

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00850 vom 7. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00850

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00850 du 7 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00850 del 7 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 25. Oktober 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin an der vorgesehenen polydisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Ortho pädie, Gastroenterologie sowie Psychiatrie festgehalten hat (Urk. 2). Hierbei han delt es sich um eine Zwischenverfügung im Sinne von Art. 55 Abs. 1 des Bun desgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwal tungsverfahren (VwVG), welche bei Bejahung eines nicht wieder gutzumachen den Nachteils (Art. 46 Abs. 1 lit. a VwVG) grundsätzlich selbständig mit Be schwerde 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 sachge rechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur einen tatsäch lichen Nachteil bewirke (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 mit Hinweisen). Somit ist auf die vorliegende Beschwerde einzutreten.

E. 2

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 bidiszi pli nä re Begutachtung durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkun dig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt, keine weiteren interdis ziplinären Bezüge (beispielsweise internistischer Art) notwendig sind und kein besonderer arbeitsmedizinischer beziehungsweise eingliederungsbezogener Klä rungsbedarf besteht, was vor allem bei Verlaufsbegutachtungen zutreffen dürfte (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2).

E. 2.5

Wird eine Begutachtung nach den in BGE 137 V 210 festgelegten Regeln veran lasst und mittels Verfügung angeordnet, so kann die versicherte Person mit Be schwerde an das kantonale Versicherungsgericht formelle Ausstandsgründe und gewisse 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 (vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1). Vorbehalte, die sich allein auf die in BGE 137 V 210 genannten strukturellen Umstände beziehen, also in angeblichen Fehlleistungen sich manifestierende systemimmanente Gefährdungen der Verfahrensfairness (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4 und E. 3.4.2.6), sind keine formellen Ausstandsgründe (BGE 138 V 271 E. 2.2, BGE 138 V 318 E. 6.1.4) und somit nicht beschwerdefähig. 3.

E. 3

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 beziehungsweise 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). 2.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass gemäss den aktuellen Arztberichten aus dem Jahre 2019 Beschwerden auf internistisch/gastroenterologischem Fachgebiet bestünden. Damit alle gesundheitlichen Aspekte bei der Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigt würden, sei an einer polydisziplinären Begutachtung (Allgemeine/Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Gastroenterologie) festzuhalten. Die Vergabe der polydisziplinären Gutachten erfolge nach dem Zufallsprinzip über die webbasierte Plattform SuisseMED@P, auf die Auswahl der Gutachterstelle habe sie keinen Einfluss. Die Z. ___ sei eine Gutachterstelle, welche eine Vereinbarung mit dem BSV habe, und daher zur Teilnahme am Auslosungsverfahren auf der Plattform SuisseMED@P berechtigt sei (S. 2). Ob Tonaufnahmen zugelassen seien, liege im Ermessen des Gutachters, da diese primär die Dokumentation bezweckten. Im vorliegenden Fall sei dies von den Gutachtern abgelehnt worden (S. 3).

E. 3.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), eine allgemeine medizinische Begutachtung sei offensichtlich nur aus dem Grund beigezogen worden, weil bei einer polydisziplinären Begutachtung eine solche immer miteinbezogen werden müsse. Ansonsten sei aufgrund der eingeholten Arztberichte in den Jahren 2018 und 2019 nicht ersichtlich, weshalb diese Fachdisziplin notwendig sein solle (S. 5 Ziff. 8). Bereits im Rahmen der Begutachtung durch die A. ___ sei festgehalten worden, dass die Symptome (häufiges Erbrechen) «organisch» nicht erklärbar gewesen seien, sondern eine Fehlfunktion des oberen Magen-Darm-Trakts darstellten. Diesbezüglich habe sich nichts verändert. Unter den von der Beschwerdegegnerin eingeholten aktuellen Arztberichten befände sich kein einziger Bericht eines Gastroenterologen. Die Notwendigkeit einer gastroenterologischen Begutachtung sei nicht gegeben (S. 6 Ziff. 9). Somit sei ausschliesslich in den Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie eine Begutachtung angezeigt. Weitergehende Untersuchungen seien im vorliegenden Fall vom Untersuchungsgrundsatz

nicht gedeckt (S. 7 Ziff. 10). Im Sinne von Einigungsbemühungen werde vorgeschlagen, dass für die Begutachtung med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, beauftragt würden (S. 7 Ziff. 11). Für den Fall, dass das Gericht ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten für notwendig erachte, sei es vorliegend angezeigt, dass die Verlaufsbeurteilung bei der A.____ in Auftrag gegeben werde. Rechtsprechungsgemäss sei die Aussagekraft einer Verlaufsbeurteilung erhöht, wenn die gesundheitliche Entwicklung von den mit dem Fall schon vertrauten medizinischen Vorgutachtern abgeklärt und beurteilt werde. Letztmals sei er durch die A.____ begutachtet worden, weshalb es sinnvoll und zielführend sei, wenn auch das Verlaufsgutachten bei der A.____ in Auftrag gegeben werde (S. 7 f. Ziff. 12). Sollte die Erteilung des Gutachtensauftrags an die Z.____ dennoch geschützt werden, sei es unabdingbar, dass die Begutachtung auf Tonband aufgenommen werde (S. 8 f. Ziff. 13). Bezüglich Dr. med.

D.____, dem für die psychiatrische Abklärung vorgesehenen Experten, stelle sich die Frage, inwieweit er über praktische Erfahrung und Praxiserfahrung in der Schweiz verfüge (S. 8 Ziff. 14).

E. 3.3

Strittig und zu prüfen ist demnach einerseits, ob eine polydisziplinäre Abklärung unter Miteinbezug der Fachdisziplinen Gastroenterologie und Allgemeinmedizin notwendig ist. Andererseits ist zu prüfen, durch welche Gutachtensstelle die Abklärung vorzunehmen ist.

E. 4

3

Nach einer Hospitalisation in der F.____ nannten die Ärzte in ihrem Austrittsbericht vom 6. Mai 2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/63 /1-5 S. 1): - Essstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F50.8) mit selbst induziertem Erbrechen - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1), DD: entsprechende Persönlichkeitsstörung - schwer zu behandelnde gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis - Status nach laparoskopischer Fundoplication nach Toupet und posteriorer Crurorrhaphie - Reizdarmstörung - substituiertes Eisen- und Vitamin-D-Mangel - Status nach Hepatitis B, Diagnose 1995 - Status nach subacromialer arthroskopischer Dekompressionsoperation linke Schulter September 2005 - Status nach Totalexzision haartragender Areole beide Axillae und Spalt hauttransplantation September 2008 - HWS-Kontusion und Kniegelenksdistorsion rechts am 16. Juli 2008

Nach dem Eintritt auf die offen geführte Psychotherapiestation sei eine Einbindung in ein individuelles integratives Behandlungsprogramm erfolgt. Die gemeinsamen Behandlungsziele seien, ein gesundes Essverhalten und einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus zu etablieren, körperlich aktiver zu werden und eine Tagesstruktur nach Austritt aufzugleisen (S. 3). Der Beschwerdeführer habe sich motiviert gezeigt, seine aktuelle Lebenssituation zu verändern, in der praktischen Umsetzung seien ihm seine schwierige finanzielle Situation sowie seine körperliche Verfassung im Weg gestanden. Bei Austritt hätten weiterhin eine depressive Symptomatik mit vermindertem Antrieb und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung bestanden. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seines künstlichen Gebisses und des Refluxes weiterhin in der Auswahl seiner Nahrung eingeschränkt, eine Essstörung im eigentlichen Sinne habe sich im Setting nicht

mehr gezeigt. Er habe sich bei Austritt von suizidalen Handlungen distanziert (S. 4).

E. 4.1

Nachdem sie den Beschwerdeführer orthopädisch/traumatologisch, internistisch, gastroenterologisch sowie psychiatrisch untersucht hatten, erstatteten die Ärzte des A.____ am 27. Januar 2014 im Auftrag der Beschwerdegegnerin ihr Gutachten (Urk. 6/30) und nannten darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 lit. E. 1): - s schwere Essstörung (Ruminationssyndrom) bei gastroösophagealer Refluxkrankheit mit Status nach laparoskopischer Fundoplicatio nach Toupet, posteriore Crurorrhaphie 2001 - nicht näher bezeichnete Essstörung, atypische bulimische Symptomatik, Rumination und Emesis mit Gewichtsabnahme (ICD-10 F50.9), DD: somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD - 10 F45.31) - persistierende Schulterarthralgie links mit mässigem Bewegungsdefizit und unauffälliger MRI-Anatomie bei Status nach arthroskopischer Behandlung eines Impingements 2005, kein Impingementrezidiv, gegebenenfalls noch blande vorliegende adhäsive Kapsulitis - lumbovertebrales Syndrom bei rumpfmuskulärer Dysbalance mit verkürztem Iliopsoas und skelettmuskulärem Globaldefizit im Rahmen eines längerfristigen Untergewichts (psychiatrisch atypische bulimische Symptomatik) - beidseitiges Hüftimpingement - retropatellare Chondropathie des rechten Kniegelenks

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie folgende Diagnosen (S. 16 f. lit. E.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4) - schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD - 10 F12.1) - Status nach Totalexzision haartragender Areole beider Axillae (August 2006) und Spalthauttransplantation September 2008 bei Akne inversa axillär beidseits, häufigen Abszessen mit Inzisionen - Status nach Hepatitis B, Diagnose 1995 (anamnestisch) - s substituierter Eisen- und Vitamin D-Mangel (aktenanamnestisch) - Nikotinabusus >20 py

Die Essstörung bewirke eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit internistisch-gastroenterologisch und psychiatrisch von zirka 30 %. Da es sich um die gleiche Symptomatik handle, bestehe keine Kumulation. Über die blande adhäsive Kapsulitis hinaus bestünden weder klinisch noch in der MRI-Arthrographie ein gravierender Schulterbinnenschaden. Das lumbovertebrale Schmerzsyndrom sei im Wesentlichen als Teilaspekt eines skelettmuskulären Globaldefizites bei längerfristigem Untergewicht zu interpretieren. Die vom Beschwerdeführer empfundenen und erklärbaren körperlichen Beschwerden würden aus polydisziplinärer Sicht eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 30 % begründen. Aus orthopädischer Sicht sollten die früheren körperlich relativ belastenden Tätigkeiten als Auslieferungsfahrer für Tiefkühlkost und als Lagerist sowie Autoersatzteilverkäufer nicht mehr wieder aufgenommen oder fortgeführt werden. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht vorerst eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % (S. 17 f. lit. F).

Mit Schreiben vom 26. Februar 2014 (Urk. 6/32) hielten die Gutachter ergänzend fest, es gebe keine weiteren gastroenterologischen Massnahmen, um die gastroösophageale Refluxkrankheit besser zu behandeln. Die notwendige Therapie sei installiert. Aus psychiatrischer Sicht seien in den vergangenen drei Jahren sowohl psychosomatische stationäre als auch ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Massnahmen durchgeführt worden. Besserungen seien vorerst vorübergehender Natur geblieben. Die medizinischen Massnahmen seien derzeit ausgeschöpft, wobei die fehlende Effektivität kausal aktuell nicht vollständig aufgeklärt werden könne. Eine weitere psychiatrische

ambulante Unterstützung sei sinnvoll, um eine Verschlimmerung zu vermeiden (S. 1). Derzeit stünden berufsrehabilitative Massnahmen im Vordergrund, wobei die Motivation hierfür nicht eindeutig beurteilt werden könne. Aus orthopädischer Sicht bestünden die Einschränkungen in der statischen Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule, der Hüften, der linken Schulter und des rechten Kniegelenkes. Auch diese würden sich therapeutisch nicht in einem Ausmass angehen lassen, dass eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit resultieren würde. Die Arbeitsfähigkeit angepasst sei hingegen orthopädisch nicht eingeschränkt. Zusammenfassend würden sie den Beschwerdeführer für austherapiert halten und könnten keine medizinischen Massnahmen vorschlagen, um die im Gutachten definierte Arbeitsfähigkeit zu verbessern (S. 2).

E. 4.4

Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 26. Oktober 2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/62 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Zustand nach schwerer Episode (ICD-10 F33.2) Februar 2015 bis März 2016 - Essstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F50.8) - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), DD: ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung

Ab November / Dezember 2014 sei es beim Beschwerdeführer wieder zur Progredienz depressiver Symptome gekommen, parallel zur schweren Erkrankung seines Bruders. Nach dem Tod des Bruders am 23. Februar 2015 sei er in eine schwere existenzielle Krise mit weiteren Symptomexazerbation und Verstärkung der somatischen Symptome verfallen, entsprechend einer schweren depressiven Episode. Als störungsaufrechterhaltende Bedingungen hätten gleichzeitig eine mit Komplikationen behaftete zahnprothetische Versorgung bestanden sowie Konflikte mit der Tochter, welche zur kritischen Zeit im gleichen Haushalt gelebt habe und selbst unter einer relevanten psychischen Störung leide. Um das Funktionsniveau zu bessern beziehungsweise eine Verschlimmerung zu verhüten, seien verschiedene Umstellungen der Antidepressiva, moodstabiliser und Magen therapeutika vorgenommen worden, zudem habe stets ein Notfallszenario zur Überweisung nach H.____ bestanden. Im Sommer 2015 sei der Beschwerdeführer in die I.____ eingetreten, was eine diskrete Verbesserung bewirkt habe. Die stationäre depressionsspezifische Psychotherapie in der F.____

von März bis Mai 2016 habe zu einer signifikanten Besserung geführt. Vom 1. März 2015 bis 7. September 2016 habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit) ohne die Möglichkeit von Eingliederungsmassnahmen bestanden. Seit dem 8. September

2016 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer 20%igen Teilarbeitsfähigkeit im Sinne von Eingliederungsmassnahmen (geplant sei das J.____; S. 2).

E. 4.8

Dr. G.____ hielt in seinem Bericht vom 15. Mai 2019 (Urk. 6/88) bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 1.2) fest, nach dem Ende der Rehabilitation in der I.____ sei keine andauernde Befundbesserung erkennbar gewesen, die Symptome seien vorübergehend gelindert und eine Verschlimmerung verhütet worden. Eine Therapieintensivierung gelinge nicht, der Beschwerdeführer sei beim Vorgespräch in der F.____ als nicht introspektionsfähig für Psychotherapie im engeren Sinne beurteilt worden. Nicht behandelbar mittels der zur Verfügung stehenden Settings bedeute Therapieresistenz

(Ziff. 1.3). Die aktuelle Medikation umfasse Mirtazapin, Solian, Ranitidin sowie Vitamin-B12 Substitution (Ziff. 3.2). 4.

E. 5

Die Ärzte der F.____ nannten nach einem ambulanten Indikatorensgespräch in ihrem Bericht vom 6. Februar

2018 (Urk. 6/86/7-9) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Essstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F50.8) - Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen (ICD-10 Z73.1), DD: entsprechende Persönlichkeitsstörung - schwer zu behandelnde gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis - Status nach laparoskopischer Fundoplication nach Toupet und posteriorer Crurorrhaphie - Reizdarmstörung - substituiertes Eisen-, B12-, Folsäure und Vitamin-D-Mangel - Status nach Hepatitis B, Diagnose 1995 - Status nach subacromialer arthroskopische Dekompressionsoperation linke Schulter September 2005 - Status nach Totalexzision haartragender Areole beide Axillae und Spalt hauttransplantation September 2008 - HWS-Kontusion und Kniedistorsion rechts am 16. Juli 2008

Der Beschwerdeführer sei von seinem Psychiater aufgrund ausbleibender Verbesserungen im ambulanten Rahmen zugewiesen worden und berichte von Antriebslosigkeit, rascher Ermüdbarkeit, Freudlosigkeit, passiven Suizidgedanken und körperlichen Einschränkungen. Nach dem Austritt im Mai 2016 sei es ihm während drei bis vier Monaten gut gegangen, mit der Zeit habe der Antrieb aber nachgelassen. Die aktuelle Medikation umfasse Escitalopram, Remeron, Pasperein, Ranitidin sowie Vitamin-D Tropfen (S. 2). Aufgrund der Schwere und Chronifizierung des psychischen Beschwerdebildes sowie der daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigung erscheine ein stationärer Entlastungsaufenthalt indiziert. Hinsichtlich einer regulären stationären Psychotherapie präsentiere sich der Beschwerdeführer als nicht ausreichend introspektions- und reflexionsfähig (S. 3). 4.

E. 5.1

Aus den medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass beim Beschwerdeführer als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, eine nicht näher bezeichnete Essstörung sowie Beschwerden der Wirbelsäule und des Knies bestehen.

Der Beschwerdeführer wandte sich gegen die von der Beschwerdegegnerin beabsichtigte Begutachtung und machte insbesondere geltend, bereits im Rahmen der A.____-Begutachtung im Jahre 2014 seien die Symptome der Essstörung als nicht organisch erklärbar beurteilt worden. Diesbezüglich habe sich nichts verändert, es würden denn auch keine aktuellen gastroenterologischen Arztberichte vorliegen (E. 3.2). Zutreffend ist zwar, dass sämtliche, seit der Neuanmeldung im September 2016 eingereichten Arztberichte von psychiatrischen Fachärzten beziehungsweise dem Hausarzt erstellt wurden (vgl. E. 4.4-4.9). Zu beachten ist jedoch, dass bereits die Gutachter des A.____ am 27. Januar 2014 festhielten, die Essstörung bewirke eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus internistisch-gastroenterologischer und psychiatrischer Sicht von zirka 30 % (E. 4.1). Demnach konnte die Essstörung bereits damals nicht isoliert betrachtet werden, sondern wurde gesamtheitlich, unter Einbezug verschiedener Fachdisziplinen, beurteilt. Dies entspricht denn auch dem Zweck interdisziplinärer Gutachten, alle relevanten

gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je ein zeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt insbesondere dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013, E. 4.3.1). Nachdem der Beschwerdeführer zudem nach wie vor Magen-therapeutika beziehungsweise Medikamente zur gastroenterologischen Behandlung einnimmt (vgl. E. 4.4-5, E. 7-8) und gemäss den Ärzten des E. ___ auch selber davon ausgeht, dass seine Energielosigkeit nicht auf die Depressionen, sondern auf die Probleme mit dem Essen zurückzuführen sind (E. 4.9), erscheint es auch aus diesem Grund angebracht, anlässlich der durchzuführenden Begutachtung einen gastroenterologischen beziehungsweise internistischen Facharzt beizuziehen.

Gemäss Rz 2077.7 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) prüft die für die fachliche Güte und Vollständigkeit letztverantwortliche Gutachterstelle im Hinblick auf eine wirtschaftliche Abklärung, ob die Liste der medizinischen Fachdisziplinen angepasst werden muss. Sollte sich dem nach aufgrund der vorgängig den Gutachtern vorzulegenden medizinischen Unterlagen für den gastroenterologischen beziehungsweise internistischen Facharzt ergeben, dass sich seit der letzten Begutachtung in diesem Bereich nichts Wesentliches verändert hat, wird der einer wirtschaftlichen Abklärung verpflichtete Gutachter (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3) keine neuen Untersuchungen veranlassen und der Eingriff in die persönliche Integrität des Beschwerdeführers sich in Grenzen halten.

Der Vollständigkeit halber ist zudem darauf hinzuweisen, dass betreffend Kostenfrage kein Rechtsschutzinteresse des Beschwerdeführers an einer Einschränkung der vorgesehenen Fachdisziplinen besteht, nachdem die Beschwerdegegnerin die Abklärungskosten zu tragen hat.

Insgesamt spricht damit nichts dagegen, bei der vorgesehenen Begutachtung auch die Fachdisziplinen Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin miteinzu beziehen und damit eine polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen, womit das Ermessen der Beschwerdegegnerin diesbezüglich zu schützen ist.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer wandte sich sodann weiter gegen die vorgesehene Gutachterstelle Z. ___ und beantragte, das Verlaufsgutachten sei bei der vorbefassten A. ___ einzuholen (E. 3.2).

Art. 72 bis

Abs. 2 IVV sieht vor, dass die Vergabe der Aufträge bei polydisziplinären medizinischen Gutachten nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hat. Gemäss Rz 2077.5 KSVI können Verlaufsgutachten bei derselben Gutachterstelle in Auftrag gegeben werden, die bereits das erste polydisziplinäre Gutachten erstellt hat, vorausgesetzt, dieses ist über die Plattform SuisseMED@P vergeben worden. In der Mustervereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen und der Gutachtensstelle wird in Art. 3 sodann festgehalten, dass die Zuteilung von Aufträgen für polydisziplinäre Gutachten grundsätzlich über die Internetplattform «SuisseMED@P» erfolgt. Ausgenommen sind Verlaufsgutachten, welche in nerhalb

einer Frist von drei Jahren seit der letzten polydisziplinären Begutachtung notwendig werden. Diese Verwaltungspraxis macht durchaus Sinn, ist die zeitnahe Vergabe des Verlaufsgutachtens an die vorbereitete Gutachterstelle in der Regel doch ressourcenschonend und es kann sichergestellt werden, dass keine andere Beurteilung des gleichgebliebenen Sachverhalts erfolgt, sondern nur geänderte Verhältnisse zu einer Neubeurteilung führen. Im vorliegenden Fall wurde das erste polydisziplinäre Gutachten der A.____ im Januar 2014, also vor über sechs Jahren, verfasst (Urk. 6/30).

Nach diesem Zeitablauf ist äusserst ungewiss, ob die Mehrzahl der vorbereiteten Gutachter tatsächlich noch bei der A.____ tätig wären und ob aus der Vorbereitung noch ein Zeitersparnis und erhöhte Validität resultieren würde. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin in Übereinstimmung mit ihrer Verwaltungspraxis und in Nachachtung von Art. 72 bis

Abs. 2 IVV (E. 2.4) die Gutachtersstelle nach dem Zufallsprinzip über die Plattform SuisseMED@P bestimmte.

Für eine einvernehmliche Benennung der Experten bleibt bei polydisziplinären Gutachten kein Raum (BGE 140 V 507 E. 3.2.1).

Das Bundesgericht hat denn auch festgehalten, dass aus rechtlicher Sicht nichts dagegenspricht, einen neuen Experten mit der Verlaufsbeurteilung zu beauftragen, selbst wenn der ursprüngliche Gutachter weiterhin verfügbar wäre. Indes ist unter Würdigung der gesamten Aktenlage einlässlich zu prüfen, ob eine geänderte (neue) ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit bloss eine Neubeurteilung oder aber Ausdruck tatsächlich geänderter Verhältnisse ist (Entscheid 9C_742/2010 vom 6. Januar 2011, E. 4.1).

E. 5.3

Zusammenfassend erweisen sich sowohl die Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens unter Mitberücksichtigung der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie als auch die Zufallsvergabe über die Plattform SuisseMED@P als rechtens.

6.

E. 6

In seinem Bericht vom 18. April 2018 (Urk. 6/86/1-6) diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. G.____ eine anhaltende depressive Störung beziehungsweise einen Zustand nach schweren depressiven Episoden zuletzt von Februar 2015 bis März 2016 (ICD-10 F32.2) sowie eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.8; Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei körperlich entkräftet und schnell ermüdbar. Er befinde sich seit Jahren an der Grenze zum Untergewicht und habe dem Alter entsprechend zu wenig Muskelmasse und sehr schmale Extremitäten (Ziff. 3.4). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schlecht, wobei noch nicht alle Therapien ausgeschöpft seien (Ziff. 2.7). Die Therapie werde durch eine stationäre Behandlung intensiviert, er sei erneut bei der F.____ angemeldet (Ziff. 2.8). 4.

E. 6.1

Die Z.____ sprach sich am 24. Oktober 2019 (Urk. 6/106) gegenüber der Beschwerdeführerin gegen das Anliegen des Beschwerdeführers aus, eine Tonband

aufnahme der Gutachtensgespräche zuzulassen. Eine solche Aufnahme sei der Sache nicht dienlich und würde das Verfahren deutlich verkomplizieren. Der Beschwerdeführer verlangt für den Fall der Bestätigung der Z.____ als Gutachtenstelle im Interesse der Waffengleichheit die Zulassung der Tonbandaufnahme der Begutachtung (E. 3.2).

E. 6.2

Grundsätzlich sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Weiter stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Nach dem Gesetzeswortlaut des aktuellen Art. 44 ATSG hat der Sozialversicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten bei einem unabhängigen Sachverständigen einzuholen und hat der Partei weiterhin den Namen des Sachverständigen mitzuteilen. Die Partei kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und darf Gegenvorschläge machen. Das aktuell anwendbare Recht sieht demnach nicht zwingend Tonbandaufnahmen

von Begutachtungen vor.

Am 19. September 2019 hat der Ständerat folgende Formulierung von Art. 44 Abs. 5 bis ATSG beschlossen (AB 2019 S 805 ff.) : «Sofern der Versicherte es nicht anders bestimmt, werden die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen dem Versicherten und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen.» . Der Nationalrat hat dieser Ergänzung von Art. 44 ATSG am 10. Dezember 2019 zugestimmt (AB 2019 N 2198 f.). Eine Gesetzesänderung steht demnach kurz vor dem Inkrafttreten.

E. 6.3

Die Z.____ hat nicht ausgeführt, inwiefern eine Tonbandaufnahme der Sache nicht dienlich sei beziehungsweise das Verfahren deutlich verkomplizieren würde. Diese Vorbringen sind auch nicht selbsterklärend. Rechtsprechungsgemäss besteht jedoch kein Anspruch auf Einsicht in interne Dokumente einer begutachtenden Person, wozu bei der geltenden Rechtslage auch die während der Begutachtung erstellten Tonbandaufnahmen zu zählen wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2018 vom 14. Mai 2018 E. 4.2.2).

Entsprechend kann mit einer Tonbandaufnahme der anzustrebenden Waffengleichheit nicht gedient werden. Ob eine Tonbandaufnahme bei der Begutachtung des Beschwerdeführers durch die Z.____ zuzulassen ist, bestimmt sich demnach nach der im Begutachtungszeitpunkt geltenden Rechtslage, hängt also davon ab, ob dannzu mal Art. 44 Abs. 5 bis E-ATSG in Kraft ist und wie die intertemporale Regelung zu dieser Bestimmung die Anwendung auf laufende Fälle regelt. 7.

Inwiefern Dr. D.____, dem von der Z.____

für die Begutachtung vorgesehenen psychiatrischen Fachexperten, die Vertrautheit mit den hiesigen Gepflogenheiten im Bereich der Begutachtungen und somit die nötige Fachkompetenz zur Ausführung des Auftrags abgehen sollte, wurde nicht substantiiert vorgetragen und ergibt sich aus einer allfälligen mangelnden Praxistätigkeit in der Schweiz nicht.

8.

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: - 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 Die Vorsitzende i.V. Die Gerichtsschreiberin KächKübler-Zillig

E. 7

Der Hausarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 6. September 2018 (Urk. 6/85/7-12) folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - Erschöpfung - Dekonditionierung bei fehlender Muskelmasse beziehungsweise muskulärer Insuffizienz - rezidivierend kachektisches Gewicht - Depression - Essstörung im Rahmen der oberen und nachfolgenden Diagnosen - schwer zu behandelnde gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis seit mindestens 1997 - Status nach laparoskopischer Fundoplication nach Toupet und posteriorer Crurorrhaphie - medikamentös sehr schwer behandelbare Reizdarmstörung (IBS) - nicht passende beziehungsweise schlecht funktionierende Zahntotalprothese - Status nach Hepatitis B, Diagnose 1995 - Status nach subacromialer arthroskopischer Dekompressionsoperation linke Schulter September 2005 bei - Status nach Totalexzision haartragender Areale beide Axillae und Spalt hauttransplantation September 2008 bei - HWS-Kontusion und Kniegelenksdistorsion rechts am 16. Juli 2008 - chronische Obstipation - chronische rezidivierende Soor- Ösophagitis - rezidivierende Weichteilinfekte (Furunkeln / Talgdrüsen- und Atherom-Abszesse) - rezidivierende Analfissuren und Hämorrhoiden - rezidivierende Tinea corporis - rezidivierende Dornwarzen am Fuss

Der aktuelle Zustand sei völlig unbefriedigend. Es sei völlig unmöglich, den Beschwerdeführer für irgendeine Arbeit einzusetzen (Ziff. 2.1). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schlecht (Ziff. 2.7).

Die somatischen und psychischen Beschwerden würden medikamentös behandelt und die spezifischen psychologisch-psychiatrischen Behandlungen weitergeführt (Ziff. 2.8). Der

Beschwerdeführer sei seit Jahren nicht mehr im Stande, irgendeiner Art von Tätigkeit nachzugehen, weder in angepasster noch in unangepasster Tätigkeit (Ziff. 3.2). Er habe keine Hobbies oder Freizeitaktivitäten, sei isoliert, reise nicht. Es bestünden keine Ressourcen für eine Eingliederung (Ziff. 3.5). Es sei davon auszugehen, dass er auch bei allen Aufgaben im Haushalt eingeschränkt sein dürfte (Ziff. 4.5).

E. 9

Nach einem Aufenthalt vom 27. Februar bis 26. März 2019 nannten die Ärzte des E.____ in ihrem Bericht vom 26. Juni 2019 (Urk. 6/94) folgende Diagnosen (S. 1): - Essstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F50.9) - c hronische Obstipation - r ezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig (ICD-10 F33.1) mit Somatisierungstendenz - c hronische Hepatitis B , patientenanamnestisch - p ostoperative funktionelle Dyspepsie mit Rumination (keine Gastroparese April 2014) - c hronische rezidivierende Soor-Ösophagitis

Der Beschwerdeführer sei zur stationären psychosomatischen Rehabilitation zu gewiesen worden. Bei Eintritt habe er über eine ausgeprägte Erschöpfung berichtet. Seit dem Tod seines Bruders vor vier Jahren habe er Probleme mit Depressionen , für die aktuell noch keine adäquate Therapie gefunden worden sei. Seine Energielosigkeit führe er aber hauptsächlich auf Probleme mit dem Essen zurück. Auch klage er über stechende Schulter- und Nackenschmerzen (S. 1). Der Beschwerdeführer habe einen erfreulichen Einstieg in das interdisziplinäre Therapieprogramm gefunden und regelmässig an den angebotenen Therapien teilgenommen (S. 2). Es werde die ambulante Fortführung der Physiotherapie und medizinischen Trainingstherapie empfohlen, die ambulante Psychotherapie werde der Beschwerdeführer bei Dr. G.____ fortführen. Bis September 2019 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig geschrieben, eine berufliche Reintegration im ersten Arbeitsmarkt erscheine nicht realistisch (S. 4). 4.

E. 10

Pract. med.

L.____ , Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, hielt am 22. Juli 2019 fest , im Jahre 2019 habe sich der Beschwerdeführer in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation befunden. Bezüglich der anamnestisch genannten Einschränkungen sei letztlich weiterhin von ähnlichen gesundheitlichen Beschwerden auszugehen wie im Jahre 2014. Strittig sei letztlich der Schweregrad der gesundheitlichen Störungen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es würden daher (mindestens) die folgenden Fachrichtungen für das Gutachten empfohlen: Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Gastroenterologie und Psychiatrie (Urk. 6/113 S. 4).

Am 18. September 2019 führte med. pract. L.____ weiter aus, auch die aktuellen Arztberichte aus dem Jahre 2019 würden Beschwerden aus dem internistischen/gastroenterologischen Fachbereich nennen. Gemäss dem Arztbericht des E.____ vom 26. Juni 2019 führe der Beschwerdeführer die Energielosigkeit hauptsächlich auf die Probleme mit dem Essen zurück. Nach der Fundoplicatio-Operation im Jahre 2014 habe er diverse Unverträglichkeiten entwickelt. Beim Essen bestehe eine regelmässige Übelkeit, säurehaltige Lebensmittel seien besonders unverträglich. Die Nahrungsaufnahme sei mangelhaft, es bestünden eine starke Gewichtsabnahme sowie eine chronische Obstipation. Als Diagnosen würden unter anderem eine nicht näher bezeichnete Essstörung, eine chronische Obstipation, eine chronische Hepatitis B, eine postoperative funktionelle Dyspepsie mit Rumination sowie eine chronische Soor-Ösophagitis genannt. Aus

versicherungsmedizinischer Sicht werde daher empfohlen, an der Medas Begutachtung mit den genannten Fachrichtungen festzuhalten, damit alle gesundheitlichen Aspekte bei der Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden könnten (Urk. 6/113 S. 5). 5.

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