

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00292 vom 3. September 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00292](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00292)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00292 du 3 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00292 del 3 settembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1962 geborene X.\_\_\_\_

war seit dem 15. Oktober 2007 bei der

Y.\_\_\_\_ als Maschinenführerin in einem 100 %-Pensum tätig (Urk. 7/31).

Am 14. September 2016 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, liess einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 7/22), zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 7. April 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich sei (Urk. 7/36). Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsgesuchs in Aussicht (Urk. 7/62). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingaben vom 8. November 2018 und 14. Dezember 2018 Einwände (Urk. 7/65 und Urk. 7/75). Am 4. Februar 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine bidisziplinäre medizinische Abklärung (Rheumatologie/Psychiatrie) als notwendig erachte und schlug als Z.\_\_\_\_ vor (Urk. 7/78). Mit Mitteilung vom 26. Februar 2019 schlug sie als Gutachter Dr. med. A.\_\_\_\_ (Rheumatologie) und Dr. med. B.\_\_\_\_ (Psychiatrie) vor (Urk. 7/80). Gegen die in Aussicht gestellte bidisziplinäre Begutachtung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 27. Februar 2019 Einwände (Urk. 7/81). Daraufhin erliess die IV-Stelle am 20. März 2019 eine Zwischenverfügung, mit welcher sie an der bidisziplinären Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_ festhielt (Urk. 7/86).

### **E. 1.1**

Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 20. März 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin an der bidisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie festgehalten hat (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. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG), welche bei Bejahung eines nicht wieder gutzumachenden Nachteils (Art. 46 Abs. 1 lit. a VwVG) grundsätzlich selbständig mit Beschwerde angefochten werden kann.

### **E. 1.2**

Das Bundesgericht hat mit BGE 137 V 210 bei der Anordnung eines Gutachtens die Anfechtbarkeitsvoraussetzung eines nicht wieder gutzumachenden Nachteils für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren bejaht, zumal die nicht sachgerechte Begutachtung

in der Regel einen rechtlichen und nicht nur einen tatsächlichen Nachteil bewirke (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 mit Hinweisen). Somit ist auf die vorliegende Beschwerde einzutreten. 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 18. April 2019 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Zwischenverfügung sei aufzuheben und es sei eine multidisziplinäre Begutachtung durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 31. Mai 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Wird eine Begutachtung veranlasst und mittels Verfügung angeordnet, so kann die versicherte Person mit Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich (etwa mit dem Einwand, es handle sich um eine unnötige second opinion, gegen Art und Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen) oder gegen bezeichnete Sachverständige (etwa betreffend deren Fachkompetenz) erheben. Weiter können formelle Ausstandsgründe gegen Gutachterpersonen geltend gemacht werden (vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1).

### **E. 2.2**

Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz sind die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt dem Versicherungsträger nach der Rechtsprechung ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der jeweiligen 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 (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 43 N 20).

### **E. 2.3**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär anzulegen. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. Von einer polydisziplinären Begutachtung kann abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt, keine weiteren interdisziplinären Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sind und kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf besteht, was vor allem bei Verlaufsbegutachtungen zutreffen dürfte (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2).

### **E. 2.4**

Seitens der IV-Stelle obliegt es grundsätzlich dem RAD, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer erforderlichen Begutachtung zu beteiligen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2018 vom 24. Februar 2019 E. 6.1 mit

weiteren Hinweisen). Den Gutachtern muss es jedoch frei stehen, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2.1).

### **E. 3**

f.).

#### **E. 3.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, nach Rücksprache mit dem RAD-Arzt sei der Bedarf einer multidisziplinären Begutachtung aus versicherungsmedizinisch theoretischer Sicht nicht ersichtlich. Eine weitere Fachdisziplin bei Verdachtsdiagnosen und «Weisskittelhypertonie» sei nicht erforderlich (Urk. 2).

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, sie leide neben Depression, Rückenbeschwerden und Kniebeschwerden beidseitig auch an Gelenkschmerzen im ganzen Körper, Herzbeschwerden, Migräne-Attacken, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Tinnitus, Schlafstörungen, Dauermüdigkeit und Schwindel. Das C.\_\_\_\_ gehe im Bericht vom 10. April 2019 davon aus, dass im vorliegenden Fall eine multidisziplinäre Begutachtung durchzuführen sei, um die Arbeitsfähigkeit festzustellen. Betreffend die LWS-Beschwerden sei eine orthopädische Begutachtung angezeigt. Betreffend die Hypertonie mit Vorbelastungen mütterlich- und väterlicherseits sei eine kardiologisch/internistische Begutachtung erforderlich. Betreffend die chronischen Kopfschmerzen sei ein neurologisches Gutachten angezeigt. Betreffend die seit 2015 bekannte Depression sei eine psychiatrische Begutachtung notwendig. Als weitere zwingende Disziplin bei einem multidisziplinären Gutachten sei ein Gutachten der Allgemeinen oder Inneren Medizin zu erstellen (Urk. 1 S.

#### **E. 3.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine bidisziplinäre Begutachtung genügt oder ob eine polydisziplinäre Abklärung notwendig ist. Unbestritten ist, dass ein Gutachten einzuholen ist.

#### **E. 4.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 31. August 2016 zuhanden der Krankentaggeldversicherung die folgenden Diagnosen (Urk. 7/13) : - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom am ehesten muskulär bedingt bei tastbaren Myogelosen im Nacken- und Schulterübergang links sowie paravertebral bds. im Bereich der autochthonen Rückenmuskulatur - cervical und lumbal betontes Panvertebralsyndrom - lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS mit multisegmentaler Diskopathie mit im MRI nachgewiesener mediolateraler linksseitiger Diskushernie L5/S1 - Vitamin D-Mangel

In seinem nicht datierten Bericht betreffend die Behandlung vom 23. April 2016 bis 19. April 2017 zuhanden der IV-Stelle (dort eingegangen am 8. Mai 2017) nannte Dr. D.\_\_\_\_ zusätzlich die folgenden Diagnosen (Urk. 7/40 S. 1) : - Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links - regredienter Drehschwindel, wahrscheinlich peripher-vestibulärer Genese - St. n. unwillkürlichen Bewegungen des Unterkiefers und der

rechten Hand unklarer Ätiologie

#### **E. 4.2**

Im Bericht der

E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2016 betreffend den stationären Aufenthalt vom 3. bis 22. Oktober 2016 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 7/29) : - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom am ehesten muskulär bedingt bei tastbaren Myogelosen im Nacken- und Schulterübergang links sowie paravertebral bds. im Bereich der autochthonen Rückenmuskulatur - degenerative Veränderungen der LWS mit multisegmentaler Diskopathie mit im MRI nachgewiesener mediolateraler linksseitiger Diskushernie L5/S1 (MRI Befund vom 26.08.16) - Vitamin D-Mangel

#### **E. 4.3**

Im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 21. April 2017 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 7/74 S. 1) :

«

-

Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10, F33.1) - Lumboischialgien links (Swiss Scoliosis 24.08.16) - Discushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links (Swiss Scoliosis 20.12.16) - degenerative neuroforaminale Stenose L4/5 links und degenerative Engstellung des lateralen Recessus mit möglicher Beeinträchtigung der hier abgehenden Nervenwurzeln L4 und L5 links, eine Osteochondrose und linksbetonte dorsolaterale Spondylose. Mediolaterale linksseitige Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel S1 links, kein Nachweis einer Neurokompression. Multisegmentale Osteochondrose und Spondylarthrose L3-S1. Leichtgradige Progredienz der degenerativen Veränderungen gegenüber der Voruntersuchung vom 11.09.13 (MRI LWS, G.\_\_\_\_ 03.05.16) - Vd a Herpes zoster Brustwand links - asymptomatisch - Nikotinabusus - Vd a COPD - Adipositas m/b - BMI: 30 kg/m<sup>2</sup> - art. Hypertonie w/s essentiell m/b - Möglicherweise noch ungenügend eingestellt DD Weiskittelhypertonie - Reflux/GERD - anamnestic Diskushernie - Dyslipidämie, kontrollbedürftig beim HA »

#### **E. 4.4**

Im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2017 zuhanden der IV-Stelle und in demjenigen vom 15. August 2017 zuhanden der Krankentaggeldversicherung wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode sowie chronische LWS- und HWS-Schmerzen genannt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Hypertonie erwähnt (Urk. 7/43 und Urk. 7/44 ; vgl. Verlaufsbericht des C.\_\_\_\_ vom 12. März 2018, Urk. 7/50) .

Im Bericht vom 10. Juli 2017 wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide unter einem persistenten Schmerzzustand und einer depressiven Symptomatik. Seit vielen Jahren habe sie therapieresistente lumbalgieforme Schmerzen und Ausstrahlung in beide Beine, zunehmende und chronifizierte Rückenschmerzen im LWS- und HWS-Bereich (vor allem bei Belastung), chronisch Kopfschmerzen rechtsbetont und bis frontal reichend, Migräneattacken (1-2 Mal/Monat), Gelenkschmerzen (überall) und Nackenschmerzen. Sie berichte über ein Schwächegefühl mit Blockierung in beiden Beinen, ausserdem

beklage sie Kniebeschwerden beidseitig. Als weitere Beschwerden werden kognitiver Leistungsabfall, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schwindel, Tinnitus, Dauermüdigkeit, Schlafstörungen und Depression erwähnt. Die Abklärungsuntersuchungen mit bildgebenden Verfahren hätten den Befund degenerativer Veränderungen im Bereich der LWS mit multisegmentaler Diskopathie und insbesondere einer mediolateralen linksseitigen Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel S1 links ergeben (Urk. 7/43 S. 6).

Im Bericht vom 15. August 2017 wurde betreffend Familienanamnese

festgehalten, dass die Mutter der Beschwerdeführerin und Cousins mütterlicherseits an einem Hirn Schlag und der Vater und der ältere Bruder der Beschwerdeführerin wegen einer Herzkrankheit gestorben seien. Ärztliche Untersuchungen hätten bei der Beschwerdeführerin bislang keine kardiologischen Auffälligkeiten gezeigt (Urk. 7/44 S. 3).

#### **E. 4.6**

RAD-Arzt Dr. med.

H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, legte in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2019 dar, die seit 2016 vorliegenden Diagnosen eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode hätten 2016 zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit als Maschinenführerin geführt. Eine stationäre Rehabilitation sei vor einem Jahr durchgeführt worden. Es hätte jedoch weiterhin subjektiv eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit bestanden. Zwischenzeitlich sei die Arbeitsstelle gekündigt worden. Trotz aktenanamnestisch objektivierbarer Besserung des Gesundheitszustandes bestehe gemäss Rechtsvertreter keine Arbeitsfähigkeit mehr. Bei fehlender aktueller medizinischer Sachlage werde eine medizinische Abklärung in Form eines interdisziplinären Gutachtens der Fachrichtungen Rheumatologie/Psychiatrie empfohlen (Urk. 8 S. 3). 4.7

In seiner Stellungnahme vom 18. März 2019 führte RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ aus, nach erneutem Durchgang der Aktenlage werde der vom Rechtsvertreter geforderte Bedarf einer multidisziplinären Begutachtung aus versicherungsmedizinischer theoretischer Sicht nicht ersichtlich. Die gemäss Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung des F.\_\_\_\_ vom 21. April 2017 geltend gemachten Diagnosen seien folgendermassen zu strukturieren:

Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Lumboischialgien links (Rheumatologie) bei - Discushernie L-4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links - degenerativer neuroforaminaler Stenose L-4/5 links - degenerativer Engstellung des lateralen Recessus mit möglicher Beeinträchtigung der hier abgehenden Nervenwurzeln L4/5 links - mediolateraler linksseitiger Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel S1 links, kein Nachweis einer Neurokompression - multisegmentaler Osteochondrose und Spondylarthrose L3-S1

Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1; Psychiatrie) - Verdacht auf Herpes zoster Brustwand links - asymptomatisch - Nikotinabusus - Verdacht auf COPD - Adipositas mit/bei - BMI : 30 kg/m<sup>2</sup>

- arterieller Hypertonie - Reflux/GERD - anamnestisch Diskushernie - Dyslipidämie

Eine weitere Fachdisziplin bei Verdachtsdiagnosen und «Weisskittelhypertonie » sei aus versicherungsmedizinisch theoretischer Sicht nicht erforderlich. Es werde daher empfohlen, an den bisherigen Fachrichtungen (Rheumatologie/Psychiatrie) ohne Erweiterungen festzuhalten (Urk. 8 S. 4 f.).

#### **E. 4.8**

In dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des C.\_\_\_\_ vom 10. April 2019 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide nach genauer Abklärung durch die I.\_\_\_\_ vom 21. April 2017 unter vier Problembereichen. Die Problematik habe mit den LWS-Schmerzen begonnen, daher sei eine orthopädische Begutachtung angezeigt. Kardiologisch bestehe eine Hypertonie mit Vorbelastungen mütterlicher- und väterlicherseits. Daher sei eine kardiologisch/internistische Begutachtung ebenfalls angezeigt. Es bestünden chronische Kopfschmerzen, daher sei eine neurologische Begutachtung angezeigt. Aufgrund der bekannten Depression sei eine psychiatrische Begutachtung angezeigt (Urk. 3).

#### **E. 5**

Im Bericht des

E.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2018 betreffend die Konsultation vom 13. Februar 2018 (Abschlusskontrolle nach erfolgter ambulanter Rehabilitation) wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk.

7/55) : - Panvertebralsyndrom - aktuell vor allem lumbale Schmerzen, jedoch auch Druckdolenz paravertebral beidseits im Bereich der gesamten Wirbelsäule Vitamin D-Mangel

#### **E. 5.1**

Aus den medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass bei der Beschwerdeführerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

chronische Wirbelsäulenerkrankungen sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestehen.

#### **E. 5.2**

RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ kommt aufgrund der vorhandenen Arztberichte nachvollziehbar zum Schluss, dass eine medizinische Abklärung in Form eines interdisziplinären Gutachtens in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie notwendig sei (Urk. 8 S. 3). Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass gestützt auf den Bericht des C.\_\_\_\_ vom 10. April 2019 (Urk. 3) eine multidisziplinäre Abklärung in den Fachbereichen Orthopädie, Kardiologie/Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie angezeigt sei (Urk. 1 S. 4). Unstrittig ist, dass eine psychiatrische Abklärung durchzuführen ist.

#### **E. 5.3**

Gründe, weshalb die Beschwerdeführerin eine orthopädische anstelle einer rheumatologischen Abklärung durchgeführt haben will, sind weder ersichtlich noch näher dargetan. Das vom RAD empfohlene Fachgebiet der Rheumatologie und das von der Beschwerdeführerin verlangte Fachgebiet der Orthopädie überschneiden sich in der Diagnostik und Beurteilung der Krankheitsbilder weitgehend.

Nach der Rechtsprechung bilden (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 8C\_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3 mit Hinweisen) und ist ein Rheumatologe namentlich auch zur Beurteilung von Wirbelsäulenbeschwerden fachlich kompetent (Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2018 vom 1. September 2018 E. 4.1). Im Übrigen wird dem Rheumatologen auch in Bezug auf psychosomatische Beschwerden eine (beschränkte) Beurteilungskompetenz zugebilligt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_621/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

Somit erscheint eine Begutachtung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rheumatologie auch mit Blick darauf, dass möglicherweise eine Gesundheitsschädigung mit psychischen und somatischen Ursachen besteht, als sinnvoll.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bedingt allein der Umstand, dass – abgesehen von den erhobenen objektiven Befunden –

zahlreiche subjektive Beschwerden verschiedener Art vorliegen, noch nicht, dass eine multidisziplinäre Begutachtung anzuordnen ist.

Wie RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ zutreffend festhält, haben Diagnosen wie Nikotinabusus, Adipositas, arterielle Hypertonie, Reflux und Dyslipidämie keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8 S. 5), weshalb sich eine interdisziplinäre Begutachtung erübrigt. Auch aus kardiologischer Sicht besteht kein Abklärungsbedarf, zumal die behandelnden Ärzte festhielten, dass sich bei der Beschwerdeführerin – trotz allfälliger familiärer Vorbelastung – bislang keine kardiologischen Auffälligkeiten gezeigt hätten und die diagnostizierte Hypertonie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (vgl. E. 4.4). Schliesslich drängt sich auch keine neurologische Abklärung auf, da den medizinischen Unterlagen keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind, dass den geklagten Kopfschmerzen eine neurologische Ursache zugrunde liegen würde.

Überdies steht es den Gutachtern offen, Fachärzte weiterer Fachrichtungen beizuziehen, wenn dies zur punktuellen Abklärung von klar definierbaren Spezialfragen notwendig sein sollte (vgl. vorstehend E. 2.4).

#### **E. 5.4**

Da der medizinische Sachverhalt vorliegend offenkundig die Fachgebiete der Psychiatrie und Rheumatologie beschlägt und laut der plausiblen Beurteilung des RAD weitere interdisziplinäre Bezüge nicht notwendig erscheinen, hat die IV-Stelle zu Recht eine bidisziplinäre Begutachtung angeordnet (vgl. E. 2.3 und E. 2.4). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 6**

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). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. Roger Bollag - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
Hurst  
Leicht

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