

SO_GERICHTE VSBES.2016.71 vom 9. Februar 2004

SO Obergericht, 2004-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.71

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.71 du 9 février 2004

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.71 del 9 febbraio 2004

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach der neuen Rechtsprechung ist die Anordnung eines Administrativgutachtens nunmehr (bei fehlendem Konsens) in die Form eines Zwischenentscheids zu kleiden (BGE 141 V 330 E. 3.2, 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256), welcher seinerseits beim kantonalen Gericht anfechtbar ist (E. 3.4.2.7 S. 256 f.; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.1). Auf die vorliegende Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. Januar 2016, mit der die Beschwerdegegnerin an der Notwendigkeit einer monodisziplinären medizinischen Abklärung bei Dr. med. E.____ (Psychiatrie) festhält und die ergänzende Verfügung vom 20. Mai 2016, mit welcher zusätzlich eine rheumatologische Begutachtung bei Dr. med. H.____ (Rheumatologie) für notwendig erklärt wird, ist daher einzutreten, zumal auch die übrigen Voraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) erfüllt sind.

1.2 Die Beurteilung von Beschwerden gegen eine Zwischenverfügung fällt gemäss § 54bis Abs. 1 lit. abis Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation (GO, BGS 125.12), in die Präsidialkompetenz. Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts (als Stellvertreterin des Präsidenten) ist folglich für den Entscheid in vorliegender Angelegenheit als Einzelrichterin zuständig.

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gelten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 109 E. 1, 127 V 466 E. 1 S. 469; Urteile des Bundesgerichts 9C_704/2012 vom 8. November 2012 E. 2.1, 9C_820/2014 vom 9. Juni 2015 E. 1.2.2, 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.2.1). Die vorliegend angefochtene Verfügung bzw. die entsprechende Ergänzung ergingen am 28. Januar resp. 20. Mai 2016 und betreffen eine noch durchzuführende Begutachtung. Damit sind die am 28. Januar 2016 resp. 20. Mai 2016 geltenden Bestimmungen massgebend.

2. Beschwerdeweise geltend gemacht werden können materielle Einwendungen beispielsweise des Inhalts, die in Aussicht genommene Begutachtung sei nicht notwendig, weil sie ■ mit Blick auf einen bereits umfassend abgeklärten Sachverhalt ■ bloss einer «second opinion» entspräche. Nach wie vor gerügt werden können (personenbezogene) Ausstandsgründe. Nicht gehört werden kann indessen das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit des Experten (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen). Zulässig sein muss dagegen der formelle Einwand, die bundesrechtlichen Vorgaben im Zusammenhang mit der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden.

Im vorliegenden Fall anerkennt der Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer psychiatrischen und rheumatologischen Begutachtung (vgl. VSBES.2016.71 A.S. 6 f.;

VS BES.2016.174 A.S. 11), verlangt jedoch zusätzlich den Einbezug von weiteren Fachdisziplinen. Nicht streitig ist hingegen der vorgeschlagene Fragenkatalog, der sich im Übrigen sowohl bei der psychiatrischen als auch der rheumatologischen Begutachtung als identisch präsentiert (vgl. IV-Nrn. 140, 160). Aufgrund des Vorgehens der Beschwerdegegnerin, wonach zunächst einzig eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung als notwendig erachtet und erst zu einem späteren Zeitpunkt auch eine ergänzende rheumatologische Abklärung ins Auge gefasst wurde, ist insbesondere zu prüfen, ob das von der Beschwerdegegnerin vorliegend gewählte Vorgehen zulässig ist.

E. 2

Der Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 28. Januar 2016 sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

E. 3

3.1 Die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS-Gutachten umschrieben wurden, sind grundsätzlich sinngemäss auf mono- und bidisziplinäre Expertisen anwendbar. Dies gilt sowohl für die justiziablen Garantien (Partizipationsrechte, Verfügungspflichten und Rechtsschutz) als auch für die appellativen Teilhalte des besagten Urteils (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357).

Polydisziplinäre Gutachten, d.h. solche mit drei oder mehr Fachdisziplinen, haben nach Art. 72bis Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; Stand am 1. Januar 2015) bei einer MEDAS zu erfolgen (Abs. 1), welche nach dem Zufallsprinzip bestimmt wird (Abs. 2), d.h. über die webbasierte Plattform SuisseMED@P (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KS VI, Einleitung zu Anhang V]). Diese Norm ist auf mono- und bidisziplinäre Gutachten nicht anwendbar (BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351). Dort ist vielmehr im Falle von zulässigen formellen oder materiellen (fachbezogenen) Einwendungen konsensorientiert vorzugehen, d.h. es hat zwingend ein Einigungsversuch zu erfolgen. Wenn eine Einigung ausbleibt und die IV-Stelle die Einwände für unbegründet hält, ergeht eine Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356 und E. 5.4 S. 357; Urteil des Bundesgerichts 9C_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3).

3.2 Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen lassen sich jedoch die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor

allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

4. Einzugehen ist zunächst ■ wie oben bereits dargelegt (vgl. E. II. 2 hiervor) ■ auf die an der Begutachtung beteiligten und im vorliegenden Fall streitigen Fachdisziplinen. Es ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine bidisziplinäre Begutachtung anstrebt:

4.1 Der Sozialversicherungsträger ist gemäss Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) verpflichtet, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen.

4.2 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann festgehalten werden, dass für die streitige Frage der Notwendigkeit der Durchführung des polydisziplinären Gutachtens, die vorliegenden medizinischen Akten auf ihre Vollständigkeit und Schlüssigkeit hin zu prüfen wären. Um hierbei keine Präjudizierung des Endentscheides herbeizuführen und unter Berücksichtigung des erheblichen Ermessensspielraumes der Beschwerdegegnerin, ist diese Überprüfung in dem Sinne durchzuführen, als nachfolgend zu klären ist, ob sich die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren aus nachvollziehbaren Gründen für eine bidisziplinäre Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers entschieden hat. Es ist daher auf die vorliegend nach der Neuanschuldung vom 13. September 2013 (IV-Nr. 27) dokumentierten medizinischen Akten einzugehen:

4.2.1 Im Bericht vom 24. Juli 2014 führte Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 114.3 S. 16 f.):

-Anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45.0)

-Angststörung mit generalisierten Ängsten, sozialen Ängsten und Status nach Panikattacken (ICD-10 F41.1, F40.1)

-Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), aktuell leicht bis mittelgradig

-Hypersensibilität in Beziehungssituationen bei ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstruktur mit misstrauischen, rigid-zwanghaften und perfektionistischen Zügen (ICD-10 F60.8)

Aktuell lebe der Beschwerdeführer sozial eher zurückgezogen, habe wenig soziale Kontakte. Es finde eine integrierte ambulante psychiatrische ■ psychotherapeutische Behandlung alle zwei Wochen statt. Schwerpunkt bilde die kognitive Verhaltenstherapie mit zusätzlichem Einbezug von Schematherapie im Rahmen der Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der ausgeprägten Komorbidität müsse die Behandlung als langwierig und komplex beurteilt werden. Zusätzlich werde eine medikamentöse Therapie mit Remeron gemacht. Insgesamt sei eine leichte psychische Stabilisierung eingetreten, sodass keine schweren Krisensituationen mehr aufgetreten seien. Gleichzeitig habe der Beschwerdeführer regelmässig am Arbeitsprogramm der IV teilnehmen können mit schrittweiser Arbeitssteigerung. Zurzeit befinde sich der Beschwerdeführer in einem IV-geschützten Arbeitsprogramm mit aktuell 5,5 Stunden Arbeitstätigkeit pro Tag. Insgesamt müsse man längerfristig von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgehen.

4.2.2 Dr. med. C.____ hielt in seinem Bericht vom 2. Oktober 2014 (IV-Nr. 114.3 S. 12 f.) folgende Diagnosen fest:

-Anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45.0) mit zusätzlichem Auftreten von wiederkehrenden Erschöpfungszuständen, Kraftlosigkeit unter Stresssituationen im Sinne einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

-Angststörung mit generalisierten und soziophobischen Anteilen, aktuell stabilisiert Status nach Panikattacken (ICD-10 F41.1, F40.1)

-Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), aktuell leicht bis mittelgradig

-Hypersensibilität in Beziehungssituationen bei ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstruktur mit misstrauischen, rigid-zwanghaften und perfektionistischen Zügen (ICD-10 F60.8)

Im Vergleich zum letzten Bericht vom Juli 2014 habe sich eine weitere psychische Stabilisierung auch mit Eingehen von sozialen Kontakten und Beziehungen entwickelt. Gleichzeitig habe der Beschwerdeführer ein Praktikum im Bürobereich organisieren können, welches mit der Beschwerdegegnerin abgesprochen sei. Aus aktueller klinisch psychiatrischer Sicht könne maximal von einer 60 bis 80 %igen Arbeitsfähigkeit bis Ende 2014 ausgegangen werden.

4.2.3 Dr. med. C.____ hielt in seinem Bericht vom 16. März 2015 (IV-Nr. 91 S. 3 f.) folgende Diagnosen fest:

-Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit wiederkehrenden schweren körperlichen Beschwerden insbesondere in Belastungssituationen mit gastrointestinalen, urogenitalen Beschwerden, diffusen Schmerzen mit zusätzlich wiederkehrender Erschöpfung, Körperschwäche sowie vermehrtem Schlafbedürfnis im Sinne einer zusätzlichen Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

-Double Depression mit rezidivierender depressiver Störung mit jeweils Auftreten von schweren depressiven Episoden sowie Dysthymie (ICD-10 F33.1 und F34.1)

-Komplexe Angststörung mit generalisierter Angststörung, soziophobischen Ängsten sowie Panikstörung (ICD-10 F41.1, F40.1, F40.01)

-Hypersensibilität in Beziehungssituationen bei ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstörung mit misstrauischen sowie perfektionistischen, rigiden Anteilen (ICD-10 F60.8)

Der Beschwerdeführer sei momentan in einem Zentrallabor in der [...] zu 60 % (Montag bis Mittwoch) tätig. Im Verlauf sei eine schrittweise Erhöhung der Arbeitstätigkeit von 70 bis maximal 80 % geplant. Eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der doch ausgeprägten Komorbidität insbesondere der zusätzlich strukturellen Störung mit depressiver Störung sowie Angstsymptomatik nicht möglich bzw. müsse im Verlauf wiederum mit Krisensituationen sowie psychischer Dekompensation gerechnet werden.

4.2.4 Im ambulanten Bericht vom 16. März 2015 hielten Dr. med. I.____, Assistenzarzt, und Dr. med. J.____, Oberarzt, [...], aufgrund der ambulanten Konsultation vom 13. März 2015 (IV-Nr. 136) folgende Hauptdiagnose fest:

Irritative Miktionsbeschwerden bei Verdacht auf spastischen Beckenboden DD milde Prostatitiden

-PSA aktuell: 0,63 ug/l

-Kompensierte Miktionsverhältnisse

Es sei von einem unklaren Beckenbodenbeschwerdebild auszugehen, DD spastischer Beckenboden DD milde Prostatitiden. Es bestünden soweit kompensierte Miktionsverhältnisse. Es würden heute symptomorientiert Tamsulosin 0,4 mg einmal täglich sowie probatorisch Voltaren 3 x 50 mg unter Nexium 40 mg einmal täglich rezeptiert. Eine Nachkontrolle sei in drei bis vier Wochen besprochen worden. Sollte sich keine subjektive Besserung einstellen, werde zur weiteren Diagnostik eine urodynamische Untersuchung veranlasst. Aufgrund der deutlich volumengeminderten linken Niere werde im Verlauf eine Kontrolle des Kreatinins geplant.

4.2.5 Dr. med. C.____ führte in den Berichten vom 4. und 26. Mai 2015 (IV-Nr. 114.3 S. 5 ff.) folgende Diagnosen auf: «Angststörung mit im Vordergrund soziophobischen Ängsten sowie Panikstörung (ICD-10 F41.1, F40.01, aktuell deutlich stabilisiert); Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0); rezidivierende depressive Störung, aktuell stabilisiert (ICD-10 F33.0); ängstlich vermeidende, rigid perfektionistische Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.8). Der Beschwerdeführer sei seit Mai 2015 in einem 70 % Pensum im Bereich Logistik und Büro tätig im Rahmen einer IV-Massnahme. Gleichzeitig habe er sich psychisch soweit stabilisieren können, dass er sehr aktiv wieder Sport betreibe, Freizeitaktivitäten durchführe, auch schrittweise ein soziales Netzwerk aufbaue.

4.2.6 Im Arztbericht für Erwachsene vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 101) wies der den Beschwerdeführer seit 2012 behandelnde Psychiater Dr. med. C.____ aufgrund der Untersuchung vom 12. Juni 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus:

-Rezidivierende depressive Störung, aktuell stabilisiert (ICD-10 F33.0), bestehend seit Kindheit/Pubertät

-Somatisierungsstörung mit wiederkehrenden gastrointestinalen, urogenitalen, thorakalen sowie myofaszialen Beschwerden insbesondere in Leistungssituationen bzw. Belastungssituationen auf dem Hintergrund einer Alexithymie (ICD-10 F45.0)

-Neurasthenie mit ausgeprägter Erschöpfung (ICD-10 F48.0)

-Komplexe Angststörung mit generalisierter Angststörung (ICD-10 F41.1), Soziophobie (ICD-10 F40.1), Panikstörung (ICD-10 F41.0), aktuell eher stabilisiert

-Ängstlich unsichere, vermeidenden Persönlichkeitsstruktur mit rigid zwanghaft, perfektionistischen sowie misstrauischen Zügen (ICD-10 F60.8)

Insgesamt in der Behandlung schrittweise psychische Stabilisierung mit besserer Selbstwahrnehmung bzw. Introspektionsfähigkeit, könne auch schrittweise besser mittlere Gefühle wahrnehmen bzw. auch Gedanken und Bewertungen, so dass er aktiver Probleme lösen bzw. Bewältigungsstrategien aufweise und so weniger lang in körperlichen Symptomen stecken bleibe, was zu einer Abnahme von Krisensituationen geführt habe. Aktuell habe er wieder sein soziales Netzwerk aufbauen können, wo er vorgängig praktisch nur noch als Einzelgänger funktioniert habe. Gleichzeitig Aufbau von Hobbies, anstelle nur noch knapp kompensiert für die Arbeit gewesen zu sein, ansonsten aus Erschöpfung sowie körperlichen Symptomen nur noch in der Freizeit im Bett gewesen zu sein und knapp den Kontakt zur Mutter habe halten können. Die frühere Arbeitstätigkeit als Automechaniker sei aufgrund der eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit sowie Hypersensivität im

Rahmen des rauen Arbeitsklimas nicht mehr zumutbar bzw. es müsse mit rascher psychischer Dekompensation gerechnet werden. Für die Arbeitstätigkeit als Sachbearbeiter, welcher der Beschwerdeführer in den letzten sieben Jahren durchgeführt habe, benötige er eine solide kaufmännische Ausbildung, um überhaupt in der freien Wirtschaft eine Arbeitschance zu erhalten, andernfalls könne es wiederum zu schwierigen Anstellungen mit Auftreten von Überforderung wegen fehlender Abgrenzung kommen. Die Arbeitstätigkeit im KV-Bereich sei zu empfehlen, dabei bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von 80 %. Um eine stabile Arbeitstätigkeit erreichen zu können, benötige der Beschwerdeführer eine Umschulung auf das KV, am besten an einer Tagesschule. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit.

4.2.7 Dr. med. K.____, Allgemeinarzt, Psychosomatische und psychosoziale Medizin FA APPM, Manuelle Medizin FA SAMM, hielt in seinem Bericht vom 30. Juni 2015 fest (IV-Nr. 103 S. 5 ff.), der Beschwerdeführer komme nun gerade ein Jahr in seine hausärztliche, psychosomatische Sprechstunde, zuletzt nur noch gelegentlich. Auf der somatischen Ebene könne keine relevante Krankheit festgestellt werden. Der Beschwerdeführer sei mit einer wahrscheinlich überbehandelten Sprechzimmer-Hypertonie in die Praxis gekommen, so habe in der Folge die antihypertensive Medikation eingestellt werden können, was auch zu einer Verbesserung geführt habe.

4.2.8 Dr. med. B.____, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, führte mit Stellungnahme vom 10. August 2015 (IV-Nr. 112) aus, eine Arbeitsunfähigkeit sei seit dem 24. Juni 2013 gegeben. Weitere, dem Beschwerdeführer attestierte Arbeitsunfähigkeiten seien nachvollziehbar und könnten bei der Krankenkasse angefragt werden ■ die vorliegenden Arztberichte würden keine differenzierte Stellung zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nehmen. Mittlerweile habe sich durch die regelmässige Psychotherapie die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers stabilisiert. Laut dem behandelnden Psychiater Dr. med. C.____ bestehe im Rahmen einer KV-Tätigkeit eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen seien erst indiziert, wenn die geplante KV-Ausbildung des Beschwerdeführers und der weitere Berufsweg aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung misslinge.

4.2.9 Dr. med. C.____ hielt in seinem Bericht vom 2. Dezember 2015 fest (IV-Nr. 128 S. 3 f.), der Beschwerdeführer stehe bei ihm seit 2013 in intensiver psychiatrischer psychotherapeutischer Behandlung. Er gab zudem folgende Beurteilung ab:

-Rezidivierende depressive Störung, mittelschwer (ICD-10 F33.1)

-Ausgeprägte Somatisierungsstörung mit Auftreten von diffusen Körpersymptomen, Erschöpfung und Schmerzsymptomen (ICD-10 F45.0)

-Angststörung mit Panikstörung sowie sozialen Ängsten (ICD-10 F41.3)

-Hypersensibilität in Beziehungssituationen mit ausgeprägten rigid zwanghaften, misstrauischen sowie emotional instabilen Zügen im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Aufgrund der ausgeprägten Krankheitssymptomatik auf dem Hintergrund einer ausgedehnten Komorbidität sowie nur eingeschränkter Arbeitsbelastung trotz Durchführung eines über einjährigen Arbeitstrainings müsse aus klinisch psychiatrischer Sicht insgesamt von einer dauernden eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. So bestehe beim Beschwerdeführer ein chronisches Krankheitsleiden, welches trotz

intensiver medizinisch-psychiatrischer Behandlung sowie Durchführung eines langen Arbeitstrainings keine Stabilisierung habe erreichen können. Aus dem Gesamtverlauf müsse von einer mindestens 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

4.2.10 Im Arztbericht für Erwachsene vom 30. Dezember 2015 (IV-Nr. 135 S. 2 ff.) des [...], Dermatologie, Allergologie, wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit nicht aus.

4.2.11 Anlässlich der am 2. Februar 2016 (IV-Nr. 155 S. 4) durchgeführten MRT der LWS nativ hielt Dr. med. L.____, folgende Beurteilung fest: «Bei TH10-TH12 Diskopathie mit Chondrosen und geringer Spondylose; bei TH10/11 kleine mediane Diskushernie mit Myelonkontakt zur Vorderfläche, jedoch keine Kompression; bei TH11/12 paramedian rechts gelegene flache Diskushernie mit Anuluseinriss; initiale Spondylarthrose L2-3 sowie leichtgradig bei L4/5; allseits keine Wurzelkomprimittierung. Freier Spinalkanal und freie Foramina; nebenbefundlich: Schrumpfniere links.».

4.2.12 Med. pract. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, [...], hielt im Arztzeugnis vom 5. Februar 2016 (IV-Nr. 155 S. 5) fest, es bestünden beim Beschwerdeführer in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit die folgenden gesundheitlichen Einschränkungen: «chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (degenerative Veränderung der Wirbelsäule und zweier Bandscheiben). In den nächsten drei Monaten dürfe der Beschwerdeführer keine Gewichte über 5 kg heben.

4.2.13 Im Bericht vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 155 S. 7 f.) wurden im [...] aufgrund der Behandlung des Beschwerdeführers in den Sprechstunden vom 19. und 21. Januar 2016 folgende Diagnosen gestellt:

Akute generalisierte exanthematische Pustulosis (AGEP)

-DD: nach Einnahme von Metamizol, namentlich unbekanntem PPI und Domperidon bei
-anamnestisch Reizdarmsyndrom

In Zusammenschau von Klinik, Anamnese und Labor (primär Neutrophilie, dann Eosinophilie) sei aktuell von einer akuten generalisierten exanthematischen Pustulose im Zusammenhang mit einem der drei neu eingenommenen Medikamente auszugehen. Lediglich beim Domperidon (Motilium) könne der Beschwerdeführer mit Sicherheit sagen, dieses in der Vergangenheit schon mehrfach eingenommen zu haben. Bekanntermassen wäre Novalgin ein häufigerer Vertreter der zu einer AGEP führe, bezüglich dieses Medikaments könne der Beschwerdeführer keine sicheren Angaben über eine vorherige Einnahme machen. In der Verlaufskontrolle vom 21. Januar 2016 habe sich der Beschwerdeführer in deutlich gebessertem Allgemeinzustand und schon weitestgehend abgeheiltem Hautbefund gezeigt. Es sei empfohlen worden, die desinfizierende Therapie mit Proctol Waschlösung vorderhand weiterzuführen.

4.2.14 Dr. med. B.____, RAD, führte in der Stellungnahme vom 10. Februar 2016 aus (IV-Nr. 157), die eine einseitige Schrumpfniere, bei gesunder Niere der Gegenseite, sei nicht invalidisierend. Die kernspintomografischen Befunde der Wirbelsäule des Beschwerdeführers seien altersentsprechend, bei unauffälligem Spinalkanal und ohne Hinweis auf eine nervale Kompression. Dennoch empfehle Dr. med. B.____ die Durchführung eines rheumatologischen Gutachtens (also bidisziplinär Psychiatrie und Rheumatologie). An der Begutachtung durch Dr. med. E.____ sollte festgehalten werden.

4.2.15 Med. pract. M.____, Assistenzärztin, und Dr. med. N.____, Oberarzt, Klinik für Urologie des [...], stellten im ambulanten Bericht vom 15. April 2016 (A.S. 53 f.) folgende Hauptdiagnosen:

Unklare Blasenfunktionsstörung, DD neurogen

-Aktuell kompensierte Miktionsverhältnisse April 2016

-PSA März 2015: 0,63 ug/l

Schrumpfniere links

Es bestünden insgesamt eine kompensierte Miktionsituation sowie eine unauffällige Nierensonographie rechts. Bezüglich der Nachträufelsymptomatik sei dem Beschwerdeführer das Ausstreichen der Harnröhre post miktione empfohlen worden. Bei Verdacht auf spastischen Beckenboden sei ein Rezept für Beckenbodenrelaxation mit Biodfeedback ausgestellt worden. Eine Kontrolle der Miktionsparameter sei in drei Monaten vorgesehen. Bei ausbleibender Besserung würden eine Zystoskopie und die Abnahme einer Spülzytologie im Hinblick auf eine video-urodynamische Untersuchung zur weiteren Abklärung bei Blasenfunktionsstörung durchgeführt. Des Weiteren werde eine CT-Nativuntersuchung aufgrund von Nachweis von Calciumoxalatkristallen im Urinsekret ambulant angemeldet.

4.2.16 Pract. med. O.____, Allgemeine Innere Medizin, [...], führte aufgrund der Behandlung vom 14. März bis 11. Mai 2016 im Bericht vom 30. Mai 2016 (A.S. 50 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1.Rezidivierende lumbospondylogene Schmerzen beidseits, Erstsymptome circa 2009

-MRI Februar 2016: kleine mediane Diskushernie BWK 10/11 mit Kontakt zu Myelon, aber keine Kompression, kleine paramediane Diskushernie mit Anulusriss BWK 11/12, Spondylarthrose L2-3 sowie leichtgradig L4/5

-unter Physiotherapie und Analgesie, zwar Besserung der Beschwerden, aber immer noch Schmerzen VAS 5/10

2.Anamnestisch Status nach Burn-Out Syndrom, Erstdiagnose 2014

-Status nach stationärer Therapie [...]

-Aktuell in regelmässiger psychiatrischer Behandlung

Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

3.Verdacht auf Reizdarmsyndrom vom obstipierten Typ/Blähungen

-Ileo-Koloskopie vom 17. September 2012: unauffällig

-Oestrophago-Gastro-Duodenoskopie vom 17. September 2012: unauffällige Gastroskopie

-Transglutaminase AK im Februar 2016 negativ

4.Laktoseintoleranz Erstdiagnose März 2016

5.Schrumpfniere links unklarer Ursache

-aktuell Nierenfunktion normal

6.Unklare Blasenfunktionsstörungen DD neurogen

-aktuell noch in urologischer Abklärung im [...]

7. Status nach generalisierter exanthematischer Pustulose (AGEP), Erstdiagnose Januar 2016

-DD: nach Einnahme von Metamizol

Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen wahrscheinlich verbessert werden. Berufliche Massnahmen sowie Hilfsmittel seien nicht angezeigt bzw. nötig. Bezüglich dem Colon irritabile sei der Beschwerdeführer ausführlich abgeklärt worden und werde für eine Ernährungsberatung bezüglich FODMAP-arme Ernährung angemeldet. Bezüglich der Rückenschmerzen sei der Beschwerdeführer für eine fachärztliche Mitbeurteilung in die Rheumatologie des [...] angemeldet worden.

5. Die Parteien sind sich insoweit einig, als neben dem psychischen Gesundheitszustand auch der Bewegungsapparat zu untersuchen ist. Dies erscheint aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage korrekt: So erhellt aus dieser zum einen, dass beim Beschwerdeführer eine seit mehreren Jahren bestehende psychische Problematik vorliegt und er sich deswegen seit 2012 beim Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. C. ___ in Behandlung befindet (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Seit 2013 wird eine intensive psychiatrische psychotherapeutische Behandlung durchgeführt (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor). Aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. C. ___ geht in diesem Zusammenhang hervor, dass trotz der durch die Behandlung teilweise erreichten psychischen Stabilisierung des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2.2, 4.2.5, 4.2.6, 4.2.8 hiervor) insgesamt keine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erzielt werden konnte. So hielt Dr. med. C. ___ im Bericht vom 2. Dezember 2015 fest (vgl. dazu E. II. 4.2.9 hiervor), es bestehe beim Beschwerdeführer ein chronisches Krankheitsleiden, bei welchem trotz intensiver medizinisch-psychiatrischer Behandlung und Durchführung eines langen Arbeitstrainings keine Stabilisierung habe erreicht werden können. Pract. med. O. ___ hält in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 ferner die Diagnose «anamnestisch Status nach einem Burn-Out-Syndrom, Erstdiagnose 2014» fest (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor). Weiter ist den vorliegenden ärztlichen Berichten und insbesondere dem durchgeführten bildgebenden Verfahren vom 2. Februar 2016 zu entnehmen und damit nicht von der Hand zu weisen, dass beim Beschwerdeführer eine Wirbelsäulenproblematik besteht und er unter lumbalen bzw. lumbospondylogenen Schmerzen leidet (vgl. E. II. 4.2.11 f., 4.2.16 hiervor). Gemäss dem Bericht von pract. med. O. ___ ist zur Abklärung der Rückenschmerzen noch ein aktueller Bericht der Rheumatologie des [...] ausstehend (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor). Diesbezüglich ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, wonach eine rheumatologische Untersuchung zur Abklärung des Bewegungsapparates genügt und sich der Beizug eines Orthopäden erübrigt. So verfügt ein Rheumatologe einerseits auch über Kenntnisse der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 8C_290/2011 vom 13. September 2011 E. 5.4 und 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2) und andererseits bilden (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand beider Fachrichtungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3). Dies wird im Übrigen durch den Beschwerdeführer auch nicht bestritten (vgl. A.S. 6 f.).

5.1 In Bezug auf die vom Beschwerdeführer zusätzlich geforderten gutachterlichen Abklärungen in den Fachgebieten der Nephrologie/Urologie (vgl. E. I. Ziff. 10 Abs. 3 hiervor) ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer gemäss der sich vorliegend

präsentierenden medizinischen Aktenlage unbestrittenermassen eine deutlich volumengeminderte linke Niere, die auch als «Schrumpfniere» bezeichnet wird, diagnostiziert wurde und durch das am 2. Februar 2016 durchgeführte bildgebende Verfahren objektiviert werden konnte (vgl. E. II. 4.2.4 und 4.2.11 hiervor). Da die einseitige Schrumpfniere jedoch gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. B.____ vom 10. Februar 2015 nicht als invalidisierend zu qualifizieren ist (vgl. E. II. 4.2.14 hiervor) und eine Verminderung des Volumens der rechten Niere des Beschwerdeführers nicht dokumentiert ist (vgl. dazu E. II. 4.2.15 hiervor, wo gar von einer «unauffälligen Nierensonographie rechts» die Rede ist) und pract. med. O.____ diese im Bericht vom 30. Mai 2015 (E. II. 4.2.16 hiervor) als «ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit» aufführte, erscheint eine nephrologische Beurteilung im Rahmen der ins Auge gefassten Begutachtung nicht notwendig. Die Einschätzung von Dr. med. B.____ vermag auch deshalb zu überzeugen, weil die Schrumpfniere der Endzustand vieler Nierenparenchymerkrankungen (Umwandlung von Nephronen in Binde- bzw. Narbengewebe) und in der Regel mit dem fast vollständigen Funktionsverlust des Organs verbunden ist. Geschieht dies einseitig, kann die andere Niere durch Hypertrophie die Funktion des ausgefallenen Organs mitübernehmen (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Schrumpfniere>, besucht am 29. September 2016). Dafür spricht im Übrigen auch, dass die Schrumpfniere anlässlich der durchgeführten MRT vom Februar 2016 (vgl. E. II. 4.2.11 hiervor) als «nebenbefundlich» qualifiziert wurde.

Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls geforderte urologische Begutachtung: Gemäss den vorliegenden Akten ist insbesondere den Berichten vom 16. März 2015 und 15. April 2016 (vgl. E. II. 4.2.4 und 4.2.15 hiervor) eine diesbezügliche gesundheitliche Problematik zu entnehmen, wobei die Ärzte festhielten, es bestünden «kompensierte Miktionsverhältnisse». Die in diesem Zusammenhang von den Ärzten im Bericht vom März 2015 angesprochene urodynamische Untersuchung, die veranlasst werde, sofern sich beim Beschwerdeführer keine subjektive Besserung einstelle, wurde in der Folge nicht vorgenommen. Jedenfalls ist sie in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass sich die urologische Problematik beim Beschwerdeführer im Verlauf verbessert hat, so dass sich weitere Abklärungen nicht aufgedrängt haben. In diesem Sinne wurde sodann auch im Bericht vom April 2016 im Wesentlichen (noch) von einer «Nachträufelsymptomatik» gesprochen. Auch Dr. med. K.____ führte in seinem Bericht vom 30. Juni 2015 aus, es könne auf somatischer Ebene keine relevante Krankheit festgestellt werden (vgl. E. II. 4.2.7 hiervor). Folglich drängt sich keine urologische Abklärung auf.

5.2 Es stellt sich weiter die Frage, ob zusätzlich zur rheumatologischen und psychiatrischen auch eine internistische gutachterliche Abklärung durchzuführen ist. Der Beschwerdeführer begründet seinen Antrag auf Beizug dieser Fachdisziplin mit dem Auftreten von Schluck- und Magenbeschwerden und den ausgeprägten Reizdarmsymptomen, welche im Bericht von Dr. med. C.____ vom 2. Dezember 2015 beschrieben worden seien (A.S. 7). Dieser Hinweis ist korrekt. So führte Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom Dezember 2015 (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor) explizit aus, beim Beschwerdeführer seien nach der überraschenden Arbeitskündigung entsprechende Symptome aufgetreten und er stehe seither in regelmässiger dermatologischer und urologischer Behandlung. Gestützt auf diese Formulierung von Dr. med. C.____ ist davon auszugehen, dass es sich bei diesen Symptomen nicht um eine internistische, sondern

vielmehr um eine dermatologische oder urologische Gesundheitsproblematik handelt. Bezüglich einer weiteren urologischen Abklärung kann auf die Ausführungen unter E. II. 5.1 hiervor verwiesen werden. In Bezug auf eine allfällige dermatologische Untersuchung ist auf den Bericht vom 20. Dezember 2015 hinzuweisen (vgl. E. II. 4.2.10 hiervor), wonach auf der Abteilung der Dermatologie und Allergologie des [...] keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnten. Gemäss der Einschätzung der Ärzte wirke sich die gesundheitliche Störung auch auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht aus. Somit erweist sich eine dermatologische Abklärung als nicht notwendig. Dies gilt auch im Hinblick auf die im Bericht vom 9. Februar 2016 (vgl. E. 4.2.13 hiervor) diagnostizierte «akute generalisierte exanthemische Pustulosis (AGEP)», welche aufgrund der ärztlichen Beurteilung direkt im Zusammenhang mit der Einnahme von neuen Medikamenten stehe und daher keiner gutachterlichen Untersuchung bedarf. Dies wurde sodann auch im Bericht vom 30. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor) entsprechend festgehalten, indem diese gesundheitliche Problematik konkret auf die Einnahme von Metamizol zurückgeführt wurde. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Reizdarmsymptome kann festgehalten werden, dass Dr. med. C. ___ diese im Bericht vom 2. Dezember 2015 (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor) im Rahmen einer psycho-physischen Dekompensation einstufte, indem er darlegte, dass es nach der für den Beschwerdeführer überraschenden Arbeitskündigung wiederum mit Auftreten von starken Versagens- und Kränkungsgefühlen wiederum zu einer Exacerbation der Krankheitssymptome mit Auftreten einer psycho-physischen Dekompensation mit u.a. ausgeprägten Reizdarmsymptomen gekommen sei. Aufgrund der sich präsentierenden Aktenlage findet sich ansonsten sowohl im Bericht des [...] vom 9. Februar 2016 der Hinweis auf ein anamnestisches Reizdarmsyndrom (vgl. E. II. 4.2.13 hiervor) als auch im Bericht von pract. med. O. ___ vom 30. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor), wobei pract. med. O. ___ einzig einen «Verdacht» auf ein Reizdarmsyndrom diagnostizierte und diesem alsdann keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Aufgrund dieser Darlegungen ist davon auszugehen, dass die Reizdarmproblematik mit der psychischen gesundheitlichen Verfassung des Beschwerdeführers eng verbunden ist und diese daher durch die vorgesehene psychiatrische Begutachtung abgedeckt wird.

5.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer weder eine nephrologische/urologische noch eine internistische Abklärung notwendig ist. Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres Gutachten, bestehend aus den beiden Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie angeordnet hat. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer allein aus der Tatsache, wonach bei Erstgutachten regelmässig polydisziplinäre Gutachten einzuholen sind (vgl. E. II. 3.2 hiervor), nicht ohne weiteres ableiten kann, dass dies in jedem Fall gilt. Wie in BGE 139 V 356 explizit ausgeführt, trifft dies nämlich nicht auf Fälle zu, bei denen ■ wie vorliegend der Fall ■ die medizinische Situation offenkundig nur zwei medizinische Fachgebiete beschlägt.

6. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin anlässlich der «Ergänzung zur Verfügung vom 28. Januar 2016 / Bidisziplinäre Begutachtung» vom 20. Mai 2016 korrekt vorgegangen ist.

6.1 Der zu beurteilende Sachverhalt präsentiert sich wie folgt: Die Beschwerdegegnerin hielt mit Verfügung vom 28. Januar 2016 an einer medizinischen psychiatrischen

Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers durch Dr. med. E.____ fest und verzichtete auf das Weiterleiten der eingereichten Zusatzfragen. Erst im Anschluss an die dagegen am 2. März 2016 erhobene Beschwerde ergänzte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort ihre Verfügung am 20. Mai 2016 dahingehend, als anstelle einer monodisziplinären psychiatrischen Abklärung nunmehr eine bidisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie und Rheumatologie) durchzuführen sei. Dabei hielt sie am rheumatologischen Experten Dr. med. H.____ fest. Gegen diese beiden medizinischen Fachrichtungen ist ■ wie bereits unter E. II. 5 hiavor dargelegt ■ nichts einzuwenden.

6.2 Grundsätzlich muss die Beschwerdegegnerin bei einer beabsichtigten Expertise dem Versicherten bereits zu Beginn in einem ersten Schritt die Art der Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) ■ vorliegend also eine bidisziplinäre Begutachtung ■ sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt geben. In diesem Stadium könnte die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art und Umfang der Begutachtung vorbringen (z.B. unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Verfahrensschritt hat die IV-Stelle dem Versicherten sodann die ausgewählte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen den oder die Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit dem jeweiligem Facharztstitel mitzuteilen, worauf materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen möglich sind (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 255 f., unter Hinweis auf Rz 2080 ff. KSVI). Ausserdem könnte beanstandet werden, die bundesrechtlichen Vorgaben bei der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen).

6.3 Die Parteien äussern sich dazu wie folgt:

6.3.1 Der Beschwerdeführer lässt gegen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin insbesondere vorbringen (A.S. 34 f.), der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht komme als ordentliches Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt werde dieser Effekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, wonach der Versicherungsträger eine Verfügung oder ein Entscheid, gegen den Beschwerde erhoben worden sei, so lange wiedererwägen könne, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nehme. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründe demnach grundsätzlich die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichtes, über das in der angefochtenen Verfügung geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Die Beschwerdegegnerin hätte demnach nach Einreichen der Beschwerde lediglich die Kompetenz gehabt, eine Beschwerdeantwort einzureichen, oder die angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2016 pendente lite aufzuheben.

6.3.2 Die Beschwerdegegnerin hält mit Eingabe vom 29. August 2016 (A.S. 68 f.) dafür, die angefochtene Verfügung sei insofern in Wiedererwägung gezogen worden, als die darin angeordnete psychiatrische Abklärung um eine rheumatologische Begutachtung, die dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 15. Januar 2016 angezeigt worden sei, erweitert worden sei. Damit sei sie dem Beschwerdeführer entgegengekommen. Da diese «ergänzende» Verfügung vor Einreichen der Beschwerdeantwort erfolgt sei, sei dieses Vorgehen zulässig. Von einer Nichtigkeit der Verfügung vom 28. Januar 2016 sei nicht auszugehen. Sollte das Gericht anderer Auffassung sein, sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung zurückzuweisen, damit diese dem Beschwerdeführer erneut angezeigt werden könne.

6.4 Wie bereits in der Kurzbegründung der Verfügung vom 9. Juni 2016 (A.S. 59 f.) ausgeführt, kommt nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung einer Beschwerde als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird dieser Effekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichts, über das in der angefochtenen Verfügung (bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln (Art. 61 lit. c ATSG) und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. d ATSG). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (vgl. BGE 136 V 2 E. 2.5 S. 5 mit Hinweis auf 127 V 228 E. 2 b/aa S. 231 f.).

6.5 Gestützt auf die vorangegangenen Erwägungen kann festgehalten werden, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung vereinbar ist. So hat die Beschwerdegegnerin nach der beim Versicherungsgericht bereits angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2016, am 20. Mai 2015 eine «ergänzende» Verfügung erlassen. Folglich hat sie von der Möglichkeit, ihre bereits angefochtene Verfügung vor Einreichen einer Stellungnahme an die Beschwerdebehörde in Wiedererwägung zu ziehen, keinen Gebrauch gemacht, obwohl dies vom Zeitpunkt her möglich gewesen wäre. Denn die entsprechende Stellungnahme der Beschwerdegegnerin datiert ebenfalls vom 20. Mai 2015 (A.S. 26). Es ist denn auch nicht einzusehen und wird im Übrigen von der Beschwerdegegnerin auch nicht geltend gemacht, weshalb sie ihre Verfügung vom 28. Januar 2016 nicht auf dem Wege der Wiedererwägung hätte aufheben und sodann, nach Gewährung der dem Beschwerdeführer zustehenden Mitwirkungsrechte (BGE 137 V 210), eine neue Verfügung erlassen können.

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin erweist sich demnach in Bezug auf den Erlass der «ergänzenden Verfügung» vom 20. Mai 2016 als nicht korrekt.

7. Zusammenfassend werden die Verfügung vom 28. Januar 2016 sowie auch die ergänzende Verfügung vom 20. Mai 2016 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit diese nach dem dafür vorgesehenen Verfahren (vgl. E. II. 6.2 hiervor) und insbesondere unter Einräumung der dem Beschwerdeführer zustehenden Partizipationsrechte ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisch und rheumatologisch) in Auftrag gibt. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 4

Laktoseintoleranz Erstdiagnose März 2016

E. 5

Schrumpfnieren links unklarer Ursache - aktuell Nierenfunktion normal

E. 6

Unklare Blasenfunktionsstörungen DD neurogen - aktuell noch in urologischer Abklärung im [...]

E. 7

Status nach generalisierter exanthematischer Pustulose (AGEP), Erstdiagnose Januar 2016 - DD: nach Einnahme von Metamizol Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen wahrscheinlich verbessert werden. Berufliche Massnahmen sowie Hilfsmittel seien nicht angezeigt bzw. nötig. Bezüglich dem Colon irritabile sei der Beschwerdeführer ausführlich abgeklärt worden und werde für eine Ernährungsberatung bezüglich FODMAP-arme Ernährung angemeldet. Bezüglich der Rückenschmerzen sei der Beschwerdeführer für eine fachärztliche Mitbeurteilung in die Rheumatologie des [...] angemeldet worden. 5. Die Parteien sind sich insoweit einig, als neben dem psychischen Gesundheitszustand auch der Bewegungsapparat zu untersuchen ist. Dies erscheint aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage korrekt: So erhellt aus dieser zum einen, dass beim Beschwerdeführer eine seit mehreren Jahren bestehende psychische Problematik vorliegt und er sich deswegen seit 2012 beim Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. C.____ in Behandlung befindet (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Seit 2013 wird eine intensive psychiatrische psychotherapeutische Behandlung durchgeführt (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor). Aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. C.____ geht in diesem Zusammenhang hervor, dass trotz der durch die Behandlung teilweise erreichten psychischen Stabilisierung des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2.2, 4.2.5, 4.2.6, 4.2.8 hiervor) insgesamt keine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erzielt werden konnte. So hielt Dr. med. C.____ im Bericht vom 2. Dezember 2015 fest (vgl. dazu E. II. 4.2.9 hiervor), es bestehe beim Beschwerdeführer ein chronisches Krankheitsleiden, bei welchem trotz intensiver medizinisch-psychiatrischer Behandlung und Durchführung eines langen Arbeitstrainings keine Stabilisierung habe erreicht werden können. Pract. med. O.____ hält in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 ferner die Diagnose «anamnestisch Status nach einem Burn-Out-Syndrom, Erstdiagnose 2014» fest (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor). Weiter ist den vorliegenden ärztlichen Berichten und insbesondere dem durchgeführten bildgebenden Verfahren vom 2. Februar 2016 zu entnehmen und damit nicht von der Hand zu weisen, dass beim Beschwerdeführer eine Wirbelsäulenproblematik besteht und er unter lumbalen bzw. lumbospondylogenen Schmerzen leidet (vgl. E. II. 4.2.11 f., 4.2.16 hiervor). Gemäss dem Bericht von pract. med. O.____ ist zur Abklärung der Rückenschmerzen noch ein aktueller Bericht der Rheumatologie des [...] ausstehend (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor). Diesbezüglich ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, wonach eine rheumatologische Untersuchung zur Abklärung des Bewegungsapparates genügt und sich der Beizug eines Orthopäden erübrigt. So verfügt ein Rheumatologe einerseits auch über Kenntnisse der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 8C_290/2011 vom 13. September 2011 E. 5.4 und 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2) und andererseits bilden (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand beider Fachrichtungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3). Dies wird im Übrigen durch den Beschwerdeführer auch nicht bestritten (vgl. A.S. 6 f.). 5.1 In Bezug auf die vom Beschwerdeführer zusätzlich geforderten gutachterlichen Abklärungen in den Fachgebieten der Nephrologie/Urologie (vgl. E. I. Ziff. 10 Abs. 3 hiervor) ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer gemäss der sich vorliegend präsentierenden medizinischen Aktenlage

unbestrittenermassen eine deutlich volumengeminderte linke Niere, die auch als «Schrumpfniere» bezeichnet wird, diagnostiziert wurde und durch das am 2. Februar 2016 durchgeführte bildgebende Verfahren objektiviert werden konnte (vgl. E. II. 4.2.4 und 4.2.11 hiervor). Da die einseitige Schrumpfniere jedoch gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. B.____ vom 10. Februar 2015 nicht als invalidisierend zu qualifizieren ist (vgl. E. II. 4.2.14 hiervor) und eine Verminderung des Volumens der rechten Niere des Beschwerdeführers nicht dokumentiert ist (vgl. dazu E. II. 4.2.15 hiervor, wo gar von einer «unauffälligen Nierensonographie rechts» die Rede ist) und pract. med. O.____ diese im Bericht vom 30. Mai 2015 (E. II. 4.2.16 hiervor) als «ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit» aufführte, erscheint eine nephrologische Beurteilung im Rahmen der ins Auge gefassten Begutachtung nicht notwendig. Die Einschätzung von Dr. med. B.____ vermag auch deshalb zu überzeugen, weil die Schrumpfniere der Endzustand vieler Nierenparenchymerkrankungen (Umwandlung von Nephronen in Binde- bzw. Narbengewebe) und in der Regel mit dem fast vollständigen Funktionsverlust des Organs verbunden ist. Geschieht dies einseitig, kann die andere Niere durch Hypertrophie die Funktion des ausgefallenen Organs mitübernehmen (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Schrumpfniere>, besucht am 29. September 2016). Dafür spricht im Übrigen auch, dass die Schrumpfniere anlässlich der durchgeführten MRT vom Februar 2016 (vgl. E. II. 4.2.11 hiervor) als «nebenbefundlich» qualifiziert wurde. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls geforderte urologische Begutachtung: Gemäss den vorliegenden Akten ist insbesondere den Berichten vom 16. März 2015 und 15. April 2016 (vgl. E. II. 4.2.4 und 4.2.15 hiervor) eine diesbezügliche gesundheitliche Problematik zu entnehmen, wobei die Ärzte festhielten, es bestünden «kompensierte Miktionsverhältnisse». Die in diesem Zusammenhang von den Ärzten im Bericht vom März 2015 angesprochene urodynamische Untersuchung, die veranlasst werde, sofern sich beim Beschwerdeführer keine subjektive Besserung einstelle, wurde in der Folge nicht vorgenommen. Jedenfalls ist sie in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass sich die urologische Problematik beim Beschwerdeführer im Verlauf verbessert hat, so dass sich weitere Abklärungen nicht aufgedrängt haben. In diesem Sinne wurde sodann auch im Bericht vom April 2016 im Wesentlichen (noch) von einer «Nachträufelsymptomatik» gesprochen. Auch Dr. med. K.____ führte in seinem Bericht vom 30. Juni 2015 aus, es könne auf somatischer Ebene keine relevante Krankheit festgestellt werden (vgl. E. II. 4.2.7 hiervor). Folglich drängt sich keine urologische Abklärung auf.

5.2 Es stellt sich weiter die Frage, ob zusätzlich zur rheumatologischen und psychiatrischen auch eine internistische gutachterliche Abklärung durchzuführen ist. Der Beschwerdeführer begründet seinen Antrag auf Beizug dieser Fachdisziplin mit dem Auftreten von Schluck- und Magenbeschwerden und den ausgeprägten Reizdarmsymptomen, welche im Bericht von Dr. med. C.____ vom 2. Dezember 2015 beschrieben worden seien (A.S. 7). Dieser Hinweis ist korrekt. So führte Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom Dezember 2015 (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor) explizit aus, beim Beschwerdeführer seien nach der überraschenden Arbeitskündigung entsprechende Symptome aufgetreten und er stehe seither in regelmässiger dermatologischer und urologischer Behandlung. Gestützt auf diese Formulierung von Dr. med. C.____ ist davon auszugehen, dass es sich bei diesen Symptomen nicht um eine internistische, sondern vielmehr um eine dermatologische oder urologische Gesundheitsproblematik handelt. Bezüglich einer weiteren urologischen Abklärung kann auf die Ausführungen unter E. II. 5.1 hiervor verwiesen werden. In Bezug auf eine allfällige dermatologische Untersuchung

ist auf den Bericht vom 20. Dezember 2015 hinzuweisen (vgl. E. II. 4.2.10 hiervor), wonach auf der Abteilung der Dermatologie und Allergologie des [...] keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnten. Gemäss der Einschätzung der Ärzte wirke sich die gesundheitliche Störung auch auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht aus. Somit erweist sich eine dermatologische Abklärung als nicht notwendig. Dies gilt auch im Hinblick auf die im Bericht vom 9. Februar 2016 (vgl. E. 4.2.13 hiervor) diagnostizierte «akute generalisierte exanthemische Pustulosis (AGEP)», welche aufgrund der ärztlichen Beurteilung direkt im Zusammenhang mit der Einnahme von neuen Medikamenten stehe und daher keiner gutachterlichen Untersuchung bedarf. Dies wurde sodann auch im Bericht vom 30. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor) entsprechend festgehalten, indem diese gesundheitliche Problematik konkret auf die Einnahme von Metamizol zurückgeführt wurde. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Reizdarmsymptome kann festgehalten werden, dass Dr. med. C. ___ diese im Bericht vom 2. Dezember 2015 (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor) im Rahmen einer psycho-physischen Dekompensation einstuft, indem er darlegt, dass es nach der für den Beschwerdeführer überraschenden Arbeitskündigung wiederum mit Auftreten von starken Versagens- und Kränkungsgefühlen wiederum zu einer Exacerbation der Krankheitssymptome mit Auftreten einer psycho-physischen Dekompensation mit u.a. ausgeprägten Reizdarmsymptomen gekommen sei. Aufgrund der sich präsentierenden Aktenlage findet sich ansonsten sowohl im Bericht des [...] vom 9. Februar 2016 der Hinweis auf ein anamnestisches Reizdarmsyndrom (vgl. E. II. 4.2.13 hiervor) als auch im Bericht von pract. med. O. ___ vom 30. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor), wobei pract. med. O. ___ einzig einen «Verdacht» auf ein Reizdarmsyndrom diagnostizierte und diesem alsdann keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Aufgrund dieser Darlegungen ist davon auszugehen, dass die Reizdarmproblematik mit der psychischen gesundheitlichen Verfassung des Beschwerdeführers eng verbunden ist und diese daher durch die vorgesehene psychiatrische Begutachtung abgedeckt wird. 5.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer weder eine nephrologische/urologische noch eine internistische Abklärung notwendig ist. Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres Gutachten, bestehend aus den beiden Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie angeordnet hat. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer allein aus der Tatsache, wonach bei Erstgutachten regelmässig polydisziplinäre Gutachten einzuholen sind (vgl. E. II. 3.2 hiervor), nicht ohne weiteres ableiten kann, dass dies in jedem Fall gilt. Wie in BGE 139 V 356 explizit ausgeführt, trifft dies nämlich nicht auf Fälle zu, bei denen – wie vorliegend der Fall – die medizinische Situation offenkundig nur zwei medizinische Fachgebiete beschlägt. 6. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin anlässlich der «Ergänzung zur Verfügung vom 28. Januar 2016 / Bidisziplinäre Begutachtung» vom 20. Mai 2016 korrekt vorgegangen ist. 6.1 Der zu beurteilende Sachverhalt präsentiert sich wie folgt: Die Beschwerdegegnerin hielt mit Verfügung vom 28. Januar 2016 an einer medizinischen psychiatrischen Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers durch Dr. med. E. ___ fest und verzichtete auf das Weiterleiten der eingereichten Zusatzfragen. Erst im Anschluss an die dagegen am 2. März 2016 erhobene Beschwerde ergänzte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort ihre Verfügung am 20. Mai 2016 dahingehend, als anstelle einer monodisziplinären psychiatrischen Abklärung nunmehr eine bidisziplinäre Begutachtung

(Psychiatrie und Rheumatologie) durchzuführen sei. Dabei hielt sie am rheumatologischen Experten Dr. med. H. ___ fest. Gegen diese beiden medizinischen Fachrichtungen ist – wie bereits unter E. II. 5 hiervor dargelegt – nichts einzuwenden.

6.2 Grundsätzlich muss die Beschwerdegegnerin bei einer beabsichtigten Expertise dem Versicherten bereits zu Beginn in einem ersten Schritt die Art der Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) – vorliegend also eine bidisziplinäre Begutachtung – sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt geben. In diesem Stadium könnte die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art und Umfang der Begutachtung vorbringen (z.B. unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Verfahrensschritt hat die IV-Stelle dem Versicherten sodann die ausgewählte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen den oder die Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit dem jeweiligem Facharztstitel mitzuteilen, worauf materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen möglich sind (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 255 f., unter Hinweis auf Rz 2080 ff. KS VI). Ausserdem könnte beanstandet werden, die bundesrechtlichen Vorgaben bei der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen).

6.3 Die Parteien äussern sich dazu wie folgt:

6.3.1 Der Beschwerdeführer lässt gegen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin insbesondere vorbringen (A.S. 34 f.), der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht komme als ordentliches Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt werde dieser Effekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, wonach der Versicherungsträger eine Verfügung oder ein Entscheid, gegen den Beschwerde erhoben worden sei, so lange wiedererwägen könne, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nehme. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründe demnach grundsätzlich die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichtes, über das in der angefochtenen Verfügung geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Die Beschwerdegegnerin hätte demnach nach Einreichen der Beschwerde lediglich die Kompetenz gehabt, eine Beschwerdeantwort einzureichen, oder die angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2016 pendente lite aufzuheben.

6.3.2 Die Beschwerdegegnerin hält mit Eingabe vom 29. August 2016 (A.S. 68 f.) dafür, die angefochtene Verfügung sei insofern in Wiedererwägung gezogen worden, als die darin angeordnete psychiatrische Abklärung um eine rheumatologische Begutachtung, die dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 15. Januar 2016 angezeigt worden sei, erweitert worden sei. Damit sei sie dem Beschwerdeführer entgegengekommen. Da diese «ergänzende» Verfügung vor Einreichen der Beschwerdeantwort erfolgt sei, sei dieses Vorgehen zulässig. Von einer Nichtigkeit der Verfügung vom 28. Januar 2016 sei nicht auszugehen. Sollte das Gericht anderer Auffassung sein, sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung zurückzuweisen, damit diese dem Beschwerdeführer erneut angezeigt werden könne.

6.4 Wie bereits in der Kurzbegründung der Verfügung vom 9. Juni 2016 (A.S. 59 f.) ausgeführt, kommt nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung einer Beschwerde als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird dieser Effekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichtes, über das in der angefochtenen Verfügung (bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit

verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln (Art. 61 lit. c ATSG) und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. d ATSG). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (vgl. BGE 136 V 2 E. 2.5 S. 5 mit Hinweis auf 127 V 228 E. 2 b/aa S. 231 f.). 6.5 Gestützt auf die vorangegangenen Erwägungen kann festgehalten werden, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht mit der höchststrichterlichen Rechtsprechung vereinbar ist. So hat die Beschwerdegegnerin nach der beim Versicherungsgericht bereits angefochtenen Verfügung vom 28. Januar 2016, am 20. Mai 2015 eine «ergänzende» Verfügung erlassen. Folglich hat sie von der Möglichkeit, ihre bereits angefochtene Verfügung vor Einreichen einer Stellungnahme an die Beschwerdebehörde in Wiedererwägung zu ziehen, keinen Gebrauch gemacht, obwohl dies vom Zeitpunkt her möglich gewesen wäre. Denn die entsprechende Stellungnahme der Beschwerdegegnerin datiert ebenfalls vom 20. Mai 2015 (A.S. 26). Es ist denn auch nicht einzusehen und wird im Übrigen von der Beschwerdegegnerin auch nicht geltend gemacht, weshalb sie ihre Verfügung vom 28. Januar 2016 nicht auf dem Wege der Wiedererwägung hätte aufheben und sodann, nach Gewährung der dem Beschwerdeführer zustehenden Mitwirkungsrechte (BGE 137 V 210), eine neue Verfügung erlassen können. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin erweist sich demnach in Bezug auf den Erlass der «ergänzenden Verfügung» vom 20. Mai 2016 als nicht korrekt. 7. Zusammenfassend werden die Verfügung vom 28. Januar 2016 sowie auch die ergänzende Verfügung vom 20. Mai 2016 in teilweiser Guttheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit diese nach dem dafür vorgesehenen Verfahren (vgl. E. II. 6.2 hiervor) und insbesondere unter Einräumung der dem Beschwerdeführer zustehenden Partizipationsrechte ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisch und rheumatologisch) in Auftrag gibt. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 8

8.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung zu reduzieren, soweit das weitergehende Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu. Dem Beschwerdeführer ist daher eine volle Parteientschädigung zuzusprechen.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GebT, BGS 615.11], in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

8.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. iur. Bünzli, macht in der Kostennote vom 8. September 2016 (A.S. 75 ff.) einen Zeitaufwand von insgesamt 11,6 Stunden geltend. Dieser Aufwand erscheint in Anbetracht von ähnlich gelagerten Fällen als angemessen. Bei einem Stundenansatz von CHF 230.00 ergibt dies ein Honorar von

CHF 2'668.00. Unter Einbezug der geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 89.00 (Kopien von CHF 61.50 und Porti von CHF 27.50) sowie unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 220.55) resultiert somit eine Parteientschädigung von CHF 2'977.55.

9. Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Beschwerdeverfahren gemäss Art. 61 lit. a ATSG ■ in Abweichung von Art. 69 Abs. 1bisIVG ■ kostenlos.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Januar 2016 sowie die ergänzende Verfügung vom 20. Mai 2016 aufgehoben werden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hierauf neu entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'977.55 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 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

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Jäggi

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