesklinik nicht mehr in der Lage gewesen, über einen längeren Zeitraum zu 100 % als Hauswart zu arbeiten (S. 46 Ziff. 5 oben).

Aufgrund der Panikstörung bestehe seit dem 31. März 2010 in der freien Wirtschaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 46 unten). Der Gutachter empfehle eine ambulante, engmaschige Expositionstherapie, wobei die Bezugspersonen des Beschwerdeführers in die Therapie miteinzubeziehen seien. Parallel dazu empfehle er die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit halbtags in einem geschützten Rahmen. Dabei könne mit der Panikstörung und der Angst des Beschwerdeführers umgegangen werden, nie mehr gesund und leistungsfähig zu werden. Bei einem solchen Vorgehen könne innerhalb eines Jahres an einer Arbeitsstelle im bisherigen Tätigkeitsbereich in der freien Wirtschaft wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 47). Seit dem 20. Oktober 2008 habe in Bezug auf die bisherige und eine angepasste Tätigkeit eine zwischen 100 % und 50 % wechselnde

Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 31. März 2010 bestehe bis anhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 48 unten).

E. 4.1

Dr. phil. D.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, und Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten in einem nicht datierten am 20. Januar 2014 bei der Beschwerdegegnerin einge gangenen Bericht (Urk. 10/82) als psychiatrische Diagnosen eine Somatisierungs störung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (S. 1 Ziff. 1.1).

Dr. D.____ und Dr. E.____ führten zur Anamnese aus, der Patient habe sich 2008 zum ersten Mal stationär behandeln lassen, aufgrund einer depressiven Symptomatik mit körperlichen Beschwerden (thorakales Druckgefühl, Kribbel parästhesien und Druckgefühl im Kopf). Die somatische Abklärung habe unauf fällige Befunde erbracht. Nach einer Stimmungsaufbesserung bei Persistenz der Schmerzgefühle sei 2009 eine erneute stationäre Behandlung erfolgt aufgrund einer erneuten mittelgradigen depressiven Störung, einer Angst-Symptomatik und einer Somatisierungsstörung. Im Anschluss daran sei eine ambulante Behandlung erfolgt. Seit 2007 bestünden konstante Symptome wie Schwindel, Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Ängste und eine depressive Verstimmung. Zudem bestünden verschieden körperliche Symptome wie Muskelverhärtungen und Krämpfe im Nacken und den Armen, ein Druck im Kopf, dyspeptische Beschwerden, eine Kraftlosigkeit linksbetont und grosse Sorgen um die körper liche Gesundheit. Im Jahr 2010 sei erneut eine stationäre Behandlung im Sana torium F.____ erfolgt (S. 2 Ziff. 1.4 oben).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werde auf absehbare Zeit nicht von der Wieder er langung einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen. Ein mögli ches Arbeitspensum in einer behinderungsangepassten, geschützten Tätig keit dürfte sich bei einer Reduktion der depressiven Symptome auf maximal 30 50 % beschränken, verteilt auf vier bis fünf Tage pro Woche (S. 2 Ziff. 1.4 unten). Dr. D.____ und Dr. E.____ attestierten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit dem 6. Januar 2013 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (S. 3 Ziff. 1.6). Die Einschränkungen wirkten sich in Form einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit bei der Arbeit sowie einer erhöhten Stress-Vulnerabilität aus. Zudem sei davon auszugehen, dass sich der Patient eher schlecht gegenüber Vor gesetzten und Mitarbeitern durchsetzen könne und er seine Bedürfnisse und Grenzen nicht äussern könne. Der Patient verbringe aktuell drei Tage à jeweils 2.5 Stunden an einer geschützten Arbeitsstätte im Atelier am See in O.____ (S. 3 Ziff. 1.7 unten).

E. 4.2

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 31. Juli 2014 (Urk. 10/94 S. 4 f.) aus, bereits die Hausärztin des Beschwerdeführers habe auf relevante körperliche Faktoren hin gewiesen (Spondylose der Halswirbelsäule, HWS, Hand-, Fusschmerzen). Sie habe sich an einen Zusammenbruch des Beschwerdeführers mit somatoformen Beschwerden im Jahr 2007 erinnert. Seit 2007 bestünden mehr oder minder kon stante Symptome (Schwindel, Kraftlosigkeit linksbetont, Muskelver härtungen, Krämpfe im Nacken). Diese stellten einen psychosomatischen Sachverhalt dar, der einer konsensuellen Beurteilung von somatischer und psychiatrischer Seite bedürfe. Eine alleinige psychiatrische Begutachtung greife hier zu kurz. An einer polydisziplinären Begutachtung werde daher festgehalten.

E. 4.3.1

Die Gutachter des Z.____ erstatteten am 8. August 2016 (Urk. 10/118) ein poly disziplinäres Gutachten.

Von orthopädischer Seite wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 6 Ziff. 6.1). Insofern wurde für die angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 7 Ziff. 8.1). Die internistische Untersuchung ergab ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 40 Ziff. 5).

E. 4.3.2

Die psychiatrische Begutachtung fand am 1. Juni 2016 durch Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, statt (S. 9 Ziff. 1.1 Mitte). Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit Januar 2013 bei Dr. D.____ in regelmässiger psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung mit einem Rhythmus von zwei Behandlungen pro Monat (S. 18 Ziff. 3.2.1 unten). Zum Untersuchungszeitpunkt hätten keine Hinweise für Ängste oder Panikattacken bestanden und die Beschwerden seien ohne wesentliche emotionale Beteiligung geschildert worden. Es sei ein leichter sozialer Rückzug angegeben worden. Hinzu kämen Insuffizienzgefühle und Versagensängste (S. 25 Ziff. 5.2 oben).

Nach einer unauffälligen Kindheitsentwicklung hätten über Jahre keine psychischen Störungen mit Krankheitswert bestanden. Im Jahr 2005 sei es ohne erkennbaren Grund zu einem wiederholten thorakalen Druckgefühl, einem Schwindelgefühl und Schwarzwerden vor den Augen gekommen. Weiter seien Schlafstörungen mit Durchschlafstörungen, einer Schlafverkürzung und Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule aufgetreten. Offensicht hätten rezidivierende Angststörungen bestanden. Ab 2008 habe der Beschwerdeführer eine rezidivierende Panikstörung mit episodisch auftretender Angst entwickelt, verbunden mit Hyperventilation, Kribbelparästhesien und tetanischen Krämpfen an den Extremitäten. Vegetativ sei es zu einem Anstieg des Blutdruckes und zu Herzsensationen gekommen (S. 26 f. Ziff. 7.1). Seit etwa 2008 seien rezidivierende depressive Störungen hinzugekommen mit anfangs mittelgradigen Episoden. Seit etwa 2010 liessen sich leichte depressive Episoden erheben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt seien keine akuten Angstsymptome zu erkennen gewesen und es bestünden nur Hinweise für eine leichte depressive Störung. Im Zusammenhang mit der Panikstörung und der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichten depressiven Episoden fänden sich sodann Hinweise für eine Somatisierungsstörung mit multiplen körperlichen Beschwerden. Die Beschwerden liessen sich organisch nicht ausreichend erklären und stünden im Zusammenhang mit der Panikstörung und der rezidivierenden depressiven Störung (S. 27 Mitte).

Zudem lägen Hinweise für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit Insuffizienzgefühlen und den Gefühlen zu versagen vor. Weiter bestünden eine Anspannung und Besorgtheit mit Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten aus Furcht vor Enttäuschung und Versagen (S. 27 unten). Seit der Zusprache einer ganzen Rente im Juni 2010 bestehe weiterhin eine Panikstörung. Der Beschwerdeführer habe aber unter Therapie erlernt, mit leichten psychosozialen Belastungen besser umzugehen. Bei schweren psychosozialen Belastungen komme es weiterhin zu Panikstörungen mit den beschriebenen Symptomen, die nach etwa drei bis vier Tagen abklingen würden (S. 28 Ziff. 7.2 unten).

Zur Persönlichkeit liessen sich beim Exploranden trotz der relativ unauffälligen Kindheitsentwicklung Hinweise für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung erheben. Dabei handle es sich um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Beim Exploranden fänden sich andauernde Gefühle von Anspannung und Besorgtheit sowie Insuffizienzgefühle und vor allem Verunsicherungen. Dabei komme es zur Vermeidung vor allem von beruflichen Aktivitäten. Zudem liessen sich seit Jahren verminderte soziale Kontakte erheben (S. 29 unten). Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer sei nicht anzunehmen. Der Explorand erhalte weiter seit Jahren eine psychotherapeutische Behandlung, worunter offensichtlich eine Besserung der Panikstörung und der depressiven Störung eingetreten sei (S. 29 f.). Trotzdem würden weiterhin Panikstörungen auftreten und es lasse sich weiterhin eine rezidivierende leichte depressive Störung erheben (S. 30 unten).

Aus psychiatrischer Sicht könne für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter und für allgemeine Hauswartarbeiten eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bei vollem Stundenpensum etwa seit Januar 2016 angenommen werden. Der Zeitraum davor könne retrospektiv nicht eindeutig eingeschätzt werden (S. 33 Ziff. 8.1 Mitte). Aufgrund der Panikstörung auf der Grundlage einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sei der Beschwerdeführer in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit beeinträchtigt. Durch die Störungen seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Anpassungs- und Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt (S. 33 Ziff. 8.1.1). In einer leidensangepassten Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei vollem Stundenpensum angenommen werden (S. 34 Ziff. 8.2). Bei einer adaptierten Tätigkeit solle es sich um eine Arbeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung in einer entspannten und klar strukturierten Atmosphäre handeln (S. 34 Ziff. 8.2.2).

E. 4.3.3

Die Gutachter nannten gesamthaft als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45 Ziff. 12.1): - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 45 Ziff. 12.2): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Pseudolumboischialgie links bei leichter Degeneration bei L4 bis S1 mit Diskushernie bei L4/5 ohne neurale Kompression - Präadipositas - benigne Prostatahyperplasie - Reizdarm

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter und Hausabwart seit Januar 2016 gesamthaft und bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 40 % beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (S. 45 Ziff. 13.1). Für Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung bestehe seit Januar 2016 gesamthaft und bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 45 f. Ziff. 13.2).

E. 4.4

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 30. September 2016 zum Gutachten des Z.____ aus, der psychiatrische Gutachter habe neu eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dies erscheine wenig plausibel. Der Gutachter habe geschrieben, dass der Beschwerdeführer über Jahre an keiner psychischen Störung gelitten habe. Die Berufsanamnese passe sodann nicht für eine Relevanz der Arbeitsfähigkeit (Urk. 3 S. 6 f.). Der Vorgutachter und die anderen behandelnden Ärzte hätten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt. Es solle beim psychiatrischen Gutachter nachgefragt werden. Er solle die Diagnose begründen (S. 7 oben).

E. 4.5

Gutachter Dr. H.____ antwortete am 17. Oktober 2016 (Urk. 10/121/3-5) auf die Rückfrage der Beschwerdegegnerin. Er gab an, er habe im psychiatrischen Teil gutachten vom 2. Juni 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung gestellt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe er eine Somatisierungsstörung genannt (S. 2 oben). Wie im Gutachten beschrieben, liessen sich bei der Beurteilung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers trotz der relativ unauffälligen Kindheitsentwicklung Hinweise für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung erheben. Dabei handle es sich um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten und in deutlichen Abweichungen in der Wahrnehmung, im Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Beim Exploranden fänden sich andauernde Gefühle von Anspannung und Besorgtheit sowie Insuffizienzgefühle und vor allem Versagensängste. Damit komme es zur Meinung, vor allem von beruflichen Aktivitäten aus Angst vor Enttäuschung und Versagen. Weiter liessen sich seit Jahren verminderte soziale Kontakte erheben (S. 2 Mitte).

Obwohl sich vor 2005 keine psychischen Störungen mit Krankheitswert hätten erheben lassen, sei anzunehmen, dass der Panikstörung eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung zugrunde liege, deren Symptome sich im Laufe des Lebens zunehmend manifestiert hätten, zumal im Rahmen der einmaligen psychiatrischen Untersuchung keine spezifischen Ursachen der Panikstörung zu erheben seien. Damit sei am ehesten anzunehmen, dass sich die Symptome der Panikstörung auf der Grundlage einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung entwickelt hätten. Ausserdem sei festzustellen, dass im Rahmen einer einmaligen psychiatrischen Untersuchung aufgrund der Anamnese und des eigenen klinischen Eindrucks lediglich Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung erhoben werden könnten. Im Rahmen einer einmaligen psychiatrischen Untersuchung könne eine Persönlichkeitsstörung weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Dies sei nur durch eine längere Beobachtung im Längsverlauf möglich (S. 2 f.). Sollte sich im weiteren Therapieverlauf das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nicht bestätigen, sei stattdessen aufgrund der Angstsymptomatik eine generalisierte Angststörung anzunehmen, die zu den gleichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führe (S. 3).

E. 4.6

RAD-Arzt Dr. I.____ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 11. November 2016 (Urk. 3 S. 7 f.) aus, Dr. H.____ habe angegeben, dass sich trotz einer relativ unauffälligen

Kindheit Hinweise für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung ergeben hätten. Hinweise genühten nach Einschätzung des Referenten jedoch nicht. Gemäss Dr. H.____ sei anzunehmen, dass der Panikstörung eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zugrunde liege. Diese Annahme sei nicht belegt. Der Umstand, dass der Gutachter keine spezifischen Ursachen für die Panikstörung erheben könne, lasse die Begründung für eine Persönlichkeitsstörung als Spekulation erscheinen (S. 7 Mitte). Gemäss dem Gutachter könnten im Rahmen einer einmaligen psychiatrischen Untersuchung aufgrund der Anamnese und des eigenen klinischen Eindruckes lediglich Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung erhoben werden. Im Rahmen einer einmaligen psychiatrischen Untersuchung könne eine Persönlichkeitsstörung weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Dies sei schlüssig. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei daher nicht nachvollziehbar.

Sollte sich gemäss der Stellungnahme des Gutachters im weiteren Therapieverlauf das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nicht bestätigen, sei stattdessen aufgrund der Angstsymptomatik eine generalisierte Angststörung anzunehmen, die die gleichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der Gutachter relativiere hier prospektiv seine Diagnose und führe eine weitere Diagnose ein, begründe diese jedoch nicht. Auf das psychiatrische Teलगutachten könne daher nicht abgestellt werden (S. 7 unten).

E. 4.7

Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin führte in einer internen Stellungnahme vom 23. Juni 2017 aus, im psychiatrischen Kontext komme es rechtsprechungs gemäss grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das psychiatrische Teलगutachten sei jedoch auch diesbezüglich nicht überzeugend und insbesondere die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Im Gutachten werde ausdrücklich festgehalten, dass im Vergleich mit dem Zeitpunkt der Renten zu sprache offensichtlich eine Besserung der Panikstörung und der depressiven Störung eingetreten sei. Weshalb der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit dennoch weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig sein solle, werde jedoch nicht weiter begründet. Diesbezüglich sei festgehalten worden, dass zum Untersuchungszeitpunkt keine Hinweise für eine Angstsymptomatik zu erkennen gewesen seien. Er habe ruhig und entspannt gewirkt und habe seine Beschwerden relativ emotionslos geschildert. Lediglich bei schweren psychosozialen Belastungen würden weiterhin Panikstörungen auftreten. Dabei sei jedoch zu beachten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Feststellung einer anspruchsvollen Beeinträchtigung der Gesundheit weitgehend ausser Acht zu lassen seien. Auch der Einfluss der Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht ohne Weiteres nachvollziehbar (Urk. 10/127 S. 2 unten). Zur Klärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers werde eine erneute psychiatrische Begutachtung empfohlen (S. 3).

E. 4.8

Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gab in einem nicht datierten am 19. Oktober 2017 eingegangenen Verlaufsbericht (Urk. 10/142) an, es bestehe ein wechselhafter Verlauf und es komme immer wieder zu Rückfällen. Weiter bestünden rezidivierende Schmerzen an der Wirbelsäule (Ziff. 1.3). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % beziehungsweise von vier Stunden pro Tag

(Ziff. 2.1 und 4.2).

E. 4.9

Dr. D.____ und Dr. E.____ nannten in einem nicht datierten Verlaufsbericht (Urk. 10/145) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung, eine Somatisierungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (S. 1 Ziff. 1.2).

Dr. D.____ und Dr. E.____ führten zu den erhobenen Befunden aus, der Beschwerdeführer sei im formalen Denken leichtgradig umständlich und mittel gradig eingeengt auf seine gesundheitlichen Beschwerden und auf Zukunfts sorgen. Weiter bestünden ein Grübeln, diverse flottierende Ängste, eine mittel gradige Hypochondrie, ein leichtes Zwangsgedanken und ein leichter Kontrollzwang. Zudem bestehe ein leichtes Depersonalisationserleben. Ansonsten bestünden keine Anhaltspunkte für wahnhaftige Störungen. Im Affekt sei er jeweils leichtgradig ratlos, ängstlich, deprimiert und habe Insuffizienzgefühle. Weiter bestünden leichte Durchschlafstörungen, die unter Medikation gut kompensiert seien, sowie Herzklopfen, Schwindel und Nervosität (S. 1 Ziff. 1.3).

Aufgrund der Verlaufsbeobachtung, der somatischen Begleitsymptome und der inhaltlich ständig wechselnden Sorgen und Ängste bezogen auf diverse Bereiche sei im Gegensatz zum Vorbericht von 2015 vom Vorliegen einer schweren und persistierenden Angstsymptomatik (generalisierte Angststörung) und nicht mehr von einer Panikstörung auszugehen (S. 1 Ziff. 1.3).

Der Patient arbeite derzeit im Atelier am See in K.____ mit einem Arbeitspensum von 2.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche. Aufgrund der Symptomatik komme es zu zwei bis drei Fehltagen pro Monat. In einem geschützten Bereich bestehe eine Leistungsfähigkeit von 50 % (S. 2 Ziff. 2.1).

E. 4.10

Die Verantwortliche des Ateliers am See antwortete am 29. November 2017 auf die Fragen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/146). Sie gab an, das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer habe am 1. Januar 2014 begonnen. Er sei in der Institution als Mitarbeiter in der Abteilung Café und Reinigung angestellt (Ziff. 3). Die Leistungsfähigkeit habe seit Beginn des Arbeitsverhältnisses ein bisschen gesteigert werden können, indem der Beschwerdeführer einen Tag in der Woche extern arbeite (Ziff. 6). Auf einer Skala gab die Verantwortliche im Hinblick auf eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft eine Leistungsfähigkeit von zirka 50 % an. Zur Begründung führte sie an, der Beschwerdeführer leide unter starken Schlafstörungen und Ängsten, was sich stark auf seine Leistungsfähigkeit auswirke (Ziff. 7). Er sei für den ersten Arbeitsmarkt noch nicht stabil genug (Ziff. 8).

E. 4.11

Med. pract. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 (Urk. 3 S. 8 f.) aus, Dr. J.____ habe am 19. Oktober 2017 die gleichen Diagnosen gestellt wie 2015. Allerdings habe sie im Vergleich mit dem Bericht vom 28. Oktober 2015 für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % festgestellt. Für eine nicht angepasste Tätigkeit attestiere sie weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 8 f.). Der aktuelle Bericht von Dr. E.____ vom 17. November 2017 weise im Vergleich zum Vorbericht von

2015 neu anstelle der Diagnose einer Panikstörung eine generalisierte Angststörung aus. Der mitgeteilte psychopathologische Befund sei gegenüber 2015 fast wortgleich. Neu würden diverse, flottierende Ängste, ein leichtes Depersonalisationserleben, eine Antriebshemmung, Herzklopfen, Schwindel und Nervosität berichtet. Zu den bereits 2015 angegebenen Durchschlafstörungen berichte sie heute, dass der Beschwerdeführer unter Medikation gut kompensiert sei. Als weitere Verbesserung sei zu verzeichnen, dass der im Bericht von 2015 mitgeteilte soziale Rückzug nicht mehr erwähnt werde. Dr. E. ___ spreche in der Prognose neu von einer schweren Angstsymptomatik. Gegenüber dem vorherigen Bericht sei festzuhalten, dass die Ärztin heute geringere Einschränkungen im Mini-ICF sehe. Sie schlage eine Steigerung des Arbeitseinsatzes im geschützten Rahmen auf drei bis vier Stunden am Tag vor (S. 9 oben).

In medizinischer Hinsicht fänden sich in den Berichten Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes. Von psychiatrischer Seite sei eine neue Diagnose gestellt worden. Nach dem Bericht des Vereins Horizonte habe der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit leicht steigern können, indem er einen Tag in der Woche extern arbeite (S. 9 Mitte). Zusammenfassend bestünden auch nach Eingang der aktuellen Berichte zahlreiche ungeklärte Sachverhalte und Widersprüche, die eine abschliessende Beurteilung durch ein Gutachten erforderten.

E. 5.1

Dr. H. ___ ging im polydisziplinären Gutachten vom 8. August 2016 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers verglichen mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 7. Dezember 2011 aus. Er attestierte für die angestammte Tätigkeit als Hauswart eine Arbeitsfähigkeit von 40 % und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 50 %, die seit Januar 2016 gelten (E. 4.3.2 hiervor). Der Gutachter nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Somatisierungsstörung (E. 4.3.3).

Die polydisziplinäre Abklärung im Z. ___ ergab sodann, dass der Beschwerdeführer von somatischer Seite nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (E. 4.3.1 hiervor).

Der RAD der Beschwerdegegnerin ist jedoch der Ansicht, dass auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H. ___ nicht abgestellt werden könne und daher eine erneute psychiatrische Begutachtung notwendig sei. Namentlich erachtete er die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als nicht plausibel nachgewiesen (E. 4.6 hiervor).

E. 5.2

Der Kritik des RAD am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H. ___ kann nicht ohne weiteres gefolgt werden. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter seine Einschätzung einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingehend und plausibel begründete. Weiter ging er auf die mit BGE 141 V 281 eingeführten bei psychischen Beschwerden zu prüfenden Standardindikatoren ein (Urk. 10/118 S. 29 ff.). Schliesslich begründete er die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. So wies er auf andauernde Gefühle von Anspannung und Besorgtheit und auf Insuffizienzgefühle, vor allem Versagensängste, des Beschwerdeführers hin. Zudem bestünden verminderte soziale Kontakte (E. 4.3.2 hiervor). Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung äusserte sich nach der Stellungnahme von

Dr. H.____ vom 16. Oktober 2016 zudem in einer Vermeidung von beruflichen Aktivitäten aus Angst vor Enttäuschung und Versagen (E. 4.5 hiervor).

Der Gutachter stellte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers fest. Folgegerichtet attestierte er für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, während zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C.____ noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte (E. 3). Weiter legte Dr. H.____ in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2016 dar, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem aufgrund der Panikstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung bestehe. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erweist sich somit nicht als entscheidend, sie rundet das Bild der genannten psychischen Störungen lediglich ab (E. 4.5 hiervor). Soweit sich der Gutachter alternativ für eine generalisierte Angststörung aussprach, stimmt die Diagnose mit den von Dr. D.____ und Dr. E.____ im am 17. November 2017 eingegangenen Verlaufsbericht gestellten Diagnosen überein (E. 4.9 hiervor). Die Hausärztin des Beschwerdeführers attestierte im letzten Verlaufsbericht für eine angepasste Tätigkeit wie Dr. H.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

Entgegen der Beurteilung der Beschwerdegegnerin ergibt sich mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H.____ und den Berichten der behandelnden Ärzte ein weitgehend konstantes Bild über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, auch wenn die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ nur eine Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz als möglich erachtete. Das psychiatrische Teilgutachten und die ergänzende Stellungnahme von Dr. H.____ erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. E. 1.4 hiervor). Es kann daher auf das psychiatrische Teilgutachten des polydisziplinären Gutachtens vom 8. August 2016 abgestellt werden, zumal nicht die Diagnose entscheidend ist, sondern die Frage, ob und in welchem Umfang es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen.

E. 5.3

Dem Beschwerdeführer ist daher darin beizupflichten, dass hinsichtlich der angeordneten erneuten psychiatrischen Begutachtung von einer unzulässigen „second opinion“ auszugehen ist, nachdem er sich bereits der polydisziplinären Begutachtung im Z.____ unterzogen hat. Dabei ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass seit der Begutachtung im Z.____ rund zwei Jahre vergangen sind und sich die revisionsweise Prüfung des Rentenanspruches des Beschwerdeführers mit der Einholung eines weiteren Gutachtens erneut verzögern würde. Nach Lage der medizinischen Akten muss die Einholung eines weiteren psychiatrischen Gutachtens daher als eine unzulässige „second opinion“ bewertet werden.

E. 5.4

Nach dem Gesagten kann auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 8. August 2016 und die ergänzende Stellung von Dr. H.____ vom 17. Oktober 2016 abgestellt werden. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im laufenden Revisionsverfahren gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ entscheide.

E. 6.1

Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist in Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.— (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Parteientschädigung von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzu sprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde im Sinne der Erwägungen wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen, damit sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Revisionsverfahren materiell entscheidet. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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