

GL_GERICHTE GL-584 vom 28. Januar 2016

GL Gerichte, 2016-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-584

FR: GL_GERICHTE GL-584 du 28 janvier 2016

IT: GL_GERICHTE GL-584 del 28 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

1.1A. _____, geboren am [], war seit dem 1. August 1997 als Bäcker bei der C. _____ angestellt. Unfallbedingt gab er seine Arbeit am 8. Oktober 2013 auf und meldete sich am 26. März 2014 unter Hinweis auf Rücken-, Hals- und Nackenprobleme/-schmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle Glarus an. Sein damaliger Arbeitgeber löste die Anstellung auf den 31. August 2014 auf.

1.2Mit Vorbescheid vom 11. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle A. _____ die Abweisung seines Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 1 % in Aussicht.

1.3Den von A. _____ erhobenen Einwänden und dem Gesuch um eine neutrale medizinische Begutachtung leistete die IV-Stelle keine Folge und hielt am 14. April 2015 an ihrem Vorbescheid fest.

E. 2

2.1Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.3Art und Mass dessen, was einer versicherten Person an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach ihren besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Anschauungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person ankommt (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2014, S. 320).

E. 3

3.1 Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es grundsätzlich im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu (BGer-Urteil 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.2.1, mit Hinweisen). Was den für die Invaliditätsbemessung erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG), die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG; vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

3.2 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter dabei seinen Entscheid ■ sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 7 E. 3c/aa, mit Hinweisen).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 351 E.

3a).

3.4 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

3.5 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee). Trotzdem kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 135 V 465 E. 4.4, mit Hinweisen). Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht ■ gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben ■ den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (BGer-Urteil 9C_589/2010 vom 8. September 2010 E. 2, 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4).

3.6 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (BGer-Urteil 9C_462/2014 vom 16. September 2014 E. 3.2.2, mit Hinweisen). Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand von bereits geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärzte nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.6).

3.7 Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b/dd). Auch ein Parteigutachten enthält somit Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen

Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von der Invalidenversicherung nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen ■ wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten ■ das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Invalidenversicherung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGer-Urteil 8C_1024/2010 vom 3. März 2011 E. 3.3, mit Hinweis).

3.8 Da sich alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte (auch Spezialärzte) in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum in Frage kommen. Diese Berichte sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Im Verfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen besteht sodann kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, insbesondere eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, sich anlässlich des fraglichen Unfalls vom 8. Oktober 2013 an der Wirbelsäule verletzt zu haben, wobei als Erstdiagnose eine Halswirbelsäulen (HWS)-Luxation mit Gelenkzerreissung Halswirbelkörper (HWK)5/6 festgestellt worden sei. Er habe sich anschliessend einer operativen Dekompression und einer Spondylodese der HWK5/6 unterziehen müssen. Sein vormaliger Rechtsvertreter habe es entgegen seinem ausdrücklichen Wunsch unterlassen, gegen den Entscheid seiner Unfallversicherung vom 30. Juni 2014, die Leistungen per 30. Juni 2014 einzustellen, Einsprache zu erheben. Die Verschlimmerung des Gesundheitszustandes nach dem Verkehrsunfall vom 8. Oktober 2013 sei in einer schweren Oosteocondrose auf der Höhe HWK4/5 zu sehen. Es zeige sich zudem eine Progredienz der markanten Veränderungen zwischen 2006 und 2014, wobei die fraglichen Veränderungen bzw. Verschlimmerungen als degenerativ und nicht posttraumatisch bedingt einzustufen seien. Schliesslich bestehe eine bemerkenswerte Anlagestörung im Sinne einer Assimilations- und Segmentationsstörung in der Höhe HWK0 bis HWK2. Durch den Verkehrsunfall sei sodann eine massive Verschlimmerung der vorbestehenden leichten Nackenprobleme eingetreten, weshalb auch in Bezug auf Verweistätigkeiten von einer massiven, wenn nicht gar vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Überdies sei seine depressive Verstimmung weitere Folge des Verkehrsunfalles. Zum vorbestehenden chronischen lumbospondylogenen Syndrom im Lendenwirbelbereich sei zudem neu ein

zervikobrachiales Syndrom hinzugekommen. Sodann habe auch die Halswirbelproblematik nicht bereits vorbestanden, sondern sei durch den Verkehrsunfall verursacht worden.

Entgegen der unbegründeten Auffassung der Beschwerdegegnerin könne nicht von einem ausgeheilten Gesundheitszustand ausgegangen werden, denn die medizinische Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Es sei deshalb auch verfrüht, jetzt über eine längerfristige Erwerbsunfähigkeit zu befinden. Die Beschwerdegegnerin sei sodann darin zu rügen, ihn zu keiner Zeit medizinisch untersucht und keine neutrale Begutachtung durch eine anerkannte MEDAS in die Wege geleitet zu haben. Sie habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie sich mit dem Taggeldversicherer kurzgeschlossen und dessen Annahmen übernommen habe, statt den rechtserheblichen Sachverhalt selber abzuklären. Es seien ihm nur noch leichte Verweistätigkeiten zumutbar. Zudem sei ihm eine Erschwerung der Ausübung einer allfälligen Resterwerbsfähigkeit nicht zuletzt deshalb anzuerkennen, weil er noch rund 22 Jahre bis zum Erreichen des ordentlichen Pensionsalter erwerbstätig zu sein habe. Es sei ihm deshalb ein leidensbedingter Abzug von 15 % zuzuerkennen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin wehrt sich gegen den Vorwurf, sie habe den Sachverhalt nicht genügend abgeklärt. Die versicherungsmedizinische Beurteilung habe ergeben, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte, leichte, selten mittelschwere, rückeronomisch angepasste Tätigkeit medizinisch-theoretisch spätestens ab dem 17. September 2014 zumutbar sei. Dies gehe aus dem Feststellungsblatt vom 11. Dezember 2014 hervor. Augenfällig sei, dass auch der behandelnde Hausarzt, Dr. med. D._____, Allgemein Medizin FMH, am besagtem Datum eine Tätigkeit in angepasstem Rahmen als zumutbar beurteilt habe. Überdies habe bereits die Klinik E._____ am 15. November 2013 festgehalten, dass der Beschwerdeführer beim Austritt ganztags zu Fuss und ohne Hilfsmittel mobil unterwegs gewesen sei. Der kurzzeitig stationäre Rehabilitationsaufenthalt habe sich komplikationslos gestaltet. Sämtliche Laborparameter hätten sich im normalen Bereich befunden. Auch der Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. F._____ statuiere, dass eine angepasste Tätigkeit oder berufliche Erstausbildung vorstellbar sei. Schliesslich gehe auch das Spital G._____ nicht von einer Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus, obschon es eine körperliche Schonung und einen Verzicht auf Aufheben von schweren Lasten empfohlen habe. So habe man denn auch eine 1%ige Invalidität zuerkannt. Die nicht erhobene Einsprache gegen den Einstellungsentscheid der Unfallversicherung zeige unmissverständlich, dass der Beschwerdeführer nicht der Ansicht sei, ihm seien aufgrund seines Gesundheitszustandes weiterhin Taggelder geschuldet und dass er den Ausführungen der Unfallversicherung zustimme. Soweit er vorbringe, er habe eigentlich Einsprache erheben wollen, handle es sich um eine reine Schutzbehauptung. Weitere medizinische Abklärungen hätten wohl kein anderes Bild ergeben. Sie habe ihr Ermessen pflichtgemäss angewandt, indem sie ihre Entscheidung auf sämtliche vorhandenen medizinischen Berichte (inkl. jenem des Hausarztes) abstützte. Der leidensbedingte Abzug von 10 % sei adäquat und entspreche gängiger Rechtsprechung und Praxis. Die Verfügung sei sowohl formell als auch materiell korrekt.

E. 5

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt hat, um mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen zu können, ob nach der einjährigen Wartezeit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt.

5.1 Bis zum März 1999 war der Beschwerdeführer nach Angaben des behandelnden Hausarztes, Dr. D._____, vom 17. Februar 2015 schmerzfrei. Ein Autounfall habe daraufhin zu therapiebedürftigen Nacken- und Rückenschmerzen geführt. Nach vier Wochen habe der Beschwerdeführer die Arbeit zu 50 % und nach sechs Wochen zu 100 % wieder aufgenommen. Ein erneuter Unfall im Juni 2003 habe zu akuten Schmerzen im HWS-Bereich mit Ausstrahlung in die rechte Schulter geführt. Die Beschwerden hätten trotz wiederholter ambulanter Physiotherapie nie ganz zum Verschwinden gebracht werden können, aber nie zu einem Arbeitsausfall geführt. PD Dr. H._____, Radiologie FMH, hielt in seinem Radiologischen Befundbericht vom 3. März 2015 gestützt auf die MRT-Untersuchung vom 24. August 2006 fest, dass bereits vor dem Verkehrsunfall vom 8. Oktober 2013 und damit prätraumatisch beim Beschwerdeführer die Diagnosen einer markanten Osteochondrose mit medialer Diskushernie und begleitender Spinalkanaleinengung auf der Höhe HWK4/5 mit relativer Einengung der Neuroforamina auf dieser Höhe und möglicher Nervenwurzelirritation C5 beidseits (rechtsbetont) sowie einer Assimilationsstörung C0-HWK2 bestanden hätten.

5.2 Beim Verkehrsunfall vom 8. Oktober 2013 zog sich der Beschwerdeführer gemäss medizinischer Berichterstattung von Dr. D._____ vom 17. Januar 2014 eine traumatische Facettengelenkluxation an der HWS (C5/C6 rechts) zu. Noch am Unfalltag wurde er zum ersten Mal an der HWS operiert. Dr. med. I._____, Chefarzt, und J._____ Assistenzarzt, des Spitals G._____ bestätigten am 21. Oktober 2013 die Diagnose einer traumatischen Luxation rechtsseitig Facettengelenk C5/C6, postoperative intermittierend Paresthesien Dig III-V beidseits. Überdies stellten sie die Diagnose degenerativer Veränderungen der HWS und Lendenwirbelsäule. Am 21. Oktober 2013 wurde der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in die Klinik E._____ verlegt.

5.3 Im Austrittsbericht von med. pract. K._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Klinik E._____, vom 15. November 2013 hielt jener fest, der Beschwerdeführer sei bei Austritt ganztags zu Fuss und ohne Hilfsmittel mobil, aber die Beweglichkeit der HWS sei noch eingeschränkt, es bestünden eine Schonhaltung und ein Muskelhartspann paravertebral. Der Beschwerdeführer sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig im bisherigen Beruf und auch eine andere Arbeitsleistung sei (aktuell) nicht zumutbar. Eine volle Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit sollte im weiteren Verlauf sorgfältig geprüft werden. Zur Festlegung der weiteren Arbeitsfähigkeit verwies er auf die geplante Kontrolluntersuchung im Spital G._____.

5.4 Dr. med. L._____, Facharzt Neurochirurgie, Spital G._____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2013 anlässlich einer postoperativen Routinekontrolle den Status nach operativer Versorgung bei Luxationsfraktur Halswirbel (HW)5/6 mit dorsalem und ventralem Vorgehen am 8. Oktober 2013, den Status bei chronischer, fortgeschrittener Diskopathie HW4/5 sowie Degenerative Anterolisthese bei chronischer Diskopathie L5/S1. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe nach der Operation einen weitgehend unauffälligen Verlauf gehabt. Er sei frei und flüssig mobil und es bestehe keine Gebrauchsminderung an Armen und Händen. Die HWS-Beweglichkeit sei deutlich eingeschränkt für die Rotation beidseits sowie Inkliniation, nur endgradig für die Reklination. Am linken Arm werde eine intermittierende Gefühlsstörung am ersten, aber auch zweiten und dritten Finger angegeben. Eine eindeutige Hypästhesie und Hypalgesie habe er aber nicht gefunden. Die jetzt angegebenen Beschwerden könnten durchaus von einer aktivierten erosiven Osteochondrose des kranialen Anschlusssegmentes, welches

chronisch hochgradig fortgeschritten degeneriert sei, verursacht werden. Hier werde die Fortführung von konservativen Massnahmen (insbesondere Physiotherapie) zunächst präferiert. Bei unbefriedigendem Verlauf empfehle er die einmalige bildgesteuerte Facettgelenkblockade HW4/5. Sollten weiter erhebliche Beschwerden persistieren, werden man dann wohl die HWS-MRT-Diagnostik einmal aktualisieren. Grundsätzlich könne man wahrscheinlich hier auch eine gute Indikation für die operative Versorgung des Segmentes HW4/5 von ventral stellen. Die LWS-Beschwerden schienen insgesamt gegenwärtig demgegenüber im Hintergrund zu stehen, beeinträchtigten gleichwohl dennoch ebenfalls die Lebensqualität.

5.5 Dr. med. M. _____, Chefarzt Radiologie, Spital G. _____, hielt in seinem Radiologiebefund vom 22. Januar 2014 gestützt auf ein MRI der HWS vom 21. Januar 2014 fest, es bestehe eine spinale Enge C4/5 bei breiter Diskushernie bis in die Neuroforamina insbesondere C5 rechts, zudem eine C6-Foramina beidseits frei.

5.6 Dr. L. _____ stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2014 zuhanden der Unfallversicherung die behandlungsbedürftigen Diagnosen einer breiten Bandscheibenvorwölbung HW4/5 mit Impression des Myelons, aufgebrauchter subarachnoidaler Reserverraum. Die aufgetretene Luxation HW5/6 sei operativ saniert worden und es bestünden unauffällige postoperative Verhältnisse. Die Beschwerden und die erhobenen Diagnosen stünden (teilweise) überwiegend wahrscheinlich (Aussagesicherheit mehr als 50 %) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 8. Oktober 2013. Seines Erachtens sei bei den bereits bestehenden Vorschädigungen der Bandscheiben durch den Unfall eine richtunggebende Verschlimmerung eingetreten. Der Verlauf bezüglich der Luxationsfraktur HW5/6 sei günstig. Bezüglich Heilungsverlauf hält er fest, in Bezug auf die Myelonkompression HW4/5 würden wahrscheinlich doch ein zweiter Dekompressionseingriff und eine Verlängerung der Spondylodese auf das Segment HW4/5, dann Plattenosteosynthese HW4 auf 6 erforderlich. Aktuell bestehe keine Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Hilfsbäcker, in Zukunft sei diese aber wahrscheinlich wieder zu erreichen.

5.7 Am 13. Mai 2014 fand die zweite Operation an der HWS statt. Dr. med. I. _____, Chefarzt, Dr. med. N. _____, Oberarzt mbV sowie O. _____, Assistenzarzt, alle Spital G. _____, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 13. Mai 2014 die Diagnosen einer chronischen Diskopathie HW4/5 bei Status nach Dekompression und Reluxation HW5/6 von dorsal, Spondylodese HW5/6 mit Zwischenwirbelinterponat und Plattenosteosynthese sowie degenerative Anterolisthese L5/S1, beginnende Diskopathie mit Spondylarthrose rechtsbetont L4/5.

Die Operation und der postoperative Verlauf seien komplikationslos geblieben. Der Beschwerdeführer habe lediglich eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS seit der ersten Operation angegeben, vor allem beim Drehen des Kopfes nach links und rechts. Bei der postoperativen Röntgenkontrolle habe sich eine regelrechte Stellung des Osteosynthesematerials mit guten anatomischen Verhältnissen gezeigt. Der Beschwerdeführer habe während der Hospitalisation Schmerzen am linken Arm angegeben, die vom Bereich des M. Trapezius bis zum Daumen wanderten. Diese Schmerzen befänden sich auf der radialen Seite des linken Arms. Dazu gebe er ab und zu eine leichte Hypästhesie auf dieser Seite an. Diese Symptomatik habe durch Massieren und mit Lymphdrainage reduziert werden können, der Beschwerdeführer gebe aber immer wieder diese Störungen an. Es seien körperliche Schonung und der Verzicht auf Aufheben von

schweren Lasten für vier bis sechs Monate zu empfehlen. Am 23. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführer in die Klinik P. _____ entlassen.

5.8 Dipl. med. Q. _____, Abteilungsärztin, und Dr. med. R. _____, Leitender Arzt/Chefarzt-Stv., Klinik P. _____, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 26. Juni 2014 fest, dass weiterhin ein Verbot bezüglich des Hebens schwerer Lasten für insgesamt vier bis sechs Monate bestehe. Bezüglich der lumbalen Symptomatik habe sich klinisch erneut eine L4/5 zuzuordnende Problematik gezeigt, weshalb am 5. Juni 2014 die Facettengelenksinfiltration sowohl links als auch rechts erfolgt sei. Im Verlauf sei es zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik auf der linken Seite gekommen, sodass der Beschwerdeführer bei Austritt insgesamt eine Schmerzintensität von 4/40 auf der numerischen Schmerzskala angegeben habe. Er sei am 14. Juni 2014 in gebessertem Allgemeinzustand entlassen worden. Bis zum 30. Juni 2014 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Anschliessend sei die Arbeitsfähigkeit durch die nachbehandelnden Fachärzte und den Hausarzt zu bestimmen.

5.9 Dr. D. _____ führte am 17. September 2014 gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, der postoperative Verlauf sei komplikationslos, aber recht zögerlich. Der Beschwerdeführer könnte in einer entsprechend angepassten Tätigkeit wieder arbeiten.

5.10 Mit Verweis auf das Schreiben von Dr. D. _____ vom 17. September 2014 ging der RAD-Arzt Dr. med. S. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie, Facharzt FMH und UEMS für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 20. Oktober 2014 davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte, leichte, selten mittelschwere, rückenergonomisch angepasste Tätigkeit medizinisch-theoretisch spätestens seit dem 17. September 2014 zu 100 % zumutbar sei.

5.11 Dr. med. T. _____ hielt in einer auf den Akten und dem telefonischen Austausch mit PD Dr. H. _____ basierenden Stellungnahme an den Beschwerdeführer vom 6. Dezember 2014 fest, die am Unfalltag vom 8. Oktober 2013 durchgeführte CT-Untersuchung sei im radiologischen Bericht nur partiell und unvollständig ausgewertet und beurteilt worden. Insbesondere das Segment C4/C5 sei nicht differenziert beschrieben worden. Auch die vorliegenden anatomischen Normvarianten seien nicht genau beschrieben worden. Somit könne anhand dieses radiologischen Berichts nicht sicher ausgeschlossen werden, dass noch unfallbedingte weitere Verletzungsfolgen der HWS vorgelegen hätten. Die fachliche Beurteilung von Röntgenbildern sei die Aufgabe des Radiologen, weshalb die Aussagen des Orthopäden Dr. U. _____ zu den vorgelegten Röntgenbildern letztlich hier fachlich nicht kompetent seien. Es sei eine sorgfältige Nachuntersuchung der CT-Bilder und konventionellen Bilder angezeigt. Er empfahl eine Beurteilung der radiologischen Bilder bei PD Dr. H. _____ auf weitere, bisher übersehene Verletzungen. So könnten allenfalls weitere Verletzungen im Bereich HWS insbesondere ausserhalb des bereits bekannten Segmentes C5/C6 festgestellt werden oder, falls nicht, müsse geprüft werden, ob es hier zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der Vorzustände gekommen sei. Auch das Ausmass der Bewegungseinschränkungen durch die Versteifungsoperation als fortgesetzt geltend zu machende Unfallfolge müsste korrekt radiologisch abgeklärt werden. Es fehle sowohl die radiologische Aufarbeitung als auch die Untersuchung und Erhebung der Beschwerden und der Befunde.

5.12 Dr. L. _____ hielt in seinem Bericht vom 13. Januar 2015 an den Hausarzt fest, beim zweiten Eingriff an der HWS seien eine Diskektomie HW4/5 und eine Plattenosteosynthese

von HW4 auf HW6 vorgenommen worden. Nach dem Eingriff sei der Verlauf im Prinzip erfreulich gewesen, mit insgesamt einer Besserung der Beschwerden, wenngleich keine gute Belastbarkeit erzielt worden sei. Der Beschwerdeführer schildere unabhängig davon auch weiterhin eine erhebliche Beeinträchtigung von Seiten LWS, zumindest bei ihm seit 2008 dokumentierter Diskopathie L4/5, mit jetzt recht deutlicher degenerativer Anterolisthese. Die Entscheide der Unfallversicherung vom 30. Juni 2014 sowie der Beschwerdegegnerin vom 14. April 2015 seien für den Beschwerdeführer schwer nachzuvollziehen. Zutreffend sei, dass zwar früher hier schon ein gewisser Leidensdruck bestanden habe, der Beschwerdeführer jedoch bis zum Unfall trotz der Beschwerden am HWS- und LWS-Bereich mit 100%-Pensum in der Bäckerei berufstätig gewesen sei. Aktuell sei eine ungünstige Entwicklung festzustellen. Der Beschwerdeführer scheine nicht in der Lage zu sein, in sein früheres Leben, speziell Arbeitsleben, das er vor dem Unfall gehabt habe, zurückzukehren. Diese Entwicklung sei zunehmend auch von finanziellen Sorgen begleitet, nachdem offenbar kein Taggeld mehr bezahlt werde. Es erfolge eine psychiatrische Mitbetreuung bei med. pract. F. _____ wegen einer begleitenden depressiven Entwicklung. Insgesamt werde der Leidensdruck doch wieder als relativ hoch angegeben, wobei die psychische Komponente hier klar eine grosse Rolle spiele. Der Beschwerdeführer habe hauptsächlich nächtliche Beschwerden, am Tag sei es jeweils etwas besser. Die Kraft in den Händen sei nicht so wie früher. Es bestünden noch Gefühlsstörungen beidseits, jeweils vom zweiten bis vierten Finger. Daneben bestünden häufig Kopfschmerzepisoden. Offenbar bleibe beim Beschwerdeführer die Belastbarkeit dauerhaft eingeschränkt. Inwieweit sich dies durch einen bereits angebotenen und vorgeschlagenen operativen Eingriff an der LWS, Segmentspondylodese L4/5 mit Reposition, verbessern liesse, sei aus heutiger Sicht doch recht zweifelhaft. Mit Indikationsstellung für einen solchen Eingriff wäre er jedenfalls zumindest solange zurückhaltend, wie das IV-Verfahren noch offen oder ein Rechtsstreit hier nicht abgeschlossen sei. Gegenwärtig sei aus seiner Sicht die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % zu beziffern.

5.13 Dr. D. _____ befand in seiner Zusammenfassung der bisherigen Krankengeschichte vom 26. Januar 2015, Grund für die weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit sei einerseits das persistierende Schmerzsyndrom im Bereich der HWS, andererseits das chronische lumbospondylogene Syndrom als Folge degenerativer Veränderungen der LWS. Eine körperlich nicht rückenbelastende Tätigkeit könne vom Beschwerdeführer durchaus bewältigt werden. Er brauche vorderhand regelmässige Behandlung in Form von Physiotherapie und Wassertherapie. Ein Ende der Therapiebedürftigkeit sei vorderhand noch nicht absehbar.

5.14 Bezugnehmend auf den Bericht von Dr. L. _____ hielt der RAD-Arzt Dr. S. _____ am 29. Januar 2015 insbesondere fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit möglicherweise wieder verschlechtert habe. Dies könne aber anhand des Berichtes von Dr. L. _____ vom 13. Januar 2015 nicht entschieden werden, da darin keine neuen medizinischen Aspekte genannt würden. Nicht ganz unerwartet gebe der Beschwerdeführer jetzt zudem auch psychische Beschwerden an, weswegen er sich in fachärztlicher Behandlung bei med. pract. F. _____ befinde. Eine psychische Gesundheitsschädigung sei bisher nicht erwähnt und demzufolge auch nicht versicherungsmedizinisch abgeklärt worden. Der Rechtsanwender müsse entscheiden, ob die Verwaltung hier nun aktiv werden müsse und bei med. pract. F. _____ ein

IV-Arztbericht einzuholen sei. Dann würde man weiter sehen. Für ein Gutachten bestehe zur Zeit aus medizinischer Sicht kein Anlass, nicht zuletzt deshalb, weil aktuell überwiegend wahrscheinlich ein instabiler Gesundheitszustand bestehe.

5.15 In seinem radiologischen Befundbericht vom 3. März 2015 stützte sich PD Dr. H. _____ insbesondere auf die Computertomographie vom 8. Oktober 2013 sowie die MRT-Untersuchung vom 21. Januar 2014. Er nahm zur Frage Stellung, welche Verletzungen sich infolge des Unfalles direkt und indirekt feststellen lassen. Dabei stellte er den Befund einer unilateralen Facettengelenksluxation (unilateral locked faced joint) mit abgeschertem Fragment betreffend den Processus articularis inferior rechtsseitig des 5. Halswirbels ohne Nachweis einer weiteren traumatisch bedingten knöchernen Verletzung im Bereich der HWS sowie posttraumatischer reparativer Veränderungen im Bereich der dorsalen längsverlaufenden interspinösen Ligamente auf Höhe des Dornfortsatzes des 6. Halswirbels als Hinweis für eine stattgehabte ligamentäre Verletzung in diesem Bereich. Zur Frage nach weiteren Auffälligkeiten sagte er aus, die schwere Osteochondrose auf der Höhe HWK4/5 sei im Verlauf zwischen 2006, 2013 und 2014 beurteilbar. Sie habe sich im Verlauf markant verändert und im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 24. August 2006 deutlich verschlechtert. Die Veränderungen seien jedoch als degenerativ einzustufen und nicht posttraumatisch bedingt. Des Weiteren diagnostizierte er eine bemerkenswerte Anlagestörung im Sinne einer Assimilations- und Segmentationsstörung Höhe HWK0 bis HWK2.

5.16 Med. pract. F. _____ stellte in seinem Bericht vom 15. März 2015 zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Typ I Trauma in leichter Ausprägung mit Verbitterungssyndrom (ICD-10: F.43.1); DD: leichte depressive Episode (ICD-10: F.32.0). Es seien nicht ausreichend Kriterien für eine PTBS gegeben. Bezüglich des Zeitkriteriums und der Symptome könne es jedoch sein, dass der existenzielle Schutz durch die Leistungen der Unfallversicherung einen Resilienzfaktor dargestellt habe, mit dessen Wegfall es zum Ausbruch der PTBS gekommen sei. Es könne hier aber auch an eine Verbitterungsstörung im Sinne von Prof. Dr. V. _____ gedacht werden aufgrund der abrufbaren Wut und Verbitterung gegenüber der Unfallversicherung. Die Argumentation der Unfallversicherung, dass die aktuellen Beschwerden aufgrund vorbestehender arthrotischer Veränderungen bestünden, empfinde der Beschwerdeführer, der ohne den Unfall vermutlich heute noch seinen Arbeitsplatz hätte, als ungerecht und demütigend. Weiterhin bestünden unspezifische abdominale Symptome "Zucken im Bauch und im Bein wie Strom" im Sinne psychovegetativer Störungen. Insgesamt liege somit eine psychiatrische Störung vor, die im direkten Unfallversicherungs- oder zeitversetzten (Trauma-) Zusammenhang mit äusseren Ereignissen zu sehen sei, dabei vom Ausmass her bei alleinigem Bestehen ohne die somatischen Beschwerden ein primär die Qualität des Privatlebens einschränkendes Ausmass habe. Weiter anzumerken sei, dass der Beschwerdeführer es bisher nicht geschafft habe, sich mit den kaum positiv beeinflussbaren somatischen und psychischen Beschwerden zu arrangieren und vorwärts zu denken. Dies möge zum einen mit der geringen zeitlichen Distanz des Traumas, zum anderen mit den psychischen Traumafolgestörungen und weiter mit als fehlend erlebter wirtschaftlicher Perspektive zusammenhängen. Die Prognose sei eher ungünstig und aus psychiatrischer Sicht sehr vom Ausgang des juristischen Verfahrens gegen die Unfallversicherung abhängig. Vordergründig sei die fachliche Einschätzung der posttraumatischen bzw.

vorbestehenden somatischen Beschwerden prognostisch wegweisender, wobei dies an anderer Stelle geschehen müsse. Die Fixierung des Beschwerdeführers auf die Beschwerden, der offensichtlich ausbleibende Erfolg physiotherapeutischer Massnahmen, die wirtschaftlich zunehmende existenzielle Not bei alters- und ausbildungsgemässer schlechter Vermittelbarkeit seien prognostisch eher günstig (recte: ungünstig). Prognostisch günstig dagegen sei, dass der Beschwerdeführer wieder Auto fahren könne; dies sowohl auf psychiatrischer als auch auf funktionaler und wirtschaftlicher Ebene. Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung mit sowohl somatotherapeutischem als auch psychotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt sei dringend zu empfehlen. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht fortbestehend zu 20 % arbeitsunfähig seit dem 19. August 2014 aufgrund der verminderten Belastbarkeit mit Notwendigkeit von längeren Erholungspausen. Nach Abschluss des Rechtsstreites sei eine angepasste Tätigkeit oder berufliche Erstausbildung vorstellbar.

5.17 Dr. S. _____ nahm in seinem Bericht vom 8. April 2015 Stellung zum Bericht von med. pract. F. _____. Darin seien keine Gesundheitsschädigungen ausreichend schwer ausgewiesen, die geeignet wären, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers länger dauernd oder gar dauerhaft einzuschränken. Es sei davon auszugehen, dass der Heilverlauf überwiegend durch IV-fremde Faktoren negativ beeinflusst werde. Es könne durchaus sein, dass hier möglichst rasch einsetzende Wiedereingliederungsmassnahmen eine Entspannung brächten. Die rezenteste Beurteilung durch Dr. L. _____ bedinge im Vergleich zur RAD-Stellungnahme vom 29. Januar 2015 keine anderweitige versicherungsmedizinische Beurteilung.

5.18 Dem Bericht von Dr. L. _____ vom 3. November 2015 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer von der initialen operativen Versorgung gut profitiert habe, jedoch danach nie wieder beschwerdefrei geworden oder auch nur in einen arbeitsfähigen Zustand zurückversetzt worden sei. Die Röntgenaufnahmen der HWS sowie ein MRT der LWS vom 20. Oktober 2015 zeigten im HWS-Bereich unverändert feststehendes Osteosynthesematerial und durchbaute Fusion HW4 bis HW6 mit zwei Zwischenwirbelinterponaten und ventraler Platte. Eine massive, deutliche Degeneration der Anschlusssegmente sei nativröntgenologisch nicht zu erkennen, freilich könne man dies mit dieser Methode auch nicht ausschliessen. Es liege doch eine gewisse Torsion im HWS-Bereich vor. Im MRT LWS erkenne man die Stufe L4/5 (unter Annahme einer hypoplastischen Bandscheibe L5/S1) nur ganz gering progredient gegenüber verschiedenen Voraufnahmen seit 2012. Der zentrale Spinalkanal sei dabei immer noch ausreichend weit. Die Neuroforamen seien beidseitig eingengt. Hier sei zumindest eine dynamische Stenose sehr gut vorstellbar. Es lägen auch beidseitig Recessusengen bei der massiven hypertrophen Spondylarthrose vor. Überdies zeigten sich leicht beginnende Degenerationszeichen ebenfalls mit Spondylarthrose im kranialen Anschlusssegment L3/L4. Der Leidensdruck sei beim Beschwerdeführer weiterhin hochgradig, die gesamte Ausgangssituation mit dem noch nicht entschiedenen Rechtsstreit mit der Unfallversicherung aber letztlich für den Behandlungserfolg ungünstig. Tatsächlich sei durch das Unfallereignis eine Dekompensation eingetreten. Während bereits vorher sowohl an der HWS als auch an der LWS degenerative Veränderungen feststellbar gewesen seien, hätten diese bis zum Unfall nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt, seien also vom Beschwerdeführer kompensiert worden, obwohl auch damals bereits ein gewisser Leidensdruck vorgelegen habe, was aus verschiedenen Arztkonsultationen hervorgehe. Durch den Unfall habe sich die Situation für

den Beschwerdeführer gravierend verändert, auch die radiologisch zufriedenstellende operative Behandlung an der HWS habe nicht zu einer guten Belastbarkeit und damit Arbeitsfähigkeit geführt. An der LWS sei das alt bekannte Problem in den Jahren minim progredient. Grundsätzlich bestehe weiterhin eine relative Indikation für die Segmentpondylodese L4/5. Von diesem Eingriff dürfe nicht erwartet werden, dass die HWS-Beschwerden hiervon verbessert würden.

E. 6

6.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt ist. Strittig und zu prüfen sind der Grad der Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sowie das Belastungsprofil. Die Auswirkung der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wird von diversen Ärzten beurteilt. Dabei ist fraglich, ob die medizinische Aktengrundlage für eine rechtsgenügeliche Beurteilung genügt.

6.2 Aus dem Umstand, dass der negative Entscheid der Unfallversicherung unangefochten blieb, lässt sich nichts gegen den Beschwerdeführer ableiten, zumal die Voraussetzungen für eine Rente in der Invaliden- und Unfallversicherung trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffes verschieden sind und keine Bindung an die Invaliditätsschätzung des anderen Sozialversicherungsträgers besteht (vgl. dazu BGE 133 V 549 E. 6.2).

Ausschlaggebend ist vorliegend einzig, dass der Beschwerdeführer die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin bestreitet.

E. 6.3

6.3.1 Keiner der vorliegenden Berichte erweist sich als genügend aussagekräftig bezüglich des Belastungsprofils und der Frage, wie die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit prozentual zu veranschlagen ist. Vielmehr finden sich diverse Widersprüche.

6.3.2 Med. pract. F. _____ war am 15. März 2015 der Ansicht, dass eine Leistungsminderung von 10 bis 20% bestehe. Inwieweit dabei IV-fremde Faktoren eine Rolle spielen, blieb unklar. Sodann liess er die Frage offen, in welchem Umfang und seit wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit welchem Belastungsprofil möglich sei. Schliesslich blieb die Diagnose PTBS ungewiss: Einerseits schrieb er, dass nicht ausreichend Kriterien für die PTBS gegeben seien. Andererseits könne es jedoch sein, dass der existenzielle Schutz durch die Leistungen des Unfallversicherers einen Resilienzfaktor darstellten, mit dessen Wegfall es zum Ausbruch der PTBS "gekommen sei". Insgesamt liege jedenfalls eine psychiatrische Störung vor, die im direkten oder zeitversetzten Zusammenhang mit äusseren Ereignissen zu sehen sei, dabei vom Ausmass her bei alleinigem Bestehen ohne die somatischen Beschwerden ein primär die Qualität des Privatlebens einschränkendes Ausmass habe. Eine angepasste Tätigkeit sei nach Abschluss des Rechtsstreites mit der Unfallversicherung, falls nicht weiter Symptome hinzukämen, vorstellbar.

Da die Einschätzung von med. pract. F. _____ diverse Unklarheiten aufweist, kommt eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt darauf kaum in Frage. Es kann jedoch ■ entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin ■ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig ist. Eine invalidisierende Auswirkung einer psychischen Gesundheitsschädigung wie einer PTBS wäre vielmehr gestützt auf eine beweiskräftige Grundlage zu beurteilen, welche die in BGE 141 V 281 aufgestellten Kriterien

berücksichtigt (vgl. dazu Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] in der ab 1. Januar 2015 gültigen Fassung, Rz. 1017.4).

6.3.3 Dr. L. _____ schätzte die Arbeitsfähigkeit im Januar 2015 auf maximal 50 %, wobei nicht deutlich wird, ob in bisheriger oder in angepasster Tätigkeit. Er stellte eine ungünstige Entwicklung fest und ging jedenfalls von einer dauerhaft eingeschränkten Belastbarkeit beim Beschwerdeführer aus. Auch im November 2015 bestätigte er, dass der Leidensdruck beim Beschwerdeführer weiterhin hochgradig sei und dass auch die radiologisch zufriedenstellende operative Behandlung an der HWS nicht zu einer guten Belastbarkeit und damit Arbeitsfähigkeit geführt habe. Zur Höhe einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit nahm er darin nicht explizit erneut Stellung.

Bei den Ausführungen von Dr. L. _____ handelt es sich um einen Bericht eines behandelnden Spezialarztes, welcher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes hat (vgl. vorne E. II/3.8). Der Bericht beruht denn auch nicht auf einer eingehenden körperlichen Untersuchung des Beschwerdeführers. Sodann sind die Beurteilung und die Ausführungen zum Prozedere nicht durchwegs nachvollziehbar. Insbesondere bleibt wie gesagt unklar, ob sich die Einschätzung der 50%igen Arbeitsfähigkeit auf die angestammte oder eine adaptierte Tätigkeit bezieht. Auch aus dem jüngsten Bericht geht nicht klar hervor, inwiefern dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zumutbar sei.

6.3.4 Ein überzeugendes Gutachten, welches darlegt, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner psychischen und physischen Leiden arbeitsfähig ist, wurde nie erstellt. Insbesondere fehlt eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen der einzelnen Leiden und die Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin stützte sich einzig auf Berichte der behandelnden Ärzte sowie des RAD-Arztes. Dabei ist erstaunlich, dass dieser zum Schluss kam, es sei kein Gutachten nötig, wenn er doch selber sagte, dass es durchaus sein könne, dass sich der Gesundheitszustand wieder verschlechtert habe und es ebenfalls durchaus sein könne, dass möglichst rasch einsetzende Wiedereingliederungsmassnahmen eine Entspannung brächten. Weshalb die Berichte von med. pract. F. _____ und Dr. L. _____ keine Zweifel an der bisherigen Beurteilung zu wecken vermögen, legte er nicht überzeugend dar.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Wesentlichen auf den Bericht des Hausarztes Dr. D. _____ vom September 2014 und dessen Aussage, dass der Beschwerdeführer in einer entsprechend angepassten Tätigkeit wieder arbeiten könne. Dieser nahm aber weder Stellung dazu, was eine angepasste Tätigkeit wäre, noch ob eine solche Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Damit hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie seiner Arbeitsfähigkeit unvollständig erhoben. Es geht nämlich nicht an, alleine gestützt auf die Aussage von Dr. D. _____ das Leistungsbegehren abzuweisen, vermochten doch die Berichte von med. pract. F. _____ und Dr. L. _____ Zweifel an einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu wecken.

6.4 Zusammengefasst ergibt sich unter Berücksichtigung all dieser Umstände, dass ein abschliessender materieller Entscheid aufgrund des vorhandenen medizinischen Dossiers nicht möglich ist. Damit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zuverlässig beurteilt

werden kann, erweist sich ein überzeugendes Gutachten als notwendig. Da die Beschwerdegegnerin bisher keine medizinische Gesamtbeurteilung in Auftrag gab, erweist sich die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) als zulässig, zumal der Beschwerdeführer selbst die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin beantragt. Die Beschwerdegegnerin ist dazu gehalten, umgehend die notwendige versicherungsexterne Begutachtung des Beschwerdeführers einzuleiten.

Demgemäss ist die Beschwerde gutzuheissen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. April 2015 ist aufzuheben. Die Sache ist im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

III.

1.

Eine Rückweisung zu erneuter Entscheidung mit offenem Ausgang in der Hauptsache gilt für die Verteilung der Kosten und Entschädigungen als Obsiegen. Die pauschale Gerichtsgebühr von Fr. 600.- ist ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 134 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG]). Dem Beschwerdeführer ist der bereits geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.- zurückzuerstatten.

2.

Der obsiegende und berufsmässig vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 61 lit. g ATSG Anspruch auf eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und vorliegend auf Fr. 2'000.- (inkl. Mehrwertsteuer) festzulegen.

3.

Gegen den vorliegenden Zwischenentscheid steht die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG) offen.

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