

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00208 vom 7. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00208 du 7 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00208 del 7 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 26. Februar 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin an der polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachrichtungen Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie und Neurologie 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 wiedergutzumachenden 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 26. März 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Zwischenverfügung sei aufzuheben und es sei eine mono-, eventualiter bidisziplinäre Begutachtung anzuordnen. Die Angelegenheit sei zur Durchführung eines Einigungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollte an einer polydisziplinären Begutachtung festgehalten werden, sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, unter Berücksichtigung des Zufallsprinzips und unter Ausschluss der Z.____

und der A.____ eine Gutachterstelle zu bestimmen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdeführerin reichte unter anderem eine Kopie des an die Leiterinnen und Leiter der polydisziplinären Gutachterstellen gerichteten

Schreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) betreffend Informationen zu SuisseMED@P vom 26. November 2019 zu den Akten (Urk. 3/5). Mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 27. August 2020 wurde das BSV ersucht, zum Hintergrund und zur Umsetzung der Vorgabe gemäss Ziff. 3 des

Informationsschreibens zu SuisseMED@P vom 26. November 2019 Stellung zu nehmen (Urk. 10). Die Stellungnahme des BSV wurde am 7. Oktober 2020 erstattet (Urk. 12). Mit Verfügung vom 12. Oktober 2020 wurde sie den Parteien zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 14). Mit Eingabe vom 28. Oktober 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme. Die Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 27. November 2020 ihre Stellungnahme ein (Urk. 18).

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, 4. Auflage 2020, Art. 43 N 20 mit Hinweisen).

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. 2.5

Polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fach disziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Vereinbarung getroffen hat (Art. 72 bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG). Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72 bis Abs. 2 IVV). Das Verfahren für die Auftragsvergabe von polydisziplinären Gutachten durch die IV-Stellen ist im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, Stand 1. Januar 2018) detailliert geregelt (Rz 2077 ff.). Der gesamte Verlauf der Gutachteneinholung wird über die vom BSV eingerichtete webbasierte Vergabeplattform SuisseMED@P gesteuert und kontrolliert (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Ergebnisse des psychiatrischen Vorgutachtens vom 25. Juni 2016, das bereits auch nicht psychiatrische somatische Aspekte thematisiert habe (Neurasthenie, Verdacht auf Narkolepsie), sei als ungenügend beurteilt worden. Abgesehen von einer komplexen psychischen Problematik (affektive Angststörung) mit nosogenetisch bisher nicht klar zugeordneten somatischen Beschwerden (Sensibilitätsstörungen, Differentialdiagnose dissoziative Störung) bestünden ein neurokognitives Syndrom (Konzentration, Aufmerksamkeit) unklarer Genese sowie mit der Einnahme von Symbicort (ohne dass eine internistische Diagnose und Verordnung dokumentiert sei), Modafinil und Melatonin ein mehrfacettäres somatisches Therapieregime, dessen somatische Indikation bei beschriebener Tagesmüdigkeit und geäußertem, aber bisher nicht bestätigtem Verdacht auf Narkolepsie zu klären sei. An der neurologischen Klinik des Universitätsspitals B.____ sei ätiologisch die geschilderte Tagesmüdigkeit und – schläfrigkeit explizit offen geblieben . Daher sei an der polydisziplinären Begutachtung festzuhalten . Eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung werde immer unabhängig über die Plattform SwissMED@P zugeteilt. Dieses Vorgehen sei auch im vorliegenden Fall angewandt worden. Die Zuteilung sei somit nach dem Zufallsprinzip erfolgt.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, eine polydisziplinäre Begutachtung sei nicht notwendig und vermöge dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit nicht standzuhalten. Den Akten sei zu entnehmen, dass sie bis anhin ausschliesslich in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Das Medikament Symbicort nehme sie

aufgrund eines Belastungsasthmas seit Kindheit ein. Dadurch sei sie weder während der Schulzeit noch während der Ausbildung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Eine internistische Untersuchung sei weder geeignet noch erforderlich, um die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Weder die Beschwerdegegnerin noch der RAD vermöchten Argumente vorzubringen, weshalb eine neuropsychologische Untersuchung angezeigt sei. Der RAD begründe den umfassenden Abklärungsbedarf insbesondere in neurologischer Hinsicht vorwiegend mit der Einnahme von Modafinil und Melatonin, ohne zu berücksichtigen, dass diese Medikamente vom behandelnden Psychiater verschrieben worden seien. Dieser habe im Bericht vom 17. Dezember 2019 ausgeführt, die Medikamente seien nicht aufgrund eines neurologischen Leidens eingesetzt worden, sondern um der ausgeprägten psychiatrisch bedingten Tagesschläfrigkeit entgegenzuwirken. Der Verdacht auf eine Narkolepsie habe sich anlässlich der Untersuchung an der Klinik für Neurologie des Universitätsospitals B.____ nicht bestätigt. Eine Neurasthenie sei eine im Diagnosekatalog ICD-10 unter F48 erfasste psychiatrische Diagnose, für die kein organisches Korrelat nachgewiesen werden könne. Das gleiche gelte für die dissoziativen Störungen von Sensibilität und Empfindung. Diese seien gemäss ICD-10 unter der Kategorie F44.6 einzuordnen und als psychische Erkrankungen zu qualifizieren. Hinweise auf eine neurologische Störung gebe es keine. Für den Fall, dass dennoch an einer polydisziplinären Begutachtung festgehalten werden sollte, sei darauf hinzuweisen, dass das Zufallsprinzip unterlaufen werde, wenn mehr als ein Gutachter für mehrere Gutachterstellen tätig sei. Aus den Websites der Gutachterstellen Z.____ und A.____ gehe hervor, dass sämtliche Gutachter für beide Stellen tätig seien. Damit stehe fest, dass alle im vorliegenden Fall aus gewählten Gutachter für mehr als eine MEDAS-Stelle tätig seien. Damit sei das Zufallsprinzip nicht gewährleistet. Die A.____ könne deshalb nicht als Gutachterstelle akzeptiert werden (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 4

).

In seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2019 führte Dr. D.____ aus, die Ergebnisse des psychiatrischen Vorgutachtens vom 25. Juni 2016, das bereits auch nichtpsychiatrische somatische Aspekte thematisiert habe (Neurasthenie, v.a. Narkolepsie), sei als ungenügend beurteilt worden. Abgesehen von einer komplexen psychischen Problematik (affektive und Angststörung) mit nosogenetisch bisher nicht klar zugeordneten somatischen Beschwerden (Sensibilitätsstörungen, DD dissoziative Störung) bestünden ein neurokognitives Syndrom (Konzentration, Aufmerksamkeit) unklarer Genese sowie mit der Einnahme von Symbicort (wegen Asthma, internistische Diagnose und Verordnung nicht dokumentiert), Modafinil und Melatonin ein mehrfacettäres somatisches Therapieregime, dessen somatische Indikation bei beschriebener Tagesmüdigkeit und geäussertem, aber bisher nicht bestätigtem Verdacht auf Narkolepsie zu klären sei. An der Neurologie B.____ sei ätiologisch die geschilderte Tagesmüdigkeit und – schläfrigkeit explizit offengeblieben. Daher werde ein interdisziplinäres Gutachten empfohlen (Urk. 8 S. 5).

E. 4.1

Im psychiatrischen Gutachten vom 25. Juni 2016 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 7/41 S. 11): - Chronische Depression zurzeit mittleren Schweregrades F32.11 -

Neurasthenisches Erschöpfungssyndrom F48.0 - Panikstörung F41.0 - Verdacht auf Narkolepsie

Der Gutachter Dr. Y.____ führte aus, bei der Beschwerdeführerin seien mehrere familiäre emotionale und generelle psychische Belastungen festzuhalten.

Es bestehe eine familiäre Belastung mit mehreren Fällen von Depressionen in der väterlichen Familie, aber auch in der mütterlichen. In der Primarschule sei die Beschwerdeführerin verhaltensauffällig gewesen, vor allem im Sinne einer aggressiven Impulsivität, sodass es zu Elterngesprächen gekommen sei. Heute noch sei klinisch eine ausgeprägte Gereiztheit sichtbar, die mitunter impulsiv nach aussen dringe. In der Sekundarschule sei die Beschwerdeführerin vom Lehrer geplagt worden und habe bereits Depressionen gehabt (und sich geritzt). Sie sei oft beim Schulpsychologen gewesen. Zur Verbesserung der Situation habe sie das Schulhaus gewechselt. Die genannten Verhaltensauffälligkeiten könnten dem depressiven « disruptive

mood

dysregulation

disorder » in DSM-5 entsprechen und depressive Prodrome sein. In der anschliessenden Berufslehre zur Pharma assistentin, als die Beschwerdeführerin 17 Jahre alt gewesen sei, habe gleichzeitig mit dem Reitunfall und mit der durch diesen bedingten dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit eine bis heute dauernde und sich stetig verschlechternde chronische depressive Entwicklung begonnen. Dies entspreche der psychiatrischen Regel, dass chronische Depressionen meistens vor dem 21. Lebensjahr anfangen. Sie seien wie bei der Beschwerdeführerin auf der emotionalen Ebene durch eine Dysphorie, eine depressive aggressive Gereiztheit, gekennzeichnet. Bei der Beschwerdeführerin bestehe zudem eine chronische Erschöpfung, die über diejenige einer depressiven Apathie und atypischen Depression hinausgehe. Ohne eigentliche depressive Verstimmungen sei die Beschwerdeführerin ständig müde, schlafe übermässig viel und sei nach Anstrengungen, zum Beispiel einer grösseren Arbeitsleistung, im Übermass erschöpft und ermüdet. Dies sei auch klinisch sehr deutlich sichtbar. Das psychopathologische Erscheinungsbild entspreche demjenigen eines neurasthenischen Erschöpfungssyndroms. Dieses könne regelmässig rezidivierenden oder langwierigen Infektionskrankheiten folgen. Typisch dafür sei das Pfeiffersche Drüsenfieber, welches bei der Beschwerdeführerin einen sehr protrahierten Verlauf genommen habe. Eine weitere Ursache könnte eine Narkolepsie sein, für welche es bei der Beschwerdeführerin viele Hinweise gebe: Hypersomnie, Schlafanfälle tagsüber, ständige Schläfrigkeit, kataplektische Muskelschwäche, hypnagogische Halluzinationen (auch Gedächtnishalluzinationen), wirre Angstträume, Schlafwandeln. Er empfehle deshalb eine neurologische Abklärung auf Narkolepsie. Im Laufe der Lehre als Pharma assistentin habe sich die Atmosphäre im Lehrbetrieb zunehmend wegen der Absenzen nach dem Reitunfall und als Folge von Asthma und rezidivierenden Bronchitiden verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei in einen depressiven Zustand gekommen und habe mit siebzehn Jahren eine psychiatrische Behandlung aufgesucht, welche sie bis heute mit Wechseln, aber ununterbrochen fortgesetzt habe. Subjektiv habe allerdings nur die antidepressive Medikation im Vordergrund gestanden, für Psychotherapie sei die Beschwerdeführerin wenig zugänglich gewesen. Allerdings sei Letztere bei chronischen Depressionen eher erfolgsversprechend als Erstere. Nach dem Lehrabschluss habe sich der Zustand verschlechtert und es sei eine Panikstörung hinzutreten. Die Beschwerdeführerin habe

intensive Angstträume gehabt, sei in einem Stresszustand erwacht und sei auch tagsüber in Panikzustände geraten. In der Folge seien Panikattacken auch in Platzangstsituationen wie im eigenen Zimmer und im Zug aufgetreten, sodass sie in der panikbedingten Vermeidungshaltung kaum mehr ausser Haus gegangen sei. Die Panikstörung habe sich weiter verschlimmert, habe aber seit Jahresfrist im Zug der höher dosierten Psychopharmakotherapie wieder abgenommen. Die Panikattacken seien auf typische Weise neben der psychovegetativen Stresssymptomatik und Todesangst mit Atemnot und Hyperventilation sowie von paranoiden Erscheinungen, Halluzinationen und Muskellähmungen begleitet gewesen. Diese Erscheinungen seien symptomatische dissoziative Störungen zufolge des panikbedingten Stresses und müssten nicht als separate dissoziative Störungen diagnostiziert werden. Eine Disposition zu solchen dissoziativen Störungen zeige sich mit dem Schlafwandeln und den hypnagogischen Sinnestäuschungen. In der Zeit nach dem Lehrabschluss sei die Arbeitsfähigkeit vor allem wegen der depressiven Störung wahrscheinlich schon relevant beeinträchtigt gewesen. Sie habe zwar während dreier Monate eine ganz tägige Handelsschule absolviert, habe aber vorher und nachher «Pausen zum Regenerieren» eingelegt. Im April 2014 habe sie eine Stelle als Pharmassistentin mit einem 60 % -Pensum angetreten, sei aber in einem depressiven Stresszustand mit dysphorischer Gereiztheit, Antriebsmangel und Leistungsunfähigkeit gestanden, sodass sie von psychiatrischer Seite ab dem 16. Juni 2014 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Der depressive Zustand habe heute etwa einen mittleren Schweregrad, wenn man die Einschränkungen durch das Erschöpfungssyndrom miteinbeziehe. Im Vordergrund stünden eine rasche Erschöpfbarkeit, ein übermässiges Erholungsbedürfnis und eine ständige Müdigkeit. Die Beschwerdeführerin sei ständig innerlich gespannt und leicht reizbar. Sie schlafe auch tagsüber sehr viel. Die depressive Symptomatik von Sinnlosigkeit, Empfindungslosigkeit, Lethargie, Weinen, welche vor zwei Jahren den maximalen Schweregrad erlangt habe, habe sich inzwischen vermindert, bestehe aber weiterhin relevant. Die Beschwerdeführerin mache im Haushalt der Eltern mit, pflege ihr Pferd und einige Kontakte, ihre Interessen und Aktivitäten seien aber weiterhin reduziert. Hinzu komme die Angstsymptomatik, welche sich inzwischen gebessert habe, aber weiterhin den Grad einer Panikstörung mit intensiven Angstträumen und Panikzuständen mit paranoiden und anderen dissoziativen Erscheinungen besitze. Diese ebenfalls relevante Angststörung bedeute in erster Linie, dass die Beschwerdeführerin generell psychisch vermindert belastbar sei und dass somit bei einem vermehrten zum Beispiel beruflichen Stress rasch eine psychopathologische Exazerbation drohe. Dies habe sich anlässlich der Untersuchung deutlich gezeigt. Die Beschwerdeführerin wirke unsicher, ängstlich, sehr gespannt und gereizt. Sie mache schon von der äusseren Erscheinung her einen depressiven, dunklen, melancholischen und dysphorischen Eindruck und wirke deprimiert und ohne Selbstvertrauen. Obwohl sie sich unter Kontrolle zu halten versuche, sei sie im Gespräch wiederholt überlastet und gerate in eine aggressive Impulsivität. Sie werde in einem pathologischen Mass erschöpft und gereizt. In Anbetracht dessen schätze er die heutige Arbeitsfähigkeit generell auf höchstens 50 % ein. Die Gründe für die Arbeitsunfähigkeit seien chronische psychische Störungen mit Krankheitswert, nämlich eine (atypische) depressive Störung mit zeitweise einem schweren und heute einem mittelschweren Krankheitsgrad, ein neurasthenisches Erschöpfungssyndrom, und eine Panikstörung. Die Komorbidität dieser Störungen bedinge eine allgemein verminderte psychische Belastbarkeit. Die Leistungsfähigkeit werde eingeschränkt durch einen Antriebsmangel, eine pathologische Erschöpfbarkeit und einen

permanenten psychischen Stresszustand. Prognostisch sei voraussichtlich während mindestens eines Jahres keine substanzielle Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Langfristig könne sich der psychische Zustand bei einem stabilen Verlauf bessern, je nach dem weiteren Lebenslauf könnten aber auch erneute Exazerbationen ein treten. Therapeutisch würde neben der medikamentösen Behandlung vor allem eine regelmässige Psychotherapie im Vordergrund stehen (Urk. 7/41 S. 11 ff) .

E. 4.2

Im Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom 22. November 2016 (Urk. 7/55) wurden die folgenden Diagnosen genannt:

Exzessive Tagesschläfrigkeit mit Einschlafattacken EM ~ 2014 - DD: Narkolepsie mit Kataplexie - Muskeltonusverlust bei Lachen und starken Emotionen - ohne Medikament fragmentierter Schlaf trotz Schläfrigkeit - DD: extremer Abendtyp - deutliche Einschlafschwierigkeit bei zu frühem ins Bett gehen - morgendliche Schlaftrunkenheit (6-7 Wecker), häufiges Verschlafen - diagnostisch (unter unveränderter Medikation): - Aktigraphie : leicht verzögerter Ruhe-Aktivitätsrhythmus bei eher Langschläfertyp , welcher durch soziale Verpflichtungen (Arbeit) an Stabilität verliert. Zudem deutliche Schlafrestriktion in der Nacht vor dem Arbeitstag - Polysomnographie vom 24.10.2016: Eine schlafassoziierte Atemstörung und periodische Beinbewegungen als Ursache der Schläfrigkeit wurden ausgeschlossen. Es liessen sich keine typischen Narkolepsie-Marker finden. Hohe Schlafeffizienz - Multipler Schlaflatenz-Test vom 25.10.2016: mässig erhöhte Einschlafneigung. Es lassen sich keine SOREM nachweisen (ev. pharmakologisch bedingt) - ESS: 13/24 FSS: 6.2/7 - Orexin -Bestimmung: aktuell nicht erfolgt

Psychiatrische Vorerkrankungen: - Depression, Angststörungen, Panikattacken, Borderline Asthma bronchiale EM 1998 - Heuschnupfen

Schweinegrippe Impfung 2010 - da Risikogruppe bei Asthma

EBV 03/2014 - für 6 Monate sehr starke Müdigkeit

Es wurde ausgeführt, zusammenfassend zeige sich in der Aktigraphie ein leicht verzögerter Ruhe-Aktivitätsrhythmus bei eher Langschläfertyp , welcher durch soziale Verpflichtungen (Arbeit) an Stabilität verliere und mit deutlicher Schlafrestriktion in der Nacht vor dem Arbeitstag einhergehe. Die Befunde der Polysomnographie seien als unspezifisch zu werten, eine schlafassoziierte Atemstörung und periodische Beinbewegungen als Ursache der Schläfrigkeit seien ausgeschlossen worden. Es hätten sich keine typischen Narkolepsie-Marker nachweisen lassen. Der MSLT (multipler Schlaflatenztest) erfasse eine mässig erhöhte Einschlafneigung. Es fänden sich keine SOREM (Sleep - Onset -REM). Somit hätten sich in den weiterführenden schlafmedizinischen Abklärungen keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen einer Narkolepsie ergeben, jedoch müsse hier einschränkend die Möglichkeit einer SOREM-Unterdrückung unter der bestehenden antidepressiven Therapie und einer somit nicht ausreichend aussagekräftigen Diagnostik erwähnt werden . Um die aktuelle Diagnostik zu stärken, wäre weiterhin eine Lumbalpunktion mit Bestimmung von Orexin im Liquor empfohlen, da bei dieser Untersuchung die medikamentöse Therapie keine Rolle spiele. Dies sei jedoch von der Beschwerdeführerin zuletzt nicht gewünscht worden. Bei anamnestischen Hinweisen auf eine Narkolepsie sei daher im Rahmen der aktuellen Konsultation ergänzend noch eine HLA-Typisierung DQB 1*06:02 erfolgt. Im Falle eines negativen Befundes wäre auch im

Rahmen einer Lumbalpunktion kein erniedrigtes Orexin im Liquor zu erwarten. In der Zusammenschau bleibe die von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesmüdigkeit und – schläfrigkeit aktuell ätiologisch offen, auch angesichts der limitierten Aussagekraft der schlafmedizinischen Untersuchung und angesichts der antidepressiven Medikation (Urk. 7/55).

E. 4.3

Der behandelnde Psychiater Dr. C.____ nante in seinem Bericht vom 26. August 2019 zuhanden der IV-Stelle die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung z.Z. mittelgradige Episode F 33.21 mit somatischem Syndrom, dissoziative Störung von Sensibilität und Empfindung F44.6, Angst und depressive Störung gemischt F41.2, seit 2011. Die medizinische Symptomatik sei unverändert. Die Beschwerdeführerin sei depressiv. Es bestehe eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit, eine Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit sowie dissoziative Empfindungsstörungen (Urk. 7/91) .

E. 4.4

RAD-Arzt Dr. med. univ. D.____ , Facharzt Neurologie, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. November 2019 fest, es bestehe eine komplexe Psycho pathologie mit Depression, Angststörung und dissoziativer Störung. Für die Medikation mit Modasomil bei seitens der Neurologie B.____ bereits nicht bestätigter Narkolepsie sei die medizinische Indikation unklar. Zur erforderlichen medizinischen Standortbestimmung werde ein interdisziplinäres Gutachten empfohlen (Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie ; Urk. 8 S.

E. 4.5

Der behandelnde Psychiater Dr. C.____ hielt in seinem Schreiben vom 17. Dezember 2019 an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin fest, die Beschwerde führerin sei wegen ihrer Schlafstörungen und der ausgeprägten Tagesmüdigkeit neurologisch abgeklärt worden. Eine Narkolepsie liege nicht vor, weshalb das Medikament Modafinil auch nicht gegen diese Form der Epilepsie eingesetzt werde, sondern sozusagen «off label » gegen die eben beschriebene Müdigkeit. Ebenso werde Melatonin, das körpereigene Schlafhormon zum Schlafen eingesetzt, da es die Schlafarchitektur nicht verändere und somit zu einem gesünderen Schlaf, vor allem qualitativ, führe (Urk. 7/104).

E. 5

) - in der Vergangenheit auch zu Arbeitsunfähigkeiten geführt haben (vgl. vorne E. 4.1). Darüber hinaus ist auch eine durchgemachte Infektionskrankheit (Pfeiffersches Drüsenfieber) aktenkundig, welche Ursache des neurasthenischen Erschöpfungssyndroms sein könnte. Dies bezüglich liegen jedoch keine ärztlichen Berichte vor, weshalb der Gesundheitszustand auch in dieser Hinsicht ungeklärt ist .

E. 5.1

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob eine polydisziplinäre Begutachtung unter Miteinbezug der Fachdisziplinen Neurologie, Neuropsychologie und Allgemeine Innere Medizin notwendig ist oder ob eine monodisziplinäre Abklärung im Fachbereich Psychiatrie genügt. Unbestritten ist, dass ein Gutachten einzuholen ist.

E. 5.2

Aus den Akten geht hervor, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 25. Juni 2016 die Diagnosen einer chronischen Depression mittleren Schweregrades, ein neurasthenisches Erschöpfungssyndrom, eine Panikstörung sowie ein Verdacht auf Narkolepsie gestellt wurden und somit psychische Beschwerden im Vordergrund standen. In Bezug auf das neurasthenische Erschöpfungssyndrom hielt der Gutachter fest, dass diesem regelmässig rezidivierende oder langwierige Infektionskrankheiten folgen könne. Typisch dafür sei das Pfeiffersche Drüsenfieber, welches bei der Beschwerdeführerin einen sehr protrahierten Verlauf genommen habe. Eine weitere Ursache könne eine Narkolepsie sein, für welche es bei der Beschwerdeführerin viele Hinweise gebe (Hypersomnie, Schlafanfälle tagsüber, ständige Schläfrigkeit, kataplektische Muskelschwäche, hypnagoge Halluzinationen, wirre Angstträume, Schlafwandeln). In der Folge wurde die Beschwerdeführerin an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ neurologisch abgeklärt. Dem Bericht vom 22. November 2016 ist zu entnehmen, dass die Ursachen der geschilderten Beschwerden angesichts der nicht ausreichend aussagekräftigen Diagnostik infolge der bestehenden antidepressiven Therapie sowie angesichts der limitierten Aussagekraft der schlafmedizinischen Untersuchung offenblieben. Es trifft zwar zu, dass aufgrund der aktuellen Aktenlage eine Narkolepsie wohl eher zu verneinen, jedoch nicht auszuschliessen ist, zudem bleibt die Ätiologie des Krankheitsbildes ungeklärt (vgl. E 4.2). Ausserdem ist unklar, inwiefern sich die Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dokumentiert sind des Weiteren Konzentrationsstörungen und dissoziative Empfindungsstörungen. Ob diese den psychischen Störungen zugeordnet werden können, kann aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Insofern kann nicht von einer vollends gesicherten Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik die Rede sein, die offenkundig ausschliesslich das Fachgebiet der Psychiatrie beschlägt. Es bestehen durchaus Anhaltspunkte, dass neben der psychischen auch eine neurologische und eine neuropsychologische Problematik vorliegen könnte.

E. 5.3

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass, wenn ein polydisziplinäres Gutachten angezeigt ist, die Allgemeine Innere Medizin immer vertreten ist (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI, Stand 1. Januar 2018] Rz 2077). Im Übrigen ergeben sich aus den Akten auch Hinweise auf Krankheiten des allgemeinen internistischen Fachgebietes wie beispielsweise Asthma und rezidivierende Bronchitiden, welche -

entgegen den

Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S.

E. 5.4

Nach dem Gesagten erweist sich die angeordnete polydisziplinäre Begutachtung in den Fachgebieten Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie und Neurologie für die Sachverhaltsabklärung als erforderlich und damit als rechtmässig. Konkrete Gründe, weshalb der Beschwerdeführerin die Teilnahme an dieser Begutachtung unzumutbar sein soll, wurden nicht substantiiert geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

E. 6.1

Zu prüfen ist des Weiteren, ob die Auswahl der Gutachterstelle rechtmässig erfolgt ist.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin rügt eine Verletzung des Zufallsprinzips und macht geltend, dass mehrere Gutachter sowohl für Z. ___ als auch für die A. ___ tätig seien (Urk. 1 S.

E. 6.3

Wie das BSV in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2020 ausführt, wird bei der Zulosung von polydisziplinären Gutachterstellen über die Plattform SuisseMED@P nur die Gutachterstelle zugeteilt. Nur diese verfügt über eine Vereinbarung mit dem BSV und fällt in den Anwendungsbereich von Art. 72 bis IVV. Welche Gutachterinnen und Gutachter eine Gutachterstelle einsetzt, steht ihr grundsätzlich frei, sofern diese die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen (vgl. Urk.

E. 6.4

Der Beschwerdeführerin ist aber insoweit beizupflichten, dass durch den Umstand, dass eine medizinische Fachperson bei verschiedenen Gutachterstellen gleichzeitig tätig ist, die Zufälligkeit der Gutachterstellenauswahl via SuisseMED@P-Plattform unterlaufen werden kann. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 8C_47/2016 vom 15. März 2016 offengelassen, ob und bei welcher Häufung einer Gutachtertätigkeit derselben Ärztin oder desselben Arztes für mehrere Abklärungsstellen das Zufallsprinzip als nicht mehr gewahrt zu gelten hat. Das BSV hat mit seinem Informationsschreiben zu SuisseMED@P vom 26. November 2019 die Gutachterstellen angewiesen, die Gutachterteams so zusammenzusetzen, dass sich eine Überschneidung der Gutachterinnen und Gutachter zwischen zwei Gutachterteams auf höchstens eine einzelne Person beschränkt (vgl. Urk. 3/5).

Aus dem SuisseMED@P-Reporting 2019 (abrufbar unter www.bsv.admin.ch) ergibt sich, dass einer der im vorliegenden Fall von der Z. ___ ein gesetzter Gutachter (Dr. med. E. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) sowohl für die Z. ___ als auch für die A. ___ tätig ist (Urk. 13/3 und Urk. 13/5; vgl. auch Urk. 12 S. 4). Konsultiert man die Websites dieser beiden Gutachterstellen, ist neben Dr. E. ___ aktuell (seit 2020)

auch Dr. med. F. ___, Facharzt für Neurologie, für beide Gutachterstellen tätig. Für die im Streit liegende Begutachtung, welche im Jahr 2020 hätte stattfinden sollen bzw.

(voraussichtlich im Jahr 2021) noch stattfinden wird, sind somit die Vorgaben des BSV gemäss Informationsschreiben vom 26. November 2019 (Ziff. 3) nicht eingehalten. Die IV-Stelle hat daher die Gutachterstelle anzuweisen, einen der beiden Gutachter, welche aktuell für beide Gutachterstellen tätig sind, auszuwechseln und die Vorgaben des BSV zur Zusammensetzung der Gutachterteams zu beachten.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 7.

7.1

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). 7.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung (Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Da sie grösstenteils unterliegt bzw. lediglich in einem Nebenpunkt obsiegt, erscheint eine Entschädigung von Fr. 400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird Dispositivziffer 3 der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2020 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin angewiesen, die Z.____

aufzufordern, bei der Zusammensetzung des Gutachterteams die Weisungen des BSV vom 26. November 2019 zu beachten. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 4 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Annemarie Gurtner - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 18 - 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 1. Juli bis und mit dem 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

E. 9

f.).

E. 12

S. 2).

Da im vorliegenden Fall die Auftragsvergabe an die Z.____

korrekt über die SuisseMED@P erfolgt ist, kann der Beschwerdegegnerin insofern keine Verletzung des Zufallsprinzips vorgeworfen werden.

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