

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/126 vom 21. Januar 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-01-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_126

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/126 du 21 janvier 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/126 del 21 gennaio 2015

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung der medizinischen Akten. Rückweisung zur polydisziplinären Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Januar 2015, IV 2012/126).

Erwägungen

E. 1

Vorliegend streitig und zu prüfen ist die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. 1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen 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). 1.2 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 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine

halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu weiterer Abklärung und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

E. 2

2.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Als zentrale Diagnosen liegen eine MS, schubförmiger Verlauf (Erstsymptomatik wahrscheinlich 1992, Erstdiagnose August 2008, Schübe 1992, 2001, August 2008, September 2008), ein Status nach Diskushernie C5/C6 mit Nervenwurzelkompression C6 und C7 (IV-act. 91-3, vgl. auch 18, 28-1) sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit aktivem Substanzgebrauch und anamnestisch ein Cannabisabusus vor (IV-act. 69, 91-3). 2.2 Im BEFAS-Schlussbericht vom 17. August 2009 hielt der Berufsberater fest, dass im angestammten Berufsfeld (Schreinerei) unter Appisberg-Bedingungen zwar eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von zeitweilig 80% habe realisiert werden können, eine solche auf Dauer jedoch auf dem freien Arbeitsmarkt (grössere körperliche Anforderungen) keinesfalls umsetzbar wäre. Für den Lagerbereich habe sich unter behinderungsangepassten Arbeitsverhältnissen (mit Verweis auf die ärztliche Beurteilung) eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% und für Arbeiten, wie sie für einen Hauswart typisch seien, eine solche von lediglich 50% gezeigt. Zusammenfassend kamen die Abklärungsverantwortlichen zum Schluss, dass bei einer angepassten Tätigkeit aktuell eine Restarbeitsfähigkeit von 60% bis 70% als Logistiker in einem Lager attestiert werden könne, im optimalen Fall (Umgang mit leichten Waren, hoher administrativer Anteil) die Arbeitsfähigkeit mit 80% beziffert werden könne (IV-act. 57-10f.). Dr. G.____ schilderte im Verlaufsbericht vom 8. Februar 2010, dass sich der Beschwerdeführer am 14. September 2009 ausserplanmässig in der MS-Sprechstunde eingefunden habe. Er habe über ungerichteten Schwankschwindel ein bis zwei Stunden morgens und über Kribbelparästhesien nach körperlicher Belastung berichtet. Ferner spüre er vermehrte Müdigkeit nach körperlicher Belastung. In der Sprechstunde vom 16. November 2009 habe er angegeben, dass seit dem letzten Kontakt die Hypästhesie der linken Hand und des rechten Arms mehrmals am Tag für jeweils zwei bis drei Minuten zugenommen habe. Ferner habe er den ganzen Tag anhaltende Rückenschmerzen, jedoch hätten die ungerichteten Schwankschwindel abgenommen. Dr. G.____ schätzte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50%; hinsichtlich der Frage, wie viele Stunden pro Tag und Woche er arbeitsfähig sei, empfahl der Neurologe jedoch die Vornahme einer Begutachtung (IV-act. 73). Im Gespräch mit der RAD-Ärztin vom 4. März 2010 äusserte Dr. G.____ wiederum, dass eine zumindest 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit Steigerungspotential gegeben sei. Die Höhe der erreichbaren Arbeitsfähigkeit müsse aber im Rahmen einer Arbeitserprobung ermittelt werden, vorstellbar sei eine Steigerung der zeitlichen Präsenz (in 10%-Schritten) auf 60% bis 70%, eventuell maximal auf 80%. Wegen der kognitiven Einbussen und der Beeinträchtigung durch die Fatigue-Symptomatik bestehe im Rahmen der zeitlichen Präsenz gegebenenfalls zusätzlich noch eine Leistungseinbusse von bis zu 20% (in Abhängigkeit von der tatsächlichen Arbeitsaufgabe; IV-act. 74-1). 2.3 Anlässlich der RAD-Abklärung vom 1. Oktober 2010 nahmen neben dem Beschwerdeführer und den RAD-Ärzten Dr. I.____ und Dr. med. K.____,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auch der zuständige IV-Fachmitarbeiter und die IV-Sachbearbeiterin teil. Im darauf gestützten Bericht vom 4. November 2010 kam RAD-Arzt Dr. I.____ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Arbeitserprobung durch die BEFAS Appisberg nachvollziehbar sei. Daher bleibe es aus versicherungsmedizinischer Sicht bei den durch die BEFAS getroffenen Feststellungen und Beurteilungen zur Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit bzw. bei einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 80%. Schliesslich sei die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit auf Grund des anzunehmenden aktiven regelmässigen Konsums von Alkohol bei bekannter Suchterkrankung aus IV-fremden Gründen negativ beeinträchtigt. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit und des IV-relevanten Gesundheitsschadens käme bei Deklaration einer Veränderung daher allenfalls nur nach einer ausreichend langen und ärztlich kontrollierten Abstinenzzeit von mindestens einem halben Jahr in Betracht (IV-act. 91). Nachdem der Beschwerdeführer die ihm auferlegte Abstinenzzeit von sechs Monaten jedoch nicht eingehalten hatte (IV-act. 106), wurde bei der Klinik für Neurologie des KSSG ein Verlaufsbericht eingeholt. Die Untersuchung in der MS-Sprechstunde vom 5. September 2011 ergab bei gut vertragener Immunmodulation mit Glatirameracetat (Copaxone®) einen stabilen Erkrankungsverlauf. Schübe oder schubverdächtige Ereignisse seien nicht aufgetreten. Gemäss durchgeführten Screenings liege auch keine relevante Fatigue vor (IV-act. 109-3f.). Im Verlaufsbericht vom 12. September 2011 hielt Dr. J.____, Neurologie KSSG, ebenfalls fest, dass der Zustand bezüglich der MS im Wesentlichen unverändert sei. Eine Befundverschlechterung habe sich bezüglich des Karpaltunnelsyndroms ergeben. Diesbezüglich sei eine operative Sanierung vorgesehen (IV-act. 109-2). Gestützt darauf hielt Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 20. September 2011 fest, dass der Versicherte seit der RAD-Abklärung vom 4. November (2010) keinen neuen MS-Schub durchgemacht habe. Die MS zeige einen stationären Verlauf (IV-act. 110). Nach Eingang des Berichts der Abteilung für Handchirurgie bezüglich der zur Behandlung des beidseitigen rechtsbetonten Karpaltunnelsyndroms erfolgten Dekompressionsoperation ging Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 3. Februar 2012 davon aus, dass der Beschwerdeführer unter dem Aspekt des Karpaltunnelsyndroms seit Anfang 2012 wieder über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge. Da sich der Zustand bezüglich der MS im Wesentlichen unverändert ausnehme, sei der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig (IV-act. 118).

2.4 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bringt vor, dass die Abklärung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im SOHOMET gegen die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD spreche (vgl. act. G 1). Gemäss dem Programm-Verantwortlichen sei nach den stark schwankenden Leistungen und nach dem aktuell präsentierten Gesundheitszustand eine Eingliederung in die freie Wirtschaft nicht möglich (IV-act. 58, 78). SOHOMET wurde als Programm mit Abklärungs- und Wiedereingliederungsteil für erwerbslose Menschen geschaffen, um in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen wie RAV, IV, SUVA und Gemeinden erwerbslose Menschen auf ihrem Weg zurück in den primären Arbeitsmarkt zu begleiten. Im Abklärungsteil wird die noch mögliche Arbeitsfähigkeit festgestellt und trainiert. Das Programm ist leistungsorientiert, das übergeordnete Lernziel ist die Förderung von berufsrelevanten Schlüsselqualifikationen (vgl.: <http://www.businesshouse.ch/sohomet.html>, Abfrage vom 21. November 2014). In medizinischer Hinsicht findet jedoch keine Abklärung statt. Weiter ist zu berücksichtigen, dass beim Beschwerdeführer während der Abklärung im SOHOMET gravierende Probleme mit den Handgelenken dazukamen und er sogar auf das Tragen einer Schiene angewiesen

war (IV-act. 78-2), während das anamnestisch vermerkte Karpaltunnelsyndrom rechts während der Beobachtungszeit in Appisberg noch keine klinische Manifestation gezeigt hatte (vgl. IV-act. 57-8). Dennoch lassen die beträchtlich schlechteren Leistungen des Beschwerdeführers im SOHOMET daran zweifeln, dass der Beschwerdeführer über eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 80% verfügt, wie ihm die BEFAS-Verantwortlichen im Schlussbericht vom 17. August 2009 für eine speziell leidensangepasste Tätigkeit attestiert haben und wovon die Beschwerdegegnerin ausgeht.

2.5 Dazu gilt es weiter zu berücksichtigen, dass der BEFAS-Bericht in medizinischer Hinsicht einzig eine Untersuchung durch einen Rheumatologen enthielt. Für die zumutbare Arbeitsfähigkeit gab der BEFAS-Bericht sodann eine relativ grosse Bandbreite an. Während er grundsätzlich für den Lagerbereich unter behinderungsangepassten Arbeitsverhältnissen eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% festhielt, sah er nur gerade in der Funktion als Logistiker in einem Lager mit leichtem Sortiment (wie beispielsweise in der Pharmaindustrie) eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei optimal behinderungsadaptierten Tätigkeiten von 80% als gegeben. Hier müssten administrative Arbeiten am PC und in der Disposition einen wesentlichen Anteil einnehmen, wofür der Beschwerdeführer aber auszubilden wäre (vgl. IV-act. 57-10). Nachdem der Beschwerdeführer jedoch über keine solche Ausbildung verfügt und ihm die Beschwerdegegnerin auch keine in Aussicht stellte, hätte sie nicht ohne weitere Abklärungen auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% abstellen dürfen.

2.6 Weiter lassen auch die Feststellungen des Neurologen Dr. G.____ Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Beschwerdegegnerin aufkommen. So empfahl Dr. G.____ in seinem Verlaufsbericht vom 8. Februar 2010, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Begutachtung vorzunehmen (IV-act. 73). Zudem hielt er es zwar für vorstellbar, die zeitliche Präsenz (in 10%-Schritten) auf 60% bis 70%, eventuell maximal auf 80% zu steigern. Er sah jedoch auf Grund der kognitiven Einbussen und der Beeinträchtigung durch die Fatigue-Symptomatik - deren Ursprung in den Akten unklar bleibt - im Rahmen dieser zeitlichen Präsenz gegebenenfalls eine zusätzliche Leistungseinbusse von bis zu 20% (vgl. IV-act. 74-1).

2.7 Schliesslich fällt auf, dass vor der Einweisung in die Klinik F.____ am 10. November 2009 mittels Fürsorgerischer Freiheitsentziehung (FFE) weder im BEFAS-Bericht noch in den übrigen Akten je eine Alkohol- bzw. Suchtmittelabhängigkeit erwähnt worden waren. Erst im Bericht der Psychiatrie-Dienste Süd vom 24. Dezember 2009 wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom, insbesondere mit Störungen der Impulskontrolle (F10.2), sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide mit Abhängigkeitssyndrom (F12.2) diagnostiziert. Zum Einweisungsgrund wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe bei einem Termin bei der Arbeitslosenkasse L.____ so bedrohlich gewirkt, dass er mittels FFE in die Klinik eingewiesen worden sei (IV-act. 87).

2.8 Schliesslich handelt es sich bei der RAD-Abklärung vom 1. Oktober 2010 weniger um eine medizinische Abklärung als um ein Gespräch zwischen dem Beschwerdeführer, den RAD-Ärzten Dr. I.____ und Dr. K.____ und zwei IV-Sachbearbeitern. Als Gegenstand der Abklärung - ohne eingehende somatische bzw. psychiatrische Untersuchung - definierten die RAD-Ärzte denn auch die Gewinnung eines klinischen Eindrucks mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und einer Erörterung der weiteren eingliederungswirksamen Schritte sowie möglicher Bedingungen für deren Inangriffnahme.

E. 3

Nach dem Gesagten fehlt es an einer fachmedizinisch schlüssigen Begutachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers und der Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit in den einzelnen Fachrichtungen, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden oder die aus den Akten sichtbaren Störungsbilder betreffen. Weiter fehlt es an einer gesamtheitlichen Würdigung des Gesundheitszustandes mit Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit, ausgehend von der Begutachtung in den verschiedenen relevanten Fachrichtungen. Da die Beschwerdegegnerin trotz divergierender Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit keine medizinischen Untersuchungen vornehmen liess bzw. keine medizinische Expertise einholte, erweist es sich als geboten, die Sache zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieses Gutachten wird sich namentlich in rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht zum Gesundheitszustand und zu dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern müssen.

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellt sich schliesslich auf den Standpunkt, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch das von der Klinik F.____ diagnostizierte Suchtverhalten dürfe IV-rechtlich nicht berücksichtigt werden. 4.2 Gemäss ständiger Rechtsprechung begründen Alkohol- oder Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, I 313/06, E. 2.3 mit Hinweisen sowie BGE 124 V 268 E. 3c mit Hinweis). Ob die Sucht ursächlich für eine andere Gesundheitsschädigung war oder erst in Folge einer solchen auftrat, ist in einem solchen Fall nicht mehr von Belang. Erforderlich ist lediglich, dass auch ein anderer Gesundheitsschaden vorliegt, der mit der Sucht in Zusammenhang steht. Ist dies erfüllt, so geht es nicht etwa darum, den auf die Sucht entfallenden Anteil der Arbeitsunfähigkeit abzuspalten und als nicht invalidisierend zu bezeichnen. Vielmehr ist bei Bejahung eines solchen Zusammenhangs mit einer anderen Erkrankung auch die Sucht vollumfänglich zu berücksichtigen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2009, IV 2008/307, E. 2.1). Vorliegend wurde medizinisch nicht abgeklärt, ob das Suchtverhalten eine Folge der bestehenden MS, der Rückenproblematik oder eines sonstigen Gesundheitsschadens ist oder selber gesundheitliche Störungen ausgelöst hat. RAD-Arzt Dr. I.____ wies im Abklärungsbericht vom 4. November 2010 lediglich darauf hin, dass im Rahmen der medizinischen Abklärungen erst im Januar 2010 deutlich geworden sei, dass der Beschwerdeführer nicht nur unter einer MS und unter cervicobrachialen Beschwerden, sondern auch unter einem Suchtverhalten im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms durch den Gebrauch von Alkohol und von Cannabinoiden leide. Von dieser Diagnose, welche erstmals von der Klinik F.____ dokumentiert worden und Anlass einer FFE-Einweisung gewesen sei, hätten die Neurologen auf Grund ihrer Berichte offensichtlich keine Kenntnis gehabt. Auch während der Eingliederungsmassnahmen sei das zu unterstellende Suchtverhalten bei den involvierten Berufsberatern und Eingliederungsverantwortlichen nicht als ein die Eingliederungsfähigkeit beeinträchtigender Faktor wahrgenommen worden (IV-act. 91-1). Einzig gestützt darauf eine allfällige Auswirkung des Suchtverhaltens auf die Arbeitsfähigkeit als IV-fremd anzunehmen und damit unberücksichtigt zu belassen, überzeugt nicht. Das von der Beschwerdegegnerin einzuholende Gutachten wird darüber Auskunft geben müssen, ob die Suchterkrankung des Beschwerdeführers Ursache einer gesundheitlichen Störung bildet oder Folge eines anderen, namentlich psychischen, Leidens ist, das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und von der Suchtmittelabhängigkeit überlagert wird.

E. 5

Hinsichtlich des Einkommensvergleichs macht der Beschwerdeführer geltend, dass beim Valideneinkommen zu Unrecht vom Lohn ausgegangen worden sei, den er im Jahr 2008 als Schreiner bei der M.____ verdient habe (vgl. zum Lohn IV-act. 20-9). Da er in den Jahren 2001 und 2002 jeweils mehr als Fr. 65'000.-- und im Jahr 2004 mehr als Fr. 63'000.-- verdient habe, sei schwer vorstellbar, dass er heute als Schreiner im Validenfall nicht mindestens Fr. 65'000.-- (13 x Fr. 5'000.--) verdienen würde (act. G 1). Welchen Lohn der Beschwerdeführer in den genannten Jahren 2001, 2002 und 2004 als Schreiner tatsächlich erzielte, kann den Akten nicht entnommen werden. Insbesondere fehlt auch ein IK-Auszug. Die Beschwerdegegnerin wird im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich zu prüfen haben, welchen Verdienst der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall erzielt hätte, wobei es naheliegend erscheint, für die Bemessung des Valideneinkommens auf die durchschnittliche Karriere eines Schreiners abzustellen, zumal die Erstsymptome der MS schon relativ früh, wahrscheinlich bereits im Jahre 1992, eintraten und das berufliche Fortkommen des Beschwerdeführers beeinflusst haben dürften (vgl. IV-act. 6-2).

E. 6

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2012 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss des Beschwerdeführers von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

6.3 Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Vertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf den Aufwand und auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. März 2012 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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