

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00681 vom 1. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00681

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00681 du 1 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00681 del 1 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsgegenstand in diesem Verfahren ist die Verfügung vom 3. September 2020 (Urk. 2), mit welcher die Beschwerdegegnerin an einer erneuten psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung gemäss ihrer Mitteilung vom 20. August 2020 (Urk. 9/203) festhielt. Hierbei handelt es sich um eine Zwischenverfügung im Sinne von Art. 55 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) i.V.m. Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG), welche bei Bejahung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils (Art. 46 Abs. 1 lit. a VwVG; BGE 132 V 93 E. 6.1) grundsätzlich selbständig mit Beschwerde angefochten werden kann.

E. 1.2

Im Zusammenhang mit Entscheiden über die Einholung von Gutachten hat das Bundesgericht die Anfechtbarkeitsvoraussetzungen des nicht wieder gutzumachen den Nachteils für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten bejaht (BGE 141 V 330 E. 5.1 und 5.2; BGE 139 V 339 E. 4.4).

1.

E. 1.3

Im Zuge eines erneuten amtlichen Revisionsverfahren (vgl. Fragebogen vom 20. September 2017; Urk.

9/101-102) sistierte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28.

Juni 2018 die laufende Invalidenrente im Sinne einer vorsorglichen Massnahme (Urk. 9/200). Diese Verfügung blieb unangefochten (vgl. Urk. 9/136).

In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten bidisziplinär begutachten (Expertise vom 22. Februar 2019, Urk. 9/190, vgl. auch Urk. 9/191). Am 11. Juli 2019 wurde eine Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung eingeleitet (Urk. 9/155).

Mit Eingaben vom 14. Februar 2020 (Urk. 9/170) sowie vom 28. Mai 2020 (Urk. 9/179) machte der Versicherte eine Rechtsverzögerung geltend. Am 20. August 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, es sei eine erneute bidisziplinäre Begutachtung notwendig (Urk. 9/203), womit sich der Versicherte nicht einverstanden erklärte (Urk.

9/207). Mit Zwischenverfügung vom 3.

September 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, an der erneuten medizinischen Abklärung werde festgehalten (Urk. 9/208 = Urk. 2). Die IV-Stelle hob die Hilflosenent

schädigung mit Verfügung vom 5. Oktober 2020 (Urk. 9/209) rückwirkend ab 1. März 2019 auf.

E. 2

Der Versicherte erhob am 5. Oktober 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3.

September 2020 (Urk. 2) und beantragte, die IV-Stelle sei im Sinne von vor sorglichen Massnahmen (§ 17 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) anzuweisen, sofort die rückwirkend seit Mai 2018 geschuldete ganze Rente auszurichten. Es sei festzustellen, dass eine erneute medizinische Abklärung (externes Gutachten) nicht notwendig und nicht indiziert sei. Die IV-Stelle sei zu verpflichten, im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens über den Rentenanspruch gestützt auf die Aktenlage zu entscheiden. Eventuell sei die IV-Stelle zu verpflichten, bezüglich Gutachterpersonen ein Einigungsverfahren durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Am 11. November 2020 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 18. November 2020 (Urk. 10) wurde die SVA Zürich, Ausgleichskasse, um eine Stellungnahme ersucht. Die Beschwerdegegnerin reichte am 9. Dezember 2020 eine Stellungnahme ein (Urk. 12), welche den Parteien am 10. Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Mit Eingabe vom 13. Januar 2021 (Urk. 16) zog der Beschwerdeführer den Antrag betreffend rückwirkende Leistungsausrichtung zurück, da die Beschwerdegegnerin inzwischen mit Datum vom 28. Dezember 2020 die ihm rückwirkend seit Mai 2018 geschuldeten Renten abgerechnet und ausgerichtet habe (S. 1 f.). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 3. September 2020 (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ vom 22. Februar 2019 sowie die Beantwortung der Rückfragen vom 16. Mai 2019 weder eine abschliessende medizinische (Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes, RAD, vom 30. August 2019) noch rechtliche Stellungnahme (Stellungnahme des Rechtsdiensts vom 4. Februar 2020) möglich gewesen sei. Wie in der Mitteilung vom 20. August 2020 festgehalten, sei eine erneute medizinische Untersuchung notwendig, da aus medizinischer und rechtlicher Sicht keine abschliessende Beurteilung möglich sei (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), bei der medizinischen Beurteilung durch die RAD-Psychiaterin handle es sich um eine unzulässige Parallelüberprüfung (S. 5 Rz 13). Es bestehe kein rechtlicher und schon gar kein triftiger rechtlicher Grund, dem vorliegenden psychiatrischen Gutachten Beweiswert abzuspochen, von der gutachterlichen Einschätzung der Psychiaterin abzuweichen oder für den fälligen Rentenrevisionsentscheid nicht darauf abzustellen (S. 7 Rz 24).

Den Eventualantrag begründete der Beschwerdeführer damit, dass falls das Gericht wider Erwarten eine zweite Begutachtung als notwendig betrachten würde, Einwendungen gegenüber den mit Mitteilung vom 20. August 2020 vorgeschlagenen Gutachter-Personen erhoben würden (S. 8 Rz 26).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht an einer erneuten psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung festgehalten hat.

E. 3

Mit Erlass der Verfügungen vom 12. November 2020 (Urk. 13/2) und vom 28. Dezember 2020 (Urk. 17) entsprach die Beschwerdegegnerin dem Rechtsbegehren des Beschwerdeführers um die Ausrichtung der geschuldeten ganzen Rente rückwirkend seit Mai 2018 (Urk. 1 S. 2). Damit erweist sich der genannte Antrag als gegenstandslos und wurde denn auch vom Beschwerdeführer am 13. Januar 2021 zurückgezogen (Urk. 16 S. 1 f.).

E. 4

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2020 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden,

für das aktuelle Rentenrevisionsverfahren relevanten, Berichte vor:

E. 4.1

Die Ärztinnen der Z.____
berichteten am 31. Mai

2017 (Urk. 9/110/3-7) über eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. Januar bis 3. Mai 2017, und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) - primäre Osteomyelofibrose, gegenwärtig stabil
Seit einem Besuch von Versicherungsvertretern, die dem Beschwerdeführer vorwerfen würden, sich trotz Zustandsbesserung im letzten Jahr nicht gemeldet zu haben, befinde er sich in einer Krise. Er fühle sich vermehrt beobachtet und halte es zu Hause schlecht alleine aus (S. 1). Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und die Fortsetzung der etablierten Medikation unter regelmässigen Labor- und EKG-Kontrollen beim Hausarzt würden empfohlen. Zudem werde empfohlen, einer geregelten Tagesstruktur bei einer geschützten Arbeitsstelle nachzugehen. Schliesslich werde zu einer psychiatrischen Spitex mit vorerst zwei Terminen/Woche geraten. Vom 24. Januar bis 7. Mai 2017 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 5).

E. 4.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 6. November 2017 (Urk. 9/105) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2004 und es fänden wöchentliche Konsultationen statt (Ziff. 3.1). Als Diagnose nannte er eine schizoaffektive Störung mit ängstlich paranoider Symptomatik (ICD-10 F25.1; Ziff. 1.2). Seit dem Aufenthalt in der Z.____

vom 24. Januar bis 3. Mai 2017 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verbessert. Geblieben seien aber die innere tiefe Verunsicherung, die tiefen Ängste vor Menschen und das Gefühl, er werde überall kontrolliert. Am sichersten erlebe er sich in seiner Wohnung und verlasse diese nur, wenn er unbedingt müsse. Sozial lebe er weiterhin ganz isoliert (Ziff. 1.3). Er sei nicht arbeitsfähig. Vorerst gehe es beim Beschwerdeführer um das Erlangen einer geregelten Tagesstruktur und das Erlangen einer Tätigkeit in einer geschützten Arbeitsstelle, was noch nicht gelungen sei (Ziff. 2).

E. 4.3

Die Ärztinnen der Z.____ nannten mit Verlaufsbericht vom 14. März 2018 (Urk. 9/120/1-5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoaffective Störung, gegenwärtig depressive Episode, langfristig bekannt (ICD-10 F25.1; Ziff. 1.2). Gegenwärtig könne nicht von einer erheblichen Verbesserung des psychopathologischen Zustandsbildes ausgegangen werden (Ziff. 3.3). Es bestehe eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von maximal zwei bis vier Stunden pro Tag (Ziff. 4.2).

Mit Bericht vom 14. März 2018 (Urk. 9/120/6-9) über eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 15. Dezember 2017 bis 14. März 2018 nannten die Ärztinnen der Z.____

folgende Diagnosen (S. 1): - schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) - Osteomyelofibrose - Erhöhung der Transaminasenwerte - Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom), Verdacht auf medikamentös-induziert

Der Beschwerdeführer habe sich bei Eintritt psychopathologisch mit depressiver Stimmung und Antriebsarmut, mit ausgeprägten Ich-Störungen und konkreten Suizidgedanken präsentiert (S. 2 unten). Er habe sich aktiv am multimodalen stationsspezifischen Therapieprogramm mit störungsunspezifischen Gruppentherapien beteiligt. Er habe zudem von körperbezogenen Therapien

profitiert. Er habe wiederholt Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Plänen in der Handlungsebene gezeigt, weshalb die Bezugspersonen ihn dahingehend, insbesondere im Einzelsetting, unterstützten. Des Weiteren sei gemeinsam mit der Bezugsperson im Rahmen einer Expositionstherapie das Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln, der Aufenthalt an öffentlichen Plätzen etc. eingeübt worden. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen sei der Fokus auf den erhöhten Leistungsanspruch und die damit verbundene Frustrationstendenz gelegt worden. Zur weiterführenden tagesstrukturierenden Massnahme habe sich der Beschwerdeführer bei B.____ beworben und selbständig einen möglichen Besichtigungstermin für ein betreutes Wohnen bei der C.____ vereinbart. Am 14.

März 2018 sei der Beschwerdeführer ohne Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung in das gewohnte Alltags- und Sozialumfeld ausgetreten (S. 3).

E. 4.4

Dr. med. Y.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 22. Februar 2019 ein psychiatrisches Gutachten mit neuropsychologischer Untersuchung/Beschwerdevalidierung im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/190/2-37) und nannte

folgende

psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 6): - schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) - Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (zirka 2016; ICD-10 F10.1)

Die allgemeinen ICD-10 Kriterien für die schizoaffective Störung seien als erfüllt zu betrachten, da seit 2003 eine depressive Störung mit gleichzeitig vorliegenden schizophrenen Symptomen (vor allem Gedankenabreissen, Beeinflussungswahn, Kontrollwahn, Verfolgungsängste) dokumentiert sei. Im bisherigen Krankheitsverlauf seien ausschliesslich schizodepressive Phasen beschrieben, die durchgängig ambulant und

mehrmals stationär behandelt worden seien. Eine vollständige Remission der Erkrankung sei trotz kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung nicht eingetreten, es handle sich um eine chronische Verlaufsform. Zum Untersuchungzeitpunkt seien eine schwere depressive Symptomatik (Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, psychomotorische Verlangsamung, Niedergeschlagenheit, Antriebsverlust, weitgehender sozialer Rückzug) und schizophrene Symptome (Beziehungs-, Kontroll- und Beeinträchtigungswahn, Akosmen, fraglich auch Ich-Störungen) festzustellen, somit sei eine schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv, zu diagnostizieren (S. 25 Ziff. 6). Aufgrund einer berichteten Phase mit Alkoholüberkonsum (von zeitweise bis zu einer Flasche Weisswein pro Tag) vor zirka drei Jahren sei diagnostisch zudem ein Status nach Alkoholmissbrauch festzustellen. Aktuell fänden sich weder klinisch noch laborchemisch (unauffälliges Carbohydrate-Deficient Transferrin) Hinweise auf einen Alkoholüberkonsum. Der Gesundheitsschaden erscheine aufgrund der Symptomausprägung und der chronischen Verlaufsform der schizoaffectiven Störung als schwergradig ausgeprägt (S. 26 Ziff. 6).

Bei der aktuellen Untersuchung habe sich ein chronifiziertes depressives Zustandsbild mit im Vordergrund stehenden kognitiven Einschränkungen gezeigt, mit deutlicher psychomotorischer Verlangsamung, gedrückter Stimmung und Antriebsmangel; der Beschwerdeführer habe müde gewirkt, unkonzentriert und leicht ablenkbar. Es seien daneben auch psychotische Symptome wie Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen und fluktuierend ausgeprägte akustische Halluzinationen eruiert gewesen. Die paranoiden Ängste hätten eine deutliche soziale Hemmung und nach glaubhafter Schilderung eine weitgehend soziale Zurückgezogenheit im Alltag bewirkt. Bei der Bestimmung der Medikamentenspiegel der aktuell verordneten Psychopharmaka (zwei Antidepressiva und zwei Neuroleptika) hätten sämtliche Spiegel im therapeutischen Wirkungsbereich gelegen, so dass von einer guten medikamentösen Compliance des Beschwerdeführers ausgegangen werden könne (S. 28 Ziff. 7.1).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich mittlere bis schwere kognitive Beeinträchtigungen ergeben, die jedoch wegen Hinweisen auf wahrscheinlich negative Antwortverzerrungen (auffällige Symptomvalidierungsverfahren) nicht als valide Befunde hätten gewertet werden können. Aus psychiatrischer Sicht sei am ehesten anzunehmen, dass es durch die vom Beschwerdeführer beklagte Müdigkeit und Unkonzentriertheit, seine resignative, passive Grundstimmung und den Antriebsmangel zu einer ungenügenden Motivation und Anstrengungsbereitschaft in Bezug auf die gestellten Aufgaben gekommen sei. Es könne aus Sicht der Referentin zwar nicht ausgeschlossen werden, dass zusätzlich auch andere Faktoren eine Rolle spielten, zum Beispiel die Befürchtung, durch ein gutes Abschneiden bei den Tests pauschal als gesund und leistungsfähig eingeschätzt zu werden, mit der Folge negativer Konsequenzen hinsichtlich Versicherungsleistungen. Aus gutachterlicher Sicht erkläre jedoch das psychiatrische Krankheitsbild mit der zu den Untersuchungszeitpunkten vorliegenden Psychopathologie ganz überwiegend das schlechte Abschneiden mit auffälligen Beschwerdevalidierungsergebnissen (S. 28 f.).

Aus gutachterlicher Sicht könnten die (scheinbaren) Widersprüche zwischen den Observationsergebnissen und dem vom Beschwerdeführer und seinem Psychiater geschilderten sehr eingeschränkten Funktionsniveau im Alltag dadurch erklärt werden, dass es im Rahmen einer chronischen schizoaffectiven Störung immer wieder zu Schwankungen der Symptomausprägung und somit des psychischen Befindens kommen könne. Es sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sich nach seinen Angaben vielfach habe

überwinden müssen, und ihm dies manchmal nur mit Hilfe der Bedarfsmedikation gelungen sei, was ihm von aussen nicht angesehen werden könne. Erst durch zwei längere Spitalaufenthalte mit medikamentöser Neueinstellung und intensiven psychotherapeutischen Interventionen (Expositionenübungen) sowie der Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex habe der Beschwerdeführer ein Funktionsniveau erreichen können, das ihm die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und eine Halbtagestätigkeit im geschützten Arbeitsbereich ermöglicht habe (S. 29).

Die bisherige Behandlung sei als dem Krankheitsbild angemessen zu bezeichnen. Der Beschwerdeführer erscheine als zuverlässig und compliant bezüglich der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmassnahmen (S. 30 Ziff. 7.2).

Es müsse aus gutachterlicher Sicht als grosser Erfolg bezeichnet werden, dass der Beschwerdeführer mittlerweile über ein halbes Jahr stabil bei B.____ habe tätig sein können. Dies sei sicher zu einem ganz erheblichen Teil den dortigen Strukturen (Vermeidung von Überforderung, kleines konstantes Team, wohlwollende und wertschätzende Atmosphäre) und der engen therapeutischen und pflegerischen Begleitung zu danken. Prognostisch sei vorstellbar, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im geschützten Bereich schrittweise steigern, wobei ein Pensum zwischen 70 % und 100 % möglich erscheine. Es müsse sich im Verlauf zeigen, wo die Belastungsgrenze erreicht sei (S. 30).

Angesichts der Schwere und Chronizität der psychischen Grunderkrankung sei jedoch nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer den Bedingungen des ersten Arbeitsmarkts gewachsen sei. Der dort herrschende Leistungs- und Zeitdruck würde mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Überforderung der psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers mit der Gefahr einer Verstärkung der chronisch vorhandenen depressiven oder paranoiden Symptome bewirken. Die Funktionalität im zwischenmenschlichen Bereich sei krankheitsbedingt als fragil einzuschätzen und sehr abhängig von den Bedingungen, wie sie nur im geschützten Bereich anzutreffen seien (S. 31).

Aus psychiatrischer Sicht weise der Beschwerdeführer aufgrund seines psychischen Leidens keine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Eventmanager auf. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer weise aufgrund seines psychischen Leidens keine Arbeitsfähigkeit in jedweder Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auf. Er sei ausschliesslich im geschützten Arbeitsbereich arbeitsfähig, dort könne er in einem Pensum von 50 % arbeiten, perspektivisch sei eine Erhöhung auf ein Pensum zwischen 70 und 100 % vorstellbar (S. 33 Ziff. 8).

Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2013 zugrunde gelegen habe, habe sich aus gutachterlicher Sicht keine relevante Veränderung der Befunde oder Diagnosen ergeben (S. 33 Ziff. 8.1.1) .

E. 5

Lic. phil.

D.____ führte im neuropsychologischen Teilgutachten vom 3. Dezember 2018 (Urk. 9/190/39-61) aus, beim Beschwerdeführer bestehe rein formal, also unter Ausklammerung des Validitätsaspektes , eine insgesamt mittel gradige bis schwere kognitive Beeinträchtigung mit Minderleistungen in sämtlichen geprüften Bereichen

ausser im Sprachbereich und der visuellen Wahrnehmung. Im Vordergrund stünden dabei modalitätsunspezifische schwer verminderte mnestische Leistungen, schwere Defizite im Bereich Aufmerksamkeit mit vor allem schwer reduziertem allgemeinem Aufmerksamkeitsniveau, schwer verlangsamer kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit und Überforderung in der geteilten Aufmerksamkeit. Ebenfalls schwer beeinträchtigt zeigten sich exekutive Teilfunktionen wie Interferenzabwehr und Umstellfähigkeit (S. 16 f.).

Es hätten sich Hinweise für eine wahrscheinliche negative Antwortverzerrung im kognitiven Bereich ergeben. Beide durchgeführten Symptomvalidierungen verfahren seien deutlich auffällig. Die Untersuchungsergebnisse der Funktionsprüfungen seien teilweise weit von Erwartungswerten abweichend und nicht plausibel. Das Niveau in den neuropsychologischen Tests sei diskrepant zum berichteten, wenn auch tiefen Aktivitätsniveau in Alltag und Beruf. Es könne nicht von validen neuropsychologischen Befunden ausgegangen werden. Folglich handle es sich bei der oben formal beschriebenen mittelgradigen bis schweren kognitiven Beeinträchtigung nicht um eine authentische Störung (S. 17 Mitte).

Im Rahmen der in den Akten genannten psychiatrischen Diagnose würde eine (weniger schwer ausgeprägte) neuropsychologische Diagnose plausibel sein. Bei fehlender Validität der aktuell erhobenen neuropsychologischen Befunde entziehe es sich aber der Erkenntnismöglichkeit des Gutachters, ob eine solche aktuell tatsächlich und, falls ja, in welchem Schweregrad vorliege (S. 17 unten).

Gesamthaft seien die Kriterien für eine wahrscheinlich negative Antwortverzerrung erfüllt. Es könnten folglich die neuropsychologischen Befunde nicht als valide gewertet werden. Die absichtliche Produktion von neuropsychologischen Defiziten oder deren bewusste Aggravation sei mit den vorhandenen Befunden jedoch nicht bewiesen und könne dem Versicherten nicht unterstellt werden. Nicht ausgeschlossen sei auch, dass trotz der Antwortverzerrung auch ein authentischer Kern einer neuropsychologischen Störung im Rahmen allenfalls vorliegender psychiatrischer Diagnosen bestehe. Bei fehlender Validität der aktuell erhobenen neuropsychologischen Befunde entziehe es sich aber der Erkenntnismöglichkeit des Gutachters, ob eine solche aktuell tatsächlich, und falls ja, in welchem Schweregrad vorliege (S. 20 oben).

Aus neuropsychologischer Sicht sei es denkbar, dass beim Beschwerdeführer eine authentische neuropsychologische Störung vorliege im Rahmen von allenfalls bestehenden psychiatrischen Diagnosen. Bei nicht gegebener Validität der aktuell erhobenen Befunde aufgrund einer wahrscheinlich negativen Antwortverzerrung könne aber weder eine fundierte Aussage gemacht werden, ob tatsächlich eine authentische neuropsychologische Störung vorliege noch deren Schweregrad oder Muster angegeben und beschrieben werden. Es liessen sich deshalb auch nicht Funktions- und Fähigkeitsstörungen fundiert ableiten. Somit sei eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im neuropsychologischen Fachbereich nicht möglich (S. 20 f. Ziff. 8). 4.

E. 5.1

Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat der Versicherungsträger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist nach dem in Art.

43 Abs.

1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die not wendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungs träger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist (Urteil des Bundes gerichts 8C_481/2013 vom 7. November 2013 E. 3.4). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durch zuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen recht sprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine « second

opinion » zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (BGE 138 V 271 E. 1.1; Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2). Entscheidend dafür, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, ob die bereits vorliegenden Gutachten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29.

Mai 2007 E. 4.2 , vgl. zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

E. 5.2

Summarisch zu prüfen ist, ob es sich bei der angeordneten psychiatrischen Be gutachtung um das Einholen einer unzulässigen « second

opinion » handelt, bezie hungsweise ob eine genügende Beweislage vorliegt. Um diese Frage beantworten zu können, müsste die vorliegende Aktenlage auf ihre Vollständigkeit und Schlüssigkeit hin überprüft werden. Eine eingehende Überprüfung der medizi nischen Aktenlage würde aber dazu führen, dass der Endentscheid im Hinblick auf die Beurteilung der medizinischen Sachlage weitgehend präjudiziert würde. Da die Verfahrenshoheit bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens bei der Beschwerdegegnerin liegt und ihr deshalb im Rahmen der Verfahrensleitung ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweck mässigkeit von medizinischen Erhebungen zukommt, muss im vorliegenden Verfahren die ge richtliche Prüfung bei einer knappen Beurteilung der Aktenlage im Sinne einer Plausibilitäts- respektive Missbrauchskontrolle ihr Bewenden haben. Ent scheidend ist, ob die Gründe, die die Beschwerdegegnerin für die Notwendigkeit einer weiteren psychiatrischen Abklärung anführt, plausibel erscheinen (Urteil des hiesigen Gerichts Nr. IV.2018.00408 vom 13. November 2018, E. 4.1; vom Bundesgericht bestätigt mit Urteil 9C_57/2019 vom 7. März 2019) .

E. 5.3

Die vorliegend strittige Gutachtensanordnung erfolgte im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens, in welchem Bestand und Um fang des Rentenanspruchs überprüft werden. Zu prüfen ist, ob es sich bei der vorgesehenen Begutachtung um das Einholen einer unzulässigen « second

opinion » handelt.

Dr. Y.____ gelangte in ihrem psychiatrischen Gutachten mit neuro psy chologischer Untersuchung/Beschwerdevalidierung vom 22. Februar 2019 zum Schluss, der Beschwerdeführer weise aufgrund seines psychischen Leidens keine Arbeitsfähigkeit in

jedweder Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auf. Er sei ausschliesslich im geschützten Arbeitsbereich arbeitsfähig. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt begründete die Gutachterin hauptsächlich mit einem psychischen Leiden im Sinne einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (vgl. vorstehend E. 4.4). Dieselbe Diagnose nannten auch alle behandelnden Ärzte und Ärztinnen (vgl. vorstehend E. 4.1 ff.)

E. 5.4

Die RAD-Ärztin Dr. E.____

stellte sich auf den Standpunkt, dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____ könne trotz beantworteter Rückfragen nicht klar gefolgt werden (vgl. vorstehend E. 4.7).

Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, bei der aktuellen Untersuchung habe sich ein chronifiziertes depressives Zustandsbild mit im Vordergrund stehenden kognitiven Einschränkungen gezeigt, mit deutlicher psychomotorischer Verlangsamung, gedrückter Stimmung und Antriebsmangel; der Beschwerdeführer habe müde gewirkt, unkonzentriert und leicht ablenkbar. Es seien daneben auch psychotische Symptome wie Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen und fluktuierend ausgeprägte akustische Halluzinationen erueierbar gewesen. Die paranoiden Ängste hätten eine deutliche soziale Hemmung und nach glaubhafter Schilderung eine weitgehend soziale Zurückgezogenheit im Alltag bewirkt (vgl. vorstehend E. 4.4). In weiten Teilen gegensätzlich lauten die von

der RAD-Ärztin berichteten Befunde. Anlässlich eines Besuches des Beschwerdeführers zu Hause habe er im Gespräch nicht depressiv gewirkt, emotional adäquat reagiert und

sei mitgeschwungen, zum Beispiel habe er bei bestimmten Aussagen gelächelt. Er sei die ganze Zeit konzentriert gewesen und habe dem Gespräch gut folgen können, Gedankenabbrüche seien nicht beobachtet worden. Das Gedächtnis scheine nicht beeinträchtigt zu sein. Er habe sich jedenfalls gut an vergangene und auch zukünftige Ereignisse/Begebenheiten erinnert. Er habe weder ängstlich noch angespannt gewirkt, ebenfalls nicht antriebsgemindert. Es habe sich keine erhöhte Ermüdung und eine damit einhergehende Konzentrationsabnahme gezeigt. Dies könne aber nach Einnahme von Xanax gut nachvollzogen werden, was aber nicht pathologisch sein

würde.

Der Beschwerdeführer habe bei den Beschwerden nur über Abgrenzungsprobleme in grösseren Menschengruppen, ohne diese jedoch zu konkretisieren, und Beobachtungsideen berichtet, vor allem im Zusammenhang mit den später bestätigten Observationen (vorstehend E. 4.7).

Auch hinsichtlich der Laborwerte besteht Uneinigkeit. Während die psychiatrische Gutachterin festhielt, bei der Bestimmung der Medikamentenspiegel der aktuell verordneten Psychopharmaka (zwei Antidepressiva und zwei Neuroleptika) hätten sämtliche Spiegel im therapeutischen Wirkungsbereich gelegen, so dass von einer guten medikamentösen Compliance des Beschwerdeführers ausgegangen werden könne (vorstehend E. 4.4), vermutete die RAD-Ärztin bei mehreren Medikamenten eine Malcompliance und wies insbesondere darauf hin, dass anlässlich der psychiatrischen Begutachtung kein Benzodiazepinspiegel bestimmt worden sei, obwohl ein solcher verlangt worden sei (vorstehend E. 4.7).

Des Weiteren ergaben sich im neuropsychologischen Gutachten Hinweise für eine wahrscheinliche negative Antwortverzerrung im kognitiven Bereich. Folglich konnte bei nicht gegebener Validität der aktuell erhobenen Befunde aufgrund einer wahrscheinlich negativen Antwortverzerrung weder eine fundierte Aussage gemacht werden, ob tatsächlich eine authentische neuropsychologische Störung vorliege noch deren Schweregrad oder Muster angegeben und beschrieben werden. Es liessen sich deshalb auch nicht Funktions- und Fähigkeitsstörungen fundiert ableiten. Somit war eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im neuropsychologischen Fachbereich nicht möglich (vgl. vorstehend E. 4.5). Die psychiatrische Gutachterin führte das schlechte Abschneiden mit auffälligen Beschwerdevalidierungsergebnissen ganz überwiegend auf das psychiatrische Krankheitsbild mit der zu den Untersuchungszeitpunkten vorliegenden Psychopathologie zurück

(vorstehend E. 4.4), was Dr. E.____ nicht nachvollziehen konnte (vorstehend E. 4.7).

E. 5.5

Insgesamt wecken die Ausführungen der RAD-Ärztin wenn nicht erhebliche, dann doch gewisse Zweifel an der Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens. Die Gründe, welche die Beschwerdegegnerin für die Notwendigkeit einer weiteren psychiatrischen Abklärung anführt, erscheinen mehrheitlich plausibel und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als weiter abklärungsbedürftig erachtete.

Weitere psychiatrische Abklärungen dienen der für den Endentscheid notwendigen Sachverhaltsabklärung und stellen keine « second opinion » dar.

6.

E. 6

Dr. Y.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) nahm am 16. Mai 2019 zu Rückfragen des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 9/194, Urk. 3/14 S. 9) Stellung (Urk. 9/191).

4.

E. 6.1

Zum Eventualantrag des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2), die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, bezüglich Gutachterpersonen ein Einigungsverfahren durchzuführen, ist folgendes festzuhalten.

E. 6.2

Vorliegend ordnete die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten an. Ist ein mono- oder bidisziplinäres Gutachten erforderlich, stellt die IV-Stelle der versicherten Person eine Mitteilung zu, welche die Art der Begutachtung (mono- oder bidisziplinär) und den Namen sowie den Facharztstitel der mit dem Gutachten beauftragten Person beziehungsweise Personen festhält (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung, KS VI, Stand 1. Januar 2018,

Rz 2076.1). Für die Erhebung von Einwänden und für das Einreichen von Zusatzfragen wird der versicherten Person eine Frist von

E. 6.3

Bei mono- und bidisziplinären Gutachten ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ist eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter zu erlassen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3). Mit anderen Worten ist ein Einigungsversuch zu unternehmen, sobald ein zulässiger Einwand erhoben wurde. Ein solcher kann formeller (fallbezogenes formelles Ablehnungsbegehren) oder materieller (fachbezogener) Natur sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3 mit Hinweis auf Urteil 9C_207/2012 E. 1.2.4 in Verbindung mit E. 5.2.2.3, teilweise publiziert als BGE 139 V 349).

E. 6.4

Vorliegend geht aus einer Gesprächsnotiz der Beschwerdegegnerin vom 25. Juni 2020 (Urk. 9/184) hervor, dass der Beschwerdeführer mitgeteilt habe, auf dem Feststellungsblatt gesehen zu haben, dass ein erneutes Gutachten geplant sei und ausgeführt habe, weshalb er gegen eine entsprechende Anordnung Beschwerde erheben würde. Am 20. August 2020 (Urk. 9/203) hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer schriftlich über die Notwendigkeit einer erneuten Begutachtung informiert. Zudem hat sie darin die Person der Gutachter bekannt gegeben und ausgeführt, dass triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere der genannten Gutachterinnen und Gutachter bis 3. September 2020 schriftlich eingereicht werden könnten. Zusatzfragen könnten innert gleicher Frist eingereicht werden (vgl. Urk. 9/203 S. 2 f.). Der Beschwerdeführer teilte daraufhin am 1. September 2020 (Urk. 9/207) (nochmals) mit, dass er mit einer zweiten medizinischen Begutachtung nicht einverstanden sei. Gegen die Person der Gutachter nannte er keine Einwände.

Daraufhin erliess die Beschwerdegegnerin am 3. September 2020 die vorliegend angefochtene Zwischenverfügung.

Mit dem Schreiben vom 20. August 2020 (Urk. 9/203) kam die Beschwerdegegnerin den praxisgemässen Voraussetzungen betreffend Gutachtenseinholung nach.

Betreffend die Frage einer erneuten Gutachtensanordnung fand zwischen der IV-Stelle und dem

Beschwerdeführer

ein Austausch statt, allerdings bereits vor Erlass des erwähnten Schreibens. Einwendungen personenbezogener Art gegen die zu beauftragenden Gutachter hat der Beschwerdeführer nicht erhoben, sondern einzig geltend gemacht, er sei mit einer zweiten medizinischen Begutachtung nicht einverstanden.

Nachdem aber gegen die zu beauftragenden Gutachter keine Einwendungen erhoben wurden, war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, einen Konsens zu erzielen: Nur wenn ein zulässiger Einwand formeller Art, wie ein fallbezogenes formelles Ablehnungsbegehren, oder materieller fachbezogener Natur erhoben worden ist, muss eine Einigung gesucht werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_560/2013 vom 6. September 2013

E. 2.3 unter Hinweis auf BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3). Dementsprechend besteht für das Gericht kein Anlass,

die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, bezüglich Gutachterpersonen ein Einigungsverfahren durchzuführen. Selbst wenn personenbezogene Einwände erhoben werden, verhält es sich im Übrigen nicht so, dass die zu beauftragende Gutachterstelle nur noch mit Einverständnis der zu begutachtenden Person oder ihres Rechtsvertreters bezeichnet werden dürfte. Eine so weitgehende Priorisierung der einvernehmlichen Gutachtenseinholung käme einem Vetorecht der versicherten Person gleich. Selbst wenn ein Einwand begründet wäre, so bedeutet dies nicht, dass Gegenvorschläge der versicherten Person ohne weiteres zu folgen wäre. Ansonsten drohte wiederum eine ergebnisorientierte Auswahl der Gutachterstelle (BGE 139 V 349 E. 5.2.1).

Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 20. August 2020 (Urk. 9/203)

und sodann mit Zwischenverfügung 3. September 2020 an der vorgesehenen Begutachtung festhielt. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Beschwerdeverfahren - in Abweichung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG - gemäss Art. 61 lit. a ATSG kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne Ott - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 16 und Urk. 17 - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

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

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

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

E. 7

Dr. med.

E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 9. August 2019 an einer beim Beschwerdeführer zuhause durchgeführten Abklärung betreffend Hilfloosenentschädigung für Erwachsene

teil (Urk. 9/189) und führt aus , dass der Beschwerdeführer im Gespräch nicht depressiv gewirkt habe, emotional adäquat reagiert habe, mitgeschwungen sei, zum Beispiel habe er bei bestimmten Aussagen gelächelt. Er sei die ganze Zeit konzentriert gewesen und habe dem Gespräch gut folgen können, Gedankenabbrüche seien nicht beobachtet worden. Das Gedächtnis scheine nicht beeinträchtigt zu sein. Er habe sich jeden falls gut an vergangene und auch zukünftige Ereignisse/Begebenheiten erinnert. Er habe weder ängstlich noch angespannt gewirkt, ebenfalls nicht antriebs ge mindert. Insgesamt hätten beim aktuellen Hausbesuch keine gröber en psychi schen Einschränkungen erkannt werden können (S. 7 f.).

Mit Stellungnahme vom 30. August 2019 (Urk. 3/14 S. 10 ff.) führte Dr. E.____

aus, es hätten sich beim Hausbesuch verschiedene Auffällig keiten gezeigt. Der Beschwerdeführer nehme häufig bis möglicherweise regelmässig Xanax (Alprazolam) ein. In der Medikamentenverordnung sei Xanax 0.5 mg angegeben worden , der Beschwerdeführer habe von 2 mg gesprochen. Im Gutachten sei kein Benzodiazepinspiegel bestimmt worden, obwohl dies verlangt worden sei.

Aus n äher genannten Gründen (vgl. S.

E. 11

unten) liege bei mehreren Medikamenten allen falls eine Malcompliance vor. Der Beschwerdeführer berichte bei den Beschwerden nur über Abgrenzungsprobleme in grösseren Menschengruppen, ohne diese jedoch zu konkretisieren, und Beobachtungsideen, vor allem im Zusammenhang mit den später bestätigten Observationen. Über Ängste seien gar keine Aussage gemacht worden. Dass die Konzentrationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein soll e oder dass Mühe mit dem Denken bestehen soll e , habe sich im heutigen Gespräch nicht gezeigt , und wenn der Beschwerdeführer gerne Krimis schaue, könne angenommen werden, dass er auch keine Mühe habe, diesen zu folgen. Eine erhöhte Ermüdung und eine damit einhergehende Konzentrationsabnahme habe sich aktuell nicht gezeigt, könne aber nach Einnahme von Xanax gut nach vollzogen werden, dies würde aber nicht pathologisch sein. Aktuell und wie auch im Gutachten von Dr. Y.____ und Lic. phil. D.____ vom 22. Februar 2019 seien Wahrnehmungsprobleme vom Beschwerdeführer verneint oder nicht ge ä ussert worden.

Die Symptomvalidierung im Rahmen des Gutachtens sei deutlich auffällig ausgefallen. Es hätten sich Hinweise für eine wahrscheinliche negative Antwortverzerrung im kognitiven Bereich ergeben. Die psychiatrische Gutachter in habe versucht, diese Auffälligkeiten mit einem psychiatrischen Leiden zu rechtfertigen, was jedoch nicht klar nachvollzogen werden könne.

Aufgrund der genannten Ausführungen könne dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____ nicht klar gefolgt werden. Die Antworten vom 16. Mai 2019 auf ihre Rückfragen hätten nicht zu einer besseren Nachvollziehbarkeit beigetragen. Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung, der auffälligen Laborwerte und des Besuchs im Rahmen der Abklärung vor Ort (betreffend Hilfl osigkeit) könne aktuell - mit Ausnahme einer möglichen Suchtproblematik - keine klare psychiatrische Diagnose gestellt werden (S. 11 f.). 4. 8

In einer Stellungnahme des Rechtsdienstes (RD) vom

4. Februar 2020 (Urk. 9/195 S. 3 f.)

wurde ausgeführt, weder aus dem Gutachten noch aus der Stellungnahme zu den Rückfragen ergebe sich ein klares Belastungsprofil der zumutbaren Tätigkeiten. Gemäss Gutachterin seien die Bedingungen an der aktuellen Arbeitsstelle auch für eingeschränkte Mitarbeiter zu bewältigen. Es herrsche wenig Druck und es würde Rücksicht und Verständnis von Seiten der Teamleiter angenommen. Zudem sei der Beschwerdeführer jeden Tag nur mit wenigen, stets den gleichen Personen konfrontiert (S. 4 f.) . Es sei nicht ersichtlich, weshalb eine solche Tätigkeit nicht auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglich sein sollte. Dabei sei zu berücksichtigen, dass dieser praxisgemäss auch Nischenarbeitsplätze umfasse, an denen gerade auch mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers zu rechnen sei. Die Gutachterin scheine somit von falschen Annahmen auszugehen. Weiter

habe die Gutachterin nicht ausgeführt, weshalb es dem Beschwerdeführer nur phasenweise beziehungsweise unter welchen Bedingungen es ihm möglich sei, trotz allenfalls bestehender Einschränkungen Tätigkeiten nachzugehen. Die Ausführungen, wonach sich aus den Ergebnissen der Observation für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nichts Relevantes ableiten lässt, und auch die Angaben der Gutachterin zum Verlauf erwiesen sich aus näher genannten Gründen als nicht plausibel (S. 5). Insgesamt könne auf das eingeholte Gutachten auch aus rechtlicher Sicht nicht abgestellt werden. Es erfülle die beweisrechtlichen Anforderungen nicht. Eine weitere Begutachtung sei erforderlich (S. 6). 5.

E. 12

Tagen angesetzt. Dieser Termin kann nur auf schriftlich begründetes Gesuch um maximal 10 Tage hinausgeschoben werden (KS VI Rz 2076.3).

Die versicherte Person kann folgende formelle oder materielle Einwände geltend machen (KS VI Rz 2076.4): Die begutachtende Person hat in der Sache ein persönliches Interesse; Die begutachtende Person ist mit einer Partei in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert oder durch Ehe, Verlobung oder Kindesannahme verbunden; Die begutachtende Person ist aus anderen Gründen in der Sache befangen; Der begutachtende Person fehlt es an der nötigen Fachkompetenz; Es ist ein Gutachten aus einer anderen medizinischen Fachrichtung notwendig; Der Sachverhalt ist genügend abgeklärt und die Einholung eines weiteren Gutachtens ist nicht notwendig.

Wenn ein zulässiger Einwand formeller (fallbezogenes formelles Ablehnungsbegehren) oder materieller (fachbezogener) Natur erhoben worden ist, muss eine Einigung gesucht werden (Urteil des BGer 9C_560/2013 vom 6. September 2013, E. 2.3). Ein Einigungsversuch setzt voraus, dass ein (mündlicher oder schriftlicher) Austausch zwischen der IV-Stelle und der versicherten Person stattfindet. Dieser Austausch muss

in den Akten hinterlegt sein (KS VI Rz 2076.8 f.). Wird keine Einigung gefunden, erlässt die IV-Stelle eine Zwischenverfügung (KS VI Rz 2076.11).

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