

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/293 vom 10. März 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_293

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/293 du 10 mars 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/293 del 10 marzo 2010

Regeste

Art. 7 und 8 ATSG; Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG. Stellungnahme und Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit durch RAD-Arzt, ohne eigene klinische Untersuchung durchgeführt zu haben, was vorliegend jedoch notwendig gewesen wäre; Rückweisung zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und neuen Entscheidung über Rentenfrage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. März 2010, IV 2009/293).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 23. Juli 2009 ergangen. Dennoch ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006 [I 428/04] E. 1).

E. 2

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte

(zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). 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 (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c). Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der IV-Stelle nach Massgabe des anwendbaren Verfahrensrechts eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es indessen, wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise, 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 IV-Stelle förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (AHI 2001 S. 112, 115). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b.cc; SVR 2001 IV Nr. 8 Erw. 3b.cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteile S. vom 7. September 2005, I 136/05, Erw. 4.4, und H. vom 21. Februar 2005, I 570/04, Erw. 5.1 mit Hinweisen) und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. Wolfgang Hausotter, Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2. Aufl., München 2004, S. 61). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-) Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil K. vom 5. Januar 2007, I 701/05, E. 2 in fine mit zahlreichen Hinweisen). 2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das

Sozialversicherungsgericht 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 Rechtsanspruches 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.4 Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 IVV beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2 bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts, 9C_323/2009, E. 4.2 mit Hinweisen). Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351, E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die

vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Entgegen dem in der Rechtsprechung erweckten Eindruck ist aus dieser Anleitung des Art. 49 Abs. 2 IVV zur Arbeitsweise des RAD nichts zur Frage abzuleiten, ob im Einzelfall eigene Untersuchungen erforderlich sind oder nicht. Das Absehen von eigenen Untersuchungen kann tatsächlich ein Grund sein, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es nicht um die Beurteilung eines im Wesentlichen bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person unentbehrlich ist. Ist das nicht der Fall, kann ein reines Aktengutachten unter den erwähnten Bedingungen auch ohne eigene Untersuchung durchaus beweisend sein, d.h. materielle Gutachtensqualität aufweisen (Urteil des Bundesgericht vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Gemäss Bericht des Orthopäden Dr. B.____ vom 17. März 2008 bestand bei der Diagnose einer Gonarthrose links und nach der Implantation einer zementierten Knieendoprothese links am 13. Februar 2007 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Infolge weiterhin bestehender Beschwerden mit Ergussbildungen und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen erfolgte am 19. September 2007 ein Inlaywechsel des linken Kniegelenkes. Nachdem keine Besserung der Symptomatik eintrat, musste am 19. Februar 2008 ein kompletter Knieendoprothesenwechsel vorgenommen werden. Auch danach wurden deutliche schmerzhafte Bewegungseinschränkungen mit intraartikulärer Ergussbildung festgestellt (IV-act. 84-1/2). Dr. B.____ ging im Arztbericht vom 17. März 2008 von einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100% aus. Der RAD-Arzt beurteilte in seiner Stellungnahme vom 30. Juni 2008 die attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit als gut nachvollziehbar und empfahl die Einholung eines Verlaufsberichts bei Dr. B.____ Anfang September 2008 (IV-act. 87). In der Stellungnahme vom 7. Oktober 2008 hielt der RAD-Arzt fest, dass nach bisherigem Verlauf eher nicht davon auszugehen sei, dass nach der letzten Vorstellung bei Dr. B.____ am 9. Mai 2008 mit Abgabe einer Knieschiene eine völlige Wiederherstellung des operierten Kniegelenkes mit entsprechender Arbeitsfähigkeit eingetreten sei (IV-act. 88-2/2 und 89). Im Arztbericht vom 20. Oktober 2008 hielt Dr. B.____ eine im Vergleich zu den Vorbefunden deutlich rückläufige, diskrete Ergussbildung am linken Knie fest. Hingegen wurde radiologisch eine Retropatellar- und Varusgonarthrose am rechten Kniegelenk festgestellt. Im Weiteren hielt Dr. B.____ fest, der Patient fühle sich nicht in der Lage, gegenwärtig eine Arbeit zu erbringen (IV-act. 90-5/7). Dr. A.____, Hausarzt des Beschwerdeführers, stellte in seinem Verlaufsbericht vom 21. Oktober 2009 einen sich verschlechternden Gesundheitszustand fest. Er erwähnte die bekannten Beschwerden an beiden Kniegelenken als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 90-1/7). Der Patient habe über eine zunehmende Besserung im Bereich des linken Kniegelenkes berichtet. Die Schmerzen würden nur noch nach einer Gehstrecke von ca. 400 m auftreten und unter Medikation oder Ruhigstellung verschwinden. Zunehmend würden ihn die Schmerzen am rechten Knie belasten (IV-act. 90-2/7). Eine rein sitzende Tätigkeit erachtete Dr. A.____ als zumutbar. Gleichzeitig führte Dr. A.____ aus, dass eine IV-Abklärung bei der MEDAS oder einer anderen geeigneten Stelle absolut zwingend sei, da bei dem fortgeschrittenen Alter und der Polymorbidität wahrscheinlich keine Rückkehr ins Arbeitsleben mehr möglich sei (IV-act. 90-3/7 Ziff. 3).

3.2 Aufgrund der bis dahin vorhandenen Arztberichte und der noch bestehenden Beschwerden an beiden Knien erachtete der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 27. November 2008 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer knieschonenden Tätigkeit als zumutbar (IV-act. 91-1/2). Die aktuellen Berichte des

Hausarztes und des Facharztes seien derart aussagefähig, dass eine weitere medizinische Abklärung entbehrlich sei. In einer erneuten Stellungnahme vom 28. Januar 2009 wies Dr. B. ___ darauf hin, dass der Beschwerdeführer nur mit Unterarmgehstützen und sehr eingeschränkt mobilisierbar sei. Er leide an chronischen Schmerzen. Die rezidivierenden Schwellungen seien beim Patienten – setze man auch auf der rechten Seite ein künstliches Kniegelenk ein – auch dort zu erwarten. Daher falle der Entscheid für einen operativen Eingriff schwer. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, Arbeiten mit wirtschaftlich messbarem Erfolg zu erbringen (IV-act. 98-1/2). Der RAD hielt daraufhin in seiner Stellungnahme vom 24. März 2009 fest, dass sich nun eine andere Befundkonstellation ergebe. Für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur bestehe unverändert und auf Dauer eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Für adaptierte Tätigkeiten – weitgehende Schonung beider Kniegelenke, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit des frei bestimmbaren gelegentlichen Aufstehens und kurzen Umhergehens und mit schmerzbedingt erhöhtem zusätzlichen Pausenbedarf von ca. 2 x 45 Minuten – sei eine vollschichtige Restleistungsfähigkeit zumutbar, d.h. die adaptierte Arbeitsfähigkeit belaufe sich auf 70%. Im Zweifelsfall sei eine monodisziplinäre rheumatologische Abklärung des Bewegungsapparates und der internistischen Situation anzustreben (IV-act. 99). In einem weiteren Verlaufsbericht vom 1. Juli 2009 hielt Dr. A. ___ fest, dass – dem Suva-Arzt Dr. C. ___ folgend – nur eine körperlich sehr leichte Tätigkeit, weitgehend sitzend und mit längeren Pausen, zumutbar sei. Gewichte dürften keine gehoben werden (IV-act. 103-2/9). Die zusätzlich zu den orthopädischen Diagnosen festgestellten Beschwerden würden isoliert betrachtet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Sie würden sich aber in Ergänzung zur Einschränkung bei den orthopädischen Diagnosen negativ auswirken (IV-act. 103-3/9).

3.3 Aufgrund der vorliegenden Arztberichte kann nicht von derart aussagekräftigen medizinischen Unterlagen ausgegangen werden, welche es erlauben würden, zur Beurteilung der Resterwerbsfähigkeit von einer eigenen ärztlichen Untersuchung abzusehen. Einerseits fällt auf, dass Dr. A. ___ in seinem Arztbericht vom 1. Juli 2009 im Zusammenhang mit der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit letztlich vollständig auf die Beurteilung des Suva-Arztes verweist (IV-act. 103-3/9), obwohl dieser in seinem Bericht vom 18. Mai 2009 die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich nur in Bezug auf die Beeinträchtigungen des linken Knies beurteilt hat. Bei einer umfassenden Beurteilung der Leistungseinschränkung, welche sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers erfasst, kann daher nicht auf die Suva-Abschlussuntersuchung abgestellt werden. Im Übrigen halten sowohl der Suva-Arzt (allein bezogen auf das linke Knie) als auch Dr. A. ___ fest, dass nur noch körperlich sehr leichte und weitestgehend sitzend zu verrichtende Tätigkeiten zumutbar seien (IV-act. 103-2/9 und 103-6/9). Wie vor diesem Hintergrund die Feststellung getroffen werden kann, dem Beschwerdeführer sei es zumutbar, Lasten bis zu 15 kg zu heben, ist nicht nachvollziehbar (IV-act. 105; vgl. auch IV-act. 91-1/2 unten). Jedenfalls findet diese Annahme in den vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Stütze und ein sog. Leidensabzug vom Invalideneinkommen könnte mit dieser Begründung nicht verweigert werden. In Bezug auf die vom Hausarzt erwähnten psychischen Veränderungen des Beschwerdeführers aufgrund seiner Lebenssituation und der Erkrankungen (vgl. IV-act. 90-1/7 und 103-3/9) drängt sich allenfalls auch eine zusätzliche fachärztliche psychiatrische Abklärung auf. Jedenfalls wäre eine diesbezügliche Diagnose und eine allfällige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch einen Facharzt vorzunehmen. Dass der RAD-Arzt nicht selber eine klinische Untersuchung durchgeführt

und sich aufgrund dieser mit der Einschätzung des Orthopäden Dr. B.____ kritisch auseinandergesetzt hat, schmälert unter den vorliegenden Umständen den Beweiswert seiner Stellungnahmen. Zudem haben auch die bisher involvierten Ärzte und auch der RAD selber zusätzliche medizinische Abklärungen angeregt (vgl. IV-act. 90-3/7 Ziff. 3, 90-5/7, 98-2/2 und 99 unten). 3.4 Insgesamt drängen sich vorliegend zusätzliche medizinische Abklärungen auf. Im Hinblick auf die von Dr. A.____ erwähnte Polymorbidität und psychischen Veränderungen erscheint eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt, welche sich auch zum Beginn der relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung äussern soll. Dabei wird entgegen der Meinung des RAD in seiner Stellungnahme vom 27. November 2008 der Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht erst auf den 1. September 2007 festzulegen sein (vgl. IV-act. 91-1/2 und act. 90-1/7), nachdem die Implantation der Knieendoprothese links bereits am 14. Februar 2007 erfolgte und nach Ansicht von Dr. B.____ seit diesem Zeitpunkt auch eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit besteht (IV-act. 84). Die Sache wird zu weiteren medizinischen Abklärungen und zur neuen Entscheidung über die Rentenfrage an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 3.5 Bei der nach erfolgter medizinischer Abklärung neu vorzunehmenden Berechnung des IV-Grades ist das Valideneinkommen entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort nicht aufgrund der Tabellenlöhne, sondern nach Massgabe des zuletzt als Chauffeur erzielten Einkommens zu berechnen, wie dies die IV-Stelle auch getan hat (vgl. IV-act. 106 und 107). Denn es spricht nichts dagegen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jahr 2001 nicht weiterhin als Chauffeur tätig gewesen wäre. Zudem wird im Hinblick auf die offenbar selbst bei der Ausübung adaptierter Tätigkeiten noch zu beachtenden Einschränkungen und auch vor dem Hintergrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers der sog. Leidensabzug vom Invalideneinkommen wiederum zu thematisieren sein.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2009 ist aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zur neuen Entscheidung über die Rentenfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Da die Beschwerdegegnerin unterliegt, hat sie die Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. 4.3 Als obsiegende beschwerdeführende Partei hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung bemisst sich gemäss Art. 61 lit. g ATSG nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 23. Juli 2009 aufgehoben und die Sache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zur neuen Entscheidung über die Rentenfrage an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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