

SO_GERICHTE VSBES.2014.246 vom 22. Juli 2014

SO Obergericht, 2014-07-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.246

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.246 du 22 juillet 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.246 del 22 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird ab Juni 2009 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 1 und IV-Nr. 7, S. 4, Ziff. 4.4), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Juni 2010 vorliegen (vgl. E. II. 2.2 hiernach). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 31. August 2011, IV-Nr. 2), was hier im März 2012 der Fall ist. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2012 sind somit die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 105 V 156 E. 1 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (a.a.O.).

2.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 mit Hinweisen). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen).

2.7 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung hat von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 43 N 36).

2.8 Kommt die Beschwerdeinstanz im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig, holt sie in der Regel ein Gerichtsgutachten ein (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 2.1

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird ab Juni 2009 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 1 und IV-Nr. 7, S. 4, Ziff. 4.4), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen

Wartezeit im Juni 2010 vorliegen (vgl. E. II. 2.2 hiernach). Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 31. August 2011, IV-Nr. 2), was hier im März 2012 der Fall ist. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2012 sind somit die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für den Einkommensvergleich sind bei erstmaliger Rentenprüfung die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend. Im Falle einer Revision gilt der Zeitpunkt der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente (Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass sind zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 105 V 156 E. 1 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (a.a.O.).

2.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a S. 352). 2.6 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 mit Hinweisen). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender, Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Zur Frage der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wurde der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweisen). 2.7 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung hat von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 43 N 36). 2.8 Kommt die Beschwerdeinstanz im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig, holt sie in der Regel ein Gerichtsgutachten ein (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 3

3.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2014 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2012 bis 28. Februar 2013 eine befristete ganze Rente zu. Ab 1. März 2013 wurde ein Rentenanspruch verneint. Die Beschwerdegegnerin führte dazu aus, der Beschwerdeführer sei ab dem 22. Juni 2009 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen, sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit. In der Folge habe sich der Gesundheitszustand dahingehend verbessert, dass es ihm ab dem 8. November 2012 wieder zumutbar gewesen sei, in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % erwerbstätig zu sein und dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Die gesundheitliche Verbesserung ergebe sich aus dem Bericht der orthopädischen Klinik des Kantonsspitals [...] vom 8. November 2012. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung ein Abzug von 10 % berücksichtigt worden. In Abweichung vom Vorbescheid sei das Valideneinkommen analog der Suva-Verfügung vom 6. September 2013 mit CHF 69'846.00 zu beziffern. Der EFL-Bericht vom 20. September 2013 stelle eine zuverlässige Grundlage für die abschliessende Leistungsprüfung dar. Der Bericht beinhalte eine umfassende Prüfung der aktuellen körperlichen Leistungsfähigkeit durch ausgewiesene unabhängige Fachleute, u.a.

einen Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, welche den Beschwerdeführer untersucht und die Vorgeschichte zur Kenntnis genommen hätten. Der EFL-Bericht vermöge in seiner Schlussfolgerung zu überzeugen. Anlässlich der EFL-Abklärung habe eine mässige Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz beobachtet werden können. Im EFL-Bericht werde denn auch festgestellt, dass infolgedessen die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich daher auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Der Bericht der Suva zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Mai 2012, auf den sie sich im ersten Vorbescheid vom 5. März 2013 noch berufen habe, beziehe sich auf die Zeit vor Durchführung der Operation an der rechten Schulter am 20. Juli 2012 in der orthopädischen Klinik im Kantonsspital [...]. In diesem Bericht sei auch die unfallfremde Einschränkung der rechten Schulter berücksichtigt worden. Dass sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers infolge des operativen Eingriffes im Vergleich zu den am 22. Mai 2012 erhobenen Befunden hinsichtlich Schultermobilität und Kraft verbessert habe, gehe aus den postoperativen Berichten des Kantonsspitals [...] vom 4. September 2012 und 8. November 2012, ferner aus dem Arztzeugnis von Dr. med. F. ___ vom Kantonsspital [...] zu Händen der Visana Services AG vom 24. September 2012 klar hervor. Weshalb der Hausarzt Dr. med. G. ___ im Arztbericht vom 20. Dezember 2012 entgegen den postoperativ festgestellten verbesserten objektiven Befunden von einem stationären Gesundheitszustand ausgehe, sei nicht nachvollziehbar. Anlässlich der EFL-Untersuchung habe sich eine noch weitergehende Verbesserung der Schulterbeweglichkeit beidseits objektiv feststellen lassen. In Abweichung vom Vorbescheid werde die gesundheitliche Verbesserung mit daraus resultierender 100%iger Arbeits- und Leistungsfähigkeit erst ab dem 8. November 2014 (recte: 2012) als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt erachtet und nicht bereits ab dem 21. September 2012. Als angepasste Verweistätigkeit kämen etwa leichte Sortier-, Prüf- und Verpackungsarbeiten in Frage.

3.2 In der Beschwerde vom 15. September 2014 (A.S. 10 ff.) lässt der Beschwerdeführer argumentieren, die EFL vom 20. September 2013 könne nicht Grundlage für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sein, insbesondere auch nicht für die ab November 2012 behauptete Verbesserung des Gesundheitszustandes. Ein Bericht im Rahmen der EFL enthalte gemäss den einschlägigen Richtlinien keine versicherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit oder Beurteilung der Eingliederungsperspektiven. Auch in der Rechtsprechung und Lehre werde ausgeführt, dass die EFL nicht das Ziel habe, die Natur der multiplen und komplexen Ursachen, die einer wiederholten Selbstlimitierung der Leistung und dem Nachweis mehrfacher Inkohärenzen zugrunde lägen, zu erforschen. Sie sei auch nicht geeignet, kognitive oder verhaltensorientierte Fähigkeiten am Arbeitsplatz zu schätzen oder Leistungseinschränkungen aufzuzeigen, die auf Erkrankungen ausserhalb des Bewegungsapparats zurückzuführen seien. Eine EFL könne daher immer nur in Kombination mit einer umfassenden Begutachtung, in casu wäre dies insbesondere eine orthopädische und rheumatologische Begutachtung, aussagekräftig sein. Die EFL alleine könne den rechtsgenügenden Beweis für die effektiven gesundheitlichen Einschränkungen,

die medizinischen Diagnosen sowie der sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht erbringen. Die EFL des Bürgerspitals stelle denn keine umfassende medizinische Begutachtung dar, insbesondere da auch keine Würdigung der medizinischen Aktenlage stattgefunden habe. Dem Ergebnis der EFL würden denn auch sämtliche medizinischen Akten entgegenstehen.

Weiter lässt der Beschwerdeführer vorbringen, die Aussagekraft der EFL werde ausdrücklich bestritten. Einerseits würden die Beschwerden und die Grenzen der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Tests nicht ernst genommen, d.h. die objektiven Einschränkungen würden, ohne dass diesbezüglich eine umfassende medizinische Begutachtung vorliegen würde, als nicht nachvollziehbar beurteilt. Eine Begründung dazu fehle, da es auch nicht Sinn und Zweck einer EFL sei, eine medizinische Begutachtung zu ersetzen. Des Weiteren sei festzuhalten, dass im EFL-Bericht in keiner Weise rechtsgenügend begründet werde, inwiefern und wo genau eine Symptomausweitung oder Selbstlimitierung vorliege. Dr. med. H. ___ Aussage beinhalte weder medizinisch-theoretische Überlegungen noch beziehe sie sich auf die medizinische Aktenlage oder eine umfassende Begutachtung. Sie sei daher überhaupt nicht begründet und deshalb völlig unbrauchbar für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

E. 4

4.1 Als der Beschwerdeführer am 22. Juni 2009 während der Arbeit auf eine Leiter stieg, um die ihm aufgetragenen Schleifarbeiten an einem Doppel-T-Träger auszuführen, rutschte diese plötzlich weg und der Beschwerdeführer stürzte aus einer Höhe von ca. drei Metern zu Boden und blieb auf der Leiter liegen (IV-Nrn. 16.15, 16.18 S. 3 ff. und IV-Nr. 10 S. 2 f.). Der Beschwerdeführer prallte (vornehmlich) mit der linken Körperseite auf und zog sich dabei einen Bruch des linken Handgelenks und einer Rippe links sowie eine Rippenquetschung zu und verspürte in der Folge auch starke Schmerzen in der linken Schulter.

4.2 Nach dem Unfallereignis vom 22. Juni 2009 folgten diverse ärztliche Untersuchungen. U.a. wurde der Beschwerdeführer mehrmals bei den Kreisärzten der Suva vorstellig (IV-Nr. 16.17 S. 15 f.; 23 S. 3 ff.; 26 S. 3 ff.).

4.2.1 Dr. med. F. ___, Leitender Arzt Allgemeine Orthopädie, Schulterchirurgie, Kantonsspital [...], untersuchte den Beschwerdeführer am 27. August 2009 (Bericht vom 1. September 2009, IV-Nr. 16.19 S. 12 f.). Er berichtete, die Arbeitsunfähigkeit sei mit 100 % attestiert gewesen (seit dem Unfall vom 22. Juni 2009), ab dem 28. Juli 2009 habe der Beschwerdeführer so gut wie möglich wieder voll gearbeitet. Zum Befund des linken Handgelenks hielt er fest, dass eine freie Gelenkbeweglichkeit sowie leichtere Schmerzen bei forcierter Dorsalflexion und radialer Abduktion, wenig auf Druck aber leicht über der Tabatière, bestünden. Sonographisch sei eine distale intraartikuläre Radiusfraktur feststellbar. Zur linken Schulter führte er aus, dass eine eingeschränkte aktive Elevation auf 150° und eine Abduktion von 90° gegeben seien. Die Aussenrotation/Innenrotation sei frei aber endgradig schmerzhaft. In der Supraspinatustestung sei eine deutliche Schwäche erkennbar. Sonographisch stelle sich der Verdacht auf eine Partiaalläsion der Supraspinatussehne im mittleren Abschnitt der Insertion bei hier hypodenser Zone. Beim Sturz sei es zu einer bisher übersehenen distalen Radiusfraktur gekommen, die jetzt ohne Behandlung in guter Stellung konsolidiert sei. Die diesbezüglichen Restbeschwerden seien abnehmend, Konsequenzen würden sich hieraus keine ergeben. Die linke Schulter

imponiere mit Schmerzhaftigkeit und Funktionseinschränkung, insbesondere der Supraspinatussehne, so dass eine Arthro-MRI-Untersuchung angezeigt sei. Abschliessend attestierte Dr. med. F.____ dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. August 2009.

4.2.2 Am 10. September 2009 berichtete Dr. med. F.____, das durchgeführte Arthro-MRI habe eine intakte Rotatorenmanschette bei jedoch eingengtem Subacromialraum und leichter AC-Gelenksarthrose gezeigt (IV-Nr. 16.19 S. 6 f). Auffällig sei vor allem die verdickte und enge Gelenkkapsel und es bestehe der Hinweis für eine Tendinopathie der langen Bizepssehne. Er empfehle dem Beschwerdeführer die Wiederaufnahme der Physiotherapie.

4.2.3 Nachdem sich die Symptomatik zunächst verbessert hatte (vgl. Berichte vom 7. Oktober 2009 [IV-Nr. 16.17 S. 19 f.] und 11. November 2009 [16.17 S. 13 f.]), kam es in der Folge zu einer Verschlechterung (Bericht vom 7. Dezember 2010 [IV-Nr. 60.2 S. 333 f.]; ärztliche Zeugnisse vom 6. Dezember 2010 [IV-Nr. 60.2 S. 324] und 18. Januar 2011 [IV-Nr. 60.2 S. 322]), wobei der Beschwerdeführer über persistierende Schulterschmerzen links klagte (Bericht vom 17. Februar 2011, IV-Nr. 16.14 S. 15 f.).

4.2.4 Am 16. März 2011 erfolgte eine Standortbesprechung zwischen dem Beschwerdeführer und Dr. med. F.____ (Bericht vom 17. März 2011 [IV-Nr. 16.14 S. 8 f.]). Da die Schmerzen tendenziell zugenommen hatten, entschied sich der Beschwerdeführer zu einem operativen Vorgehen mit Schulterarthroskopie, subakromialer Dekompression, Bursektomie, Acromioplastik und lateraler Clavicularesektion.

4.2.5 Der am 16. März 2011 besprochene operative Eingriff erfolgte am 22. März 2011 (Operationsbericht vom 23. März 2011, IV-Nr. 16.12 S. 3 f.). Die präoperative Diagnose lautete wie folgt:

1. Chronisch rezidivierende Schulterschmerzen nach Schultertrauma links mit
 - Osteonekrose humeruskopf
 - Tendopathie Supraspinatussehne und rezidivierende ACG-Reizung
2. St. n. Schultertrauma vom 22. Juni 2009

Zur Indikation fasste Dr. med. F.____ nochmals zusammen, dass der Beschwerdeführer am 22. Juni 2009 von einer drei Meter hohen Leiter auf die linke Körperseite gestürzt sei und sich dabei verbleibende Schulterschmerzen sowie eine nicht dislozierte, distale Radius- und Rippenfraktur zugezogen habe. Ein MRT vom 1. September 2009 habe keine Hinweise auf eine Rotatorenmanschetten- oder Labrumläsion erbracht. Die lange Bizepssehne sei etwas signalangehoben erschienen mit fraglicher Tendinopathie bei ansonsten unauffälligen Verhältnissen. Infolge verbliebener anhaltender Schmerzen und Funktionseinschränkungen sei es zur passageren Frozen Shoulder gekommen, die mit Physiotherapie eine gute Regredienz gezeigt habe. Bei Therapieabschluss am 3. Dezember 2009 sei der Beschwerdeführer voll einsatzfähig gewesen. Im November 2010 habe der Beschwerdeführer bis aktuell anhaltende und zunehmende elevationsabhängige Schulterschmerzen beklagt, des Weiteren aber auch untypische Dysästhesien und periphere Schmerzinsertionen am linken Arm, die HWS sei klinisch stets unauffällig gewesen. Ein erneutes MRT vom 1. Dezember 2010 habe erstmalig eine Osteonekrosezone des oberen Kalottenpols von 2 x 0,5 cm gezeigt. Zudem sei der Verdacht auf eine nicht transmurale Läsion der Supraspinatussehne gestellt worden. Die Therapiebemühungen mit

Physiotherapie und Infiltrationen seien eher frustriert gewesen. Wegen anhaltender 50%iger Arbeitsunfähigkeit seit dem 24. November 2010 sei dann nach intensiver Aufklärung der Entscheid zu einer Schulterarthroskopie zur sicheren Diagnostik und allenfalls Revision der Supraspinatussehnenläsion erfolgt. Auch präoperativ seien eine deutliche Schmerzhaftigkeit des Schultergelenks sowie impingementartige Beschwerden provozierbar gewesen.

4.2.6 Der postoperative Zustand des Beschwerdeführers zeigte sich anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2011, d.h. zwei Wochen nach erfolgter Schulterarthroskopie, zeitgerecht und der Beschwerdeführer berichtete damals recht zufrieden über geringe Beschwerden und eine trotz Schonung gute Funktionalität (Bericht vom 6. April 2011 [IV-Nr. 60.2 S. 290]). Eine weitere Untersuchung erfolgte am 27. Juni 2011 (Bericht vom 11. Juli 2011 [IV-Nr. 60.2 S. 275 f.]), wobei der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. F. ___ und Dr. med. I. ___, Assistenzärztin, mitteilte, dass sich im Vergleich mit den Beschwerden der linken Schulter vor der Operation nichts geändert habe. Es bestünden gleichseitige Restbeschwerden bei Abduktion beider Arme über 90°. Abschliessend hielten die beiden Ärzte fest, dass sie aktuell keine sinnvolle chirurgische Handlungsmöglichkeit sähen. Sie würden die Fortführung der Physiotherapie für beide Schultern empfehlen. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin seit dem 22. März 2011 im Umfang von 100 %.

4.2.7 Gestützt auf die Untersuchung vom

E. 4.7

4.7.1 Gestützt auf diese Stellungnahme erliess die Beschwerdegegnerin am 5. März 2013 den Vorbescheid und teilte dem Beschwerdeführer mit, dass sie beabsichtige, ihm (gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 %) für die Zeit vom 1. März bis 31. Dezember 2012 eine ganze Rente und anschliessend, d.h. ab dem 1. Januar 2013 (gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 65 %) eine Dreiviertelsrente auszurichten (IV-Nr. 34 S. 2 ff.).

4.7.2 Dagegen liess der Beschwerdeführer am 8. April 2013 Einwände erheben (IV-Nr. 42) und eine unbefristete ganze Rente beantragen. Er liess insbesondere vorbringen, es sei nicht korrekt, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hauptsächlich auf den Kreisarztbericht vom 12. Dezember 2011 abzustützen. Die dortige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beziehe sich einzig und allein auf die Einschränkung am unfallgeschädigten linken Arm. Die zusätzlichen Einschränkungen am rechten Arm würden bei der Beurteilung nicht berücksichtigt. Alle späteren Berichte, insbesondere die Berichte der Orthopädie des Kantonsspitals [...] und von Dr. med. G. ___, würden gestützt auf die gesundheitlichen Einschränkungen am rechten Arm eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % für angepasste Tätigkeiten bestätigen. Andere aktuelle und konkrete Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit lägen nicht vor.

4.7.3 Mit Aktennotiz vom 27. Mai 2013 (IV-Nr. 44) hielt Dr. med. C. ___ fest, dass in der Stellungnahme vom 26. Februar 2013 formulierte und auf die Untersuchung des Kreisarztes vom 22. Mai 2012 gestützte Zumutbarkeitsprofil müsse im Nachhinein hinterfragt werden. Die formulierten massiven Beschränkungen der möglichen Restfunktionen der Schulter stimmten nicht mit dem letzten orthopädischen Untersuchungsbericht vom 8. November 2012 (vgl. E. II. 3.3) überein. Dort würden Befunde angegeben, die auf eine recht hohe Einsatzmöglichkeit der Schultergelenke schliessen liessen. Zu beachten sei auch, dass dies der Zustand nach der am 20. Juli 2012 erfolgten Operation an der rechten Schulter sei und damit eine höhere Gültigkeit besitze als die früheren Feststellungen des Kreisarztes. Leider hätten sich die Orthopäden trotz der deutlich verbesserten Befunde nicht zur aktuellen

Arbeitsfähigkeit geäussert. Diese und die Leistungsfähigkeit seien deshalb durch eine EFL abzuklären.

4.8 Die besagte EFL fand in der Folge am 27. und 28. August 2013 im D.____ bei Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Rheumatologie, statt. Im Bericht vom 20. September 2013 (IV-Nr. 51) wird zusammenfassend festgehalten, beim Beschwerdeführer habe eine mässige Symptomausweitung festgestellt werden können. Deswegen sowie infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter in der Verzinkerei sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Hingegen sei dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar und zwar ganztags. Zu beachten seien dabei die folgenden Einschränkungen: Heben auf Taillenhöhe, Heben horizontal und Tragen vorne maximal 17,5 kg selten, auf Kopfhöhe maximal 5 kg selten; Tragen einhändig rechts resp. links maximal 12,5 kg selten; länger dauernde Armaktivitäten (über Schulterhöhe) sowie Stossen und Ziehen manchmal.

4.9 Am 20. November 2013 äusserte sich Dr. med. C.____ vom RAD erneut zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers sowie zu dessen Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 55 S. 2 f.). Er gelangte zum Ergebnis, aufgrund der von Dr. med. H.____ höher eingestuften Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (100 % ohne Leistungseinschränkung) könne am Vorbescheid vom 5. März 2013 nicht festgehalten werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei entsprechend zu korrigieren.

4.10 Der vom Versicherungsgericht beauftragte orthopädische Gutachter, Dr. med. E.____, fasst in seiner Expertise vom 12. Oktober 2016 zunächst die Anamnese zusammen. Zur vom Beschwerdeführer geschilderten Symptomatik an der linken Schulter führt der Gutachter aus, aktuell bestünden leichte Ruheschmerzen (mit einem Wert von 3 bis 4 auf einer Schmerzskala bis 10). Bei Mobilisation und Belastung der linken Schulter seien die Schmerzen stärker (7 auf einer Schmerzskala bis 10). Bei Schultermobilisation im Bereich und oberhalb der Horizontalen würden Krepitationen im Bereich des linken AC-Gelenks verspürt. Die Schmerzlokalisierung sei ebenfalls hauptsächlich im Bereich des linken AC-Gelenks und leicht kaudal davon. Zeitweise bestünden auch Schmerzen im Ansatzbereich des Deltamuskels am lateralen Oberarm links. Die aktuelle Schmerzmedikation bestehe aus Dafalgan und Condrosulf. An der rechten Schulter sei der postoperative Verlauf nach dem Eingriff vom 20. Juli 2012 ebenso protrahiert gewesen wie auf der Gegenseite. Trotz Physiotherapie seien Restschmerzen verblieben. Die Ruheschmerzen seien geringer als linksseitig, bei Bewegung und Belastung sei das Schmerzempfinden jedoch ähnlich wie an der linken Schulter (Werte von 7 bis

E. 7

Dezember 2011 berichtete die Suva-Kreisärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Orthopädie FMH, am 12. Dezember 2011 über den Beschwerdeführer. Sie hielt fest, ihm gehe es aktuell nicht viel besser (IV-Nr. 23 S. 3 ff., 60.2 S. 230 ff.). Er sei mit dem Zustand

unzufrieden. Es sei eigentlich keine wesentliche Besserung der linken Schulter postoperativ eingetreten. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine Einschränkung der Beweglichkeit der linken Schulter, die rechte Schulter zeige noch deutlichere Bewegungseinschränkungen. Die Möglichkeit einer weiteren Besserung (durch Physiotherapie und Schmerzmedikation) sei noch gegeben. Der Beschwerdeführer sei ganztags bei leichten bis mittelschweren Tätigkeiten voll arbeitsfähig, wobei eine Gewichtslimite von 15 kg körpfernah nicht allzu oft überschritten werden sollte. Leichte Tätigkeiten bis zur Horizontalen seien möglich, Arbeiten auf Leitern sollten vermieden werden.

Die Kreisärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats FMH, gelangte am 22. Mai 2012 zu einer weitgehend identischen Beurteilung des Beschwerdebildes und der gesundheitlichen Situation (IV-Nr. 26 S. 3 ff., 60.2 S. 188 ff.). Sie hielt fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine weitere Behandlung nicht nötig. Dem Beschwerdeführer seien weiterhin ganztags sehr leichte Tätigkeiten mit möglichst angelegtem rechtem Oberarm ohne vermehrte Rotation und mit der Möglichkeit, den rechten Arm bei Bedarf auflegen zu können, zuzumuten. Tätigkeiten mit abgespreiztem Arm, rotatorische Bewegungen sowie mittelschwere und schwere Arbeiten links seien zu unterlassen. Von einer manuellen Tätigkeit oberhalb der Horizontalen müsse abgesehen werden. Diese Zumutbarkeit sei auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bezogen.

Da die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. K.____ auch die Beschwerden an der rechten Schulter einbezog und davon ausgegangen wurde, diese seien unfallfremd, holte die Suva eine weitere, kurze Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. med. L.____ ein. Dieser erklärte am 2. November 2012, zumutbar sei ganztags eine leichte körperliche Tätigkeit, nicht oberhalb der Horizontalen zu verrichten, kein Heben und Tragen von schweren Lasten links, keine Vibrationsbelastung (IV-Nr. 60.2 S. 469).

Die Suva sprach dem Beschwerdeführer schliesslich gestützt auf die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. L.____ mit Verfügung vom 6. September 2013 (IV-Nr. 60.2 S. 77 ff.) und Einspracheentscheid vom 24. Januar 2014 (IV-Nr. 60.2 S. 6 ff.) eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 18 % und eine Integritätsentschädigung von 15 % zu.

4.2.8 Aufgrund der persistierenden Schmerzen in der rechten Schulter überwies der Hausarzt, Dr. med. G.____, den Beschwerdeführer erneut an den Spezialisten Dr. med. F.____ (Bericht vom 4. Juni 2012 [IV-Nr. 25]). Nachdem Dr. med. F.____ am 20. Juni 2012 mit dem Beschwerdeführer bezüglich der Beschwerden an der rechten Schulter eine mögliche Schulterarthroskopie mit subakromialer Dekompression und Bursektomie besprochen und sich der Beschwerdeführer damit einverstanden erklärt hatte (Bericht vom 21. Juni 2012 [IV-Nr. 30 S. 13 f.]), wurde dieser Eingriff am 20. Juli 2012 durchgeführt (IV-Nr. 30 S. 11 f.). In der Folge schienen sich die Beschwerden in der rechten Schulter stetig zu mindern. In dem auf der Untersuchung vom 30. August 2012 basierenden Bericht hielt Dr. med. F.____ eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 20. Juli bis 20. September 2012 fest (Bericht vom 4. September 2012 [IV-Nr. 30 S. 9 f.]). Gegenüber der Krankenversicherung des Beschwerdeführers teilte Dr. med. F.____ mit, anlässlich der Untersuchung vom 20. August 2012 habe eine bessere Schultermobilität bestanden als präoperativ. Zu den gewohnten Schmerzen kämen intraartikuläre Schmerzen dazu, insbesondere bei horizontaler Abduktion und rotierender Armbewegung. Die Prognose sei aufgrund der

Erfahrungen mit der linken Schulter eher vorsichtig zu stellen, der aktuelle Verlauf bei erst einmaliger postoperativer Kontrolle gestalte sich jedoch besser als erwartet (Bericht vom 24. September 2012 [IV-Nr. 31.6 S. 5 f.]).

4.3 Gestützt auf die letzte Verlaufskontrolle vom 5. November 2012 berichtete Dr. med. F.____, dreieinhalb Monate postoperativ klage der Beschwerdeführer noch über Restbeschwerden der rechten Schulter bei verbesserter Schulterbeweglichkeit und Kraft beidseits. Die im Weiteren geäusserten Beschwerden entlang der Clavicula besserten sich. Es werde weiterhin Physiotherapie angeordnet sowie analgetische Massnahmen. Vorderhand werde die Behandlung bei ihm abgeschlossen. Er bitte den Hausarzt, Dr. med. G.____, um weitere Anpassungen der Arbeitsunfähigkeit im Verlauf (Bericht vom 8. November 2012 [IV-Nr. 30 S. 7 f.]).

4.4 Im Abschlussbericht vom 26. November 2012 (IV-Nr. 29) hielt der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin zur subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers bezüglich Eingliederungsfähigkeit fest, dieser traue es sich aus gesundheitlichen Gründen nicht zu, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Zur objektiven Einschätzung führte er wiederum aus, der operative Eingriff an der Schulter rechts vom 20. Juli 2012 habe keinen Erfolg gebracht. Dr. med. G.____ habe am 24. September 2012 (IV-Nr. 28) berichtet, er könne sich eine Reintegration des Beschwerdeführers nicht mehr vorstellen und sei der Meinung, dass eine Rentenabklärung in die Wege geleitet werden sollte. Abschliessend hält der Eingliederungsfachmann fest, aufgrund der ungünstigen Gesundheitssituation des Beschwerdeführers könnten keine beruflichen Massnahmen durchgeführt werden.

4.5 Bereits einen Monat nach Therapieabschluss bei Dr. med. F.____ wurde der Beschwerdeführer wieder beim Hausarzt vorstellig (IV-Nr. 30). Mit Bericht vom 20. Dezember 2012 attestierte Dr. med. G.____ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, bestehend seit 21. September 2011 (IV-Nr. 30 S. 3 ff.). Den Gesundheitszustand erachtete er als stationär und es seien weder medizinische noch berufliche Massnahmen angezeigt. Zur Prognose hielt er fest, nach der Schulterproblematik links sei es vermutlich zu einer Mehrbelastung des rechten Armes gekommen, und dadurch seien die Schultergelenks- und AC-Gelenksveränderungen aufgetreten. Für eine körperliche Arbeit (wie sie der Beschwerdeführer bisher ausgeübt habe) sei der Beschwerdeführer daher nicht mehr geeignet. Er sei massiv in der Bewegungsfreiheit der Arme beidseits eingeschränkt. Eine leichtere Arbeit, z.B. am Computer oder im Büro, könnte er vermutlich wenigstens für eine Teilzeit verrichten. Der Beschwerdeführer spreche leider sehr wenig Deutsch und sei ungelernt. Aus diesen Gründen komme er für solche Arbeiten wohl kaum in Frage. Eine angepasste Verweistätigkeit könne in einem zeitlichen Rahmen von ca. 50 % ausgeübt werden. Die Leistungsfähigkeit sei dabei vermindert in dem Sinne, dass die Arme beidseits nicht belastet werden dürften, der Beschwerdeführer keine Gewichte heben und keine Überkopfarbeiten ausführen dürfe. Die therapeutischen Optionen seien ausgeschöpft. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei seiner Meinung nach schlecht.

4.6 Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2013 äusserte sich Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers (IV-Nr. 32 S. 2 ff.). Er würdigte dabei insbesondere die kreisärztlichen Untersuchungsberichte und gelangte, Bezug nehmend auf die Berichte der Suva-Kreisärztinnen Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____ (E. II. 4.2.7 hiervor) sowie den Bericht von Dr. med. F.____ vom 24. September 2012 (E. II. 4.2.8 hiervor) und ausgehend

von der Annahme, die Suva habe dem Beschwerdeführer eine 50%ige Rente zugesprochen, zum Schluss, eine 50%ige Leistungseinschränkung sei auch aufgrund der Beobachtung anlässlich des Intakegesprächs und des nachfolgenden deutlich einschränkenden Zumutbarkeitsprofils nachvollziehbar. Für die angestammte Tätigkeit als Vorarbeiter attestierte Dr. med. C.____ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. Juni 2009. Eine angepasste Tätigkeit sei ab dem 21. September 2012 mit vollem Pensum, aber mit einer Leistungseinschränkung von 50 % möglich. Zum Zumutbarkeitsprofil hielt Dr. med. C.____ fest, dem Beschwerdeführer seien keine Arbeiten über Kopf zumutbar, ebenso keine schweren Belastungen auf Bauchhöhe. Zumutbar seien ihm weiterhin ganztags sehr leichte Tätigkeiten mit möglichst angelegtem rechtem Oberarm ohne vermehrte Rotation und mit der Möglichkeit, den rechten Arm bei Bedarf auflegen zu können. Tätigkeiten mit abgespreiztem Arm, rotatorische Bewegungen sowie mittelschwere und schwere Arbeiten links seien zu unterlassen. Von einer manuellen Tätigkeit oberhalb der Horizontalen müsse abgesehen werden. Diese Zumutbarkeit sei auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bezogen. Im Weiteren seien keine medizinischen Abklärungen angezeigt.

E. 8

November 2012 (vgl. E. II. 3.4 hiervor) und die Ergebnisse der EFL (vgl. E. II. 3.7.4 hiervor) sowie die Interpretation dieser Dokumente durch den RAD-Arzt Dr. med. C.____ (vgl. E. II. 3.8.1 hiervor). Auf dieser Basis geht sie für die Zeit ab dem 8. November 2012 von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus. Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Berichts von Dr. med. F.____ vom 8. November 2012 nicht in der Lage war, ein für den Rentenanspruch relevantes Einkommen zu erzielen, und dass er deshalb ab 1. März 2012 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Unbestritten und angesichts der Aktenlage nachvollziehbar ist auch der Umstand, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. Zu prüfen bleibt, wie es sich hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ab 8. November 2012 verhält.

5.2 Der Bericht des behandelnden Facharztes Dr. med. F.____ vom 8. November 2012 enthält keine explizite Aussage zur Arbeitsfähigkeit. Dr. med. C.____ vom RAD schätzte die Arbeitsfähigkeit in Kenntnis dieses Berichts in seiner Beurteilung vom 26. Februar 2013 (E. II. 4.6 hiervor) auf 50 % in einer angepassten Tätigkeit, gelangte aber in seiner späteren Stellungnahme vom 27. Mai 2013 (IV-Nr. 44; E. II. 4.7.3 hiervor) zum Ergebnis, es seien zusätzliche Abklärungen notwendig. Dem ist insofern zuzustimmen, als der genannte Bericht von Dr. med. F.____ auch in Verbindung mit den übrigen damals vorliegenden Dokumenten keine zuverlässige Beurteilung erlaubte. Zudem basierte die erste Einschätzung von Dr. med. C.____ u.a. auf der Annahme, die Suva habe dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente von 50 % zugesprochen, was so nicht zutrifft (vgl. E. II. 4.2.7 hiervor). Die Beschwerdegegnerin veranlasste aus diesem Grund die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit im D.____, welche am 27. und 28. August 2013 stattfand (E. II. 4.8 hiervor). Die dortige Aussage zur Arbeitsfähigkeit beruht auf den durchgeführten Tests und dabei gemachten Beobachtungen. Die Testergebnisse wurden wegen Selbstlimitierung und Inkonsistenzen als teilweise nicht verwertbar erachtet, so dass die Schätzung der Arbeitsfähigkeit auf der medizinisch-theoretischen Beurteilung des an der EFL beteiligten Arztes Dr. med. H.____ beruhte.

Nach der Rechtsprechung kann eine EFL in bestimmten Fällen neben den medizinischen Befunden und Diagnosen wünschbar oder sogar erforderlich sein. Bei Beurteilungen mit

möglichen Rentenfolgen wird jedoch die Kombination einer EFL mit einem rheumatologisch-orthopädischen, gegebenenfalls auch psychiatrischen Gutachten befürwortet (Urteil des Bundesgerichts 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1 und 4.2.2.1 [SVR 2009 IV Nr. 26 S. 73]), denn bei einer Selbstlimitierung stösst die EFL an ihre Grenzen (vgl. Susanne Fankhauser, Sachverhaltsabklärung in der Invalidenversicherung ■ ein Gleichbehandlungsproblem, Zürich 2010, S. 103). Vor diesem beweisrechtlichen Hintergrund und mit Blick auf das weitgehende Fehlen ärztlicher Untersuchungsberichte aus der Zeit nach dem 8. November 2012 (Bericht von Dr. med. F.____, aus dem die Beschwerdegegnerin eine erhebliche Verbesserung ableitet) bildet die EFL vom 20. September 2013 keine hinreichende Basis für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Dies auch mit Blick darauf, dass die aus der EFL resultierende Beurteilung deutlich von den Einschätzungen der behandelnden Ärzte abweicht, wobei die abweichenden Ergebnisse nicht aus den durchgeführten Tests, sondern aus einer medizinisch-theoretischen Betrachtung resultieren. Der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. H.____ kommt zwar eine gewisse Relevanz zu, sie weist aber nicht das Gewicht eines Gutachtens auf, das ein Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. So enthält der EFL-Bericht vom 20. September 2013 keine eigentliche Anamnese, er nimmt nicht näher auf die Vorakten Bezug und äussert sich auch nicht zum vorangegangenen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Dem EFL-Bericht, der auch durch eine Physiotherapeutin unterzeichnet wurde, lässt sich auch nicht genau entnehmen, inwieweit sich Dr. med. H.____ bei seiner Beurteilung auf eigene Wahrnehmung (insbesondere der Testergebnisse) und Abklärung stützen konnte. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil aufgrund der durchgeführten Tests auf eine schlechte Konsistenz und eine nicht unerhebliche Symptomausweitung geschlossen wurde (vgl. IV-Nr. 51 S. 9), was sich entscheidend auf die Beurteilung auswirkte. Der Bericht enthält zwar durchaus relevante Informationen, er bildet aber keine hinreichende Grundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung. Bei der gegebenen medizinischen Aktenlage wäre ein fachärztliches Gutachten notwendig gewesen, um eine zuverlässige, abschliessende Beurteilung vornehmen zu können. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt somit nicht hinreichend abgeklärt.

5.3 Das Versicherungsgericht hat zur Klärung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers das Gerichtsgutachten von Dr. med. E.____ eingeholt.

5.3.1 Das Gerichtsgutachten enthält zunächst eine umfassende Anamnese des Beschwerdeführers. Eine Zusammenfassung der Vorakten fehlt im Gutachten zwar, jedoch geht aus der ausführlichen Anamneseerhebung hervor, dass der Gutachter die Akten studiert hat. Dr. med. E.____ untersuchte beide Schultern des Beschwerdeführers, wobei er neben der eigentlichen klinischen Untersuchung verschiedene Tests sowie eine Schultersonographie beidseits durchführte und aktuelle Röntgenaufnahmen erstellen liess. Das Gerichtsgutachten basiert demnach auf den vollständigen Vorakten und auf für die streitigen Belange umfassenden Untersuchungen. Es wird damit hinsichtlich seiner Grundlagen den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht.

5.3.2 Inhaltlich legt der Gerichtsgutachter ausführlich und nachvollziehbar dar, dass nach dem Unfall vom 22. Juni 2009 (vgl. E. II. 3.1 hiervor) anhaltende Beschwerden an der linken Schulter bestanden, welche Anlass zur Operation vom 22. März 2011 gaben (vgl. E. II. 4.2.5 hiervor). Der Verlauf nach dem operativen Eingriff war zunächst positiv. Es verblieben aber Schmerzen auf einem Niveau von 50 ■ 60 % des Ausgangsniveaus. Im

Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E. ___ bestanden leichte Ruheschmerzen, welche sich bei Mobilisation und Belastung verstärkten. Die Symptomatik an der rechten Schulter (nach deren verstärkter Belastung wegen Ruhigstellung der linken Schulter) begann gemäss den Ausführungen des Gerichtsgutachters bereits innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Trauma der linken Schulter. Nach der Operation vom 20. Juli 2012 (vgl. E 4.2.8 hiervor) habe sich auch hier ein protrahierter Verlauf gezeigt. Es seien Restschmerzen hauptsächlich im Bereich des rechten AC-Gelenks, partiell auch im lateralen Deltabereich verblieben, welche aktuell ca. 50 % des Ausgangsniveaus ausmachten. Es störten weniger Ruheschmerzen als linksseitig, bei Bewegung und Belastung sei das Schmerzempfinden jedoch ähnlich. Aus diesen Feststellungen und den anschliessend geschilderten, klinischen und bildgebenden Befunden leitet der Gutachter die Diagnosen einer chronischen Instabilität des AC-Gelenks Typ Rockwood II-II an der linken Schulter und einer schmerzhaften primären AC-Gelenksarthrose an der rechten Schulter ab. Diese Ausführungen sind schlüssig.

5.3.3 Die Aussagen des Gerichtsgutachtens zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurden mit der Ergänzung vom 24. August 2017 (A.S. 79 ff.) präzisiert und sind nunmehr hinreichend klar.

5.3.4 Der Beweiswert eines Gutachtens hängt auch davon ab, dass sich diesem entnehmen lässt, wie Abweichungen von früheren Beurteilungen zu erklären sind. Dem Gerichtsgutachter Dr. med. E. ___ lagen die Akten des Versicherungsgerichts, einschliesslich der IV-Akten, vor. Der Umstand allein, dass er zu deutlich anderen Ergebnissen gelangt als die Kreisärztinnen der Suva und der an der EFL beteiligte Arzt Dr. med. H. ___, vermag die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens nicht infrage zu stellen, ist es doch gerade Aufgabe des Gutachters, eine eigene Einschätzung abzugeben. Es fällt allerdings auf, dass Dr. med. E. ___ ■ mit Ausnahme der Ausführungen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit, wo für die Zeit ab August 2011 auf die Attestierung durch den Hausarzt Dr. med. G. ___ Bezug genommen wird ■ die früheren Beurteilungen an keiner Stelle explizit diskutiert oder auch nur erwähnt.

Nach der Rechtsprechung hat sich der Gutachter im Rahmen seiner eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen ■ abhängig von ihrem Entstehungskontext ■ hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern der Sachverständige die Vorakten bei der Untersuchung in seine Überlegungen einbezieht, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270). Dem Gerichtsgutachter Dr. med. E. ___ lagen insbesondere die Berichte des Hausarztes Dr. med. G. ___ und des behandelnden Orthopäden Dr. med. F. ___ sowie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vom 20. September 2013, an welcher Dr. med. H. ___ beteiligt war, vor. Weiter waren die Vorbeurteilungen der Suva, einschliesslich der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. K. ___, welche sich auch (allerdings vor der Operation vom 20. Juli 2012) zu den Beschwerden an der rechten Schulter äusserte, sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. C. ___ aktenkundig. Insbesondere die Stellungnahme von Dr. med. K. ___ und der EFL-Bericht mit der integrierten Beurteilung von Dr. med. H. ___ gelangten jedenfalls hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu Ergebnissen, welche deutlich und entscheidend von jenen des Gerichtsgutachtens abweichen. Mit Blick

auf die soeben zitierte Rechtsprechung hängt der Beweiswert des Gerichtsgutachten daher wesentlich davon ab, ob dieses eine hinreichende Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen enthält. Eine solche muss nicht zwingend ausdrücklich auf die einzelnen Berichte Bezug nehmen, sie muss sich aber der Expertise zumindest inhaltlich entnehmen lassen. Dies trifft auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. E. ___ vom 12. Oktober 2016 (A.S. 44 ff.) ■ einschliesslich der Ergänzung vom 24. August 2017 (A.S. 79 f.) ■ auch bei grosszügiger Betrachtung nicht zu. Der Experte beschränkt sich darauf, die gestellten Fragen gestützt auf die durch ihn erhobenen Angaben und Befunde zu beantworten, ohne dass dem Text des Gutachtens auch nur implizit zu entnehmen wäre, wie sich die Differenzen zu den vorangegangenen Stellungnahmen, die auch von qualifizierten ärztlichen Fachpersonen stammen, aus seiner Sicht erklären lassen. Dieser Mangel steht der Beweiskraft des Gutachtens entgegen. Das Gerichtsgutachten bildet daher keine hinreichende Grundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung.

6. Zusammenfassend erweist sich der relevante medizinische Sachverhalt trotz der Einholung eines Gerichtsgutachtens als weiterhin nicht hinreichend geklärt. Weitere Abklärungen sind unumgänglich. Grundsätzlich hat ein kantonales Versicherungsgericht eine festgestellte Sachverhaltslücke durch ein Gerichtsgutachten zu schliessen (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 S. 263 ff.), was das hiesige Gericht im Regelfall auch konsequent umsetzt. Im vorliegenden Fall erscheint jedoch, insbesondere aufgrund der zeitlichen Verhältnisse, nunmehr ausnahmsweise eine Rückweisung als angezeigt: Das Gericht kann und könnte auch nach einer erneuten Begutachtung nur den Sachverhalt und den Anspruch beurteilen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2014 entwickelt hat. Mit Blick auf das Alter des 1959 geborenen Beschwerdeführers ist es jedoch dringend geboten, dass in absehbarer Zeit über den gesamten Anspruch, einschliesslich der Zeit seit dem Verfügungserlass, formell entschieden wird. Dies lässt sich nur durch eine Rückweisung erreichen. Diese verdient daher aufgrund der besonderen Konstellation den Vorzug vor der Anordnung eines zweiten Gerichtsgutachtens. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu beurteilt und zuvor die dazu notwendigen Abklärungen in Form eines medizinischen Administrativgutachtens veranlasse.

7.

7.1 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235). Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine volle Parteientschädigung.

7.2 Rechtsanwalt Zenari macht mit der Kostennote vom 26. Oktober 2017 (A.S. 92 f.) für sich und die zuvor mandatierte Rechtsanwältin Schaffner einen Zeitaufwand von 17.39 Stunden geltend. Hiervon sind die sieben Positionen «Brief an Klient» von je 0.17 Stunden in Abzug zu bringen, bei welchen mangels näherer Konkretisierung von Kanzleiaufwand ausgegangen wird, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist. Nicht zu berücksichtigen ist auch der ohne Bezeichnung geltend gemachte Aufwand von 0.17 Stunden am 15. September 2014 und die verfahrensfremden Briefe an [...] vom 2. Juni 2017 (0.25 Stunden) und die Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2017 (0.17 Stunden).

Der nach Abzug von somit insgesamt 1.78 Stunden verbleibende Aufwand von 15.61 Stunden erscheint als angemessen. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 und den Auslagen von CHF 117.60 sowie der Mehrwertsteuer von 8 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 4'341.70.

8. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 22. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und anschliessend erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers entscheidet.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'341.70 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Ingold

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_64/2018 vom 25. Januar 2018 nicht ein.

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