

SO_GERICHTE VSBES.2016.84 vom 12. Februar 2016

SO Obergericht, 2016-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.84

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.84 du 12 février 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.84 del 12 febbraio 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 Am 4. Dezember 2013 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin, und zwar bezüglich «Berufliche Integration/Rente» (IV-Nr. 7). 2.2 Am 11. Dezember 2013 stellte die Beschwerdegegnerin der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers einen Fragenbogen zu, die diesen am 7. Januar 2014 ausgefüllt zurücksandte (IV-Nr. 13). 2.3 Das Früherfassungs-/Intake-Gespräch fand am 28. Januar 2014 statt, an dem auch Dr. D.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), teilnahm. Als weiteres Vorgehen vereinbarten die Parteien eine Unterstützung durch die IV durch die berufliche Eingliederung (IV-Nr. 14). 2.4 Es folgten verschiedene Zwischenberichte und Mitteilungen der Beschwerdegegnerin über Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Aufbautrainings sowie bezüglich Kostengutsprachen für das Taggeld und einen Arbeitsversuch (IV-Nr. 16 ff.).

E. 3

3.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann» (so SVR 2014 UV Nr. 2, 8C_815/2012, E. 3.2.1). Die entsprechende Pflicht zur Abklärung kann am Beispiel der Arbeits(un)fähigkeit gezeigt werden. Es ist hier Sache des Gerichts, die Arbeits(un)fähigkeit der versicherten Person festzustellen. Dabei hat es sich auf schlüssige medizinische Berichte zu stützen; sofern solche nicht vorliegen oder sich widersprechen, sind weitere Abklärungen unabdingbar, da ansonsten der Untersuchungsgrundsatz verletzt wird (Ueli Kieser; ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 43, Rz 20, m.H.a. SVR 2010 IV Nr. 41, 8C_474/2009 E. 8.5). Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3

S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

3.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHJ 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

3.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

3.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3).

E. 4

4.1 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat im Wesentlichen geltend gemacht, bei Durchsicht der IV-Akten falle auf, dass sich kein einziger ärztlicher Bericht in den Akten befinde und auch auf eine Einschätzung durch den RAD verzichtet worden sei. Unklar sei, ob die Stelle bei der früheren Psychiaterin Dr. (recte: med. pract.) C.____ einen Bericht angefordert habe; ein solcher sei dann aber zumindest nicht eingetroffen. Auch vom gegenwärtigen behandelnden E.____, sei offensichtlich nie ein schriftlicher Arztbericht eingeholt worden. Es reiche nicht aus, wenn sich die IV-Stelle ohne Einholung von Diagnosen und Erhebung der Krankengeschichte einzig auf Kurztelefonate mit den Ärzten

abstütze. Der unterzeichnende Rechtsvertreter habe sich mit med. pract. C.____, die den Beschwerdeführer während längerer Zeit intensiv medizinisch betreut habe, telefonisch in Verbindung gesetzt. Sie vertrete den Standpunkt, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit wechselnden, leicht bis mittelgradigen Episoden vorliege. Hinzu komme eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, die in erster Linie für das bisherige Scheitern der Eingliederungsmassnahmen verantwortlich sei. Der unterzeichnende Anwalt habe sich auch mit dem jetzigen Psychiater des Beschwerdeführers in Verbindung gesetzt. Dr. E.____ vertrete ebenfalls den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer an wiederkehrenden depressiven Episoden unterschiedlichen Grades (bisher leicht- bis mittelgradig) leide, die auch von den Kliniken [...] und [...] diagnostiziert worden seien. Angesichts der komplexen Situation sei ein ausführliches psychiatrisches Gutachten angezeigt. Aufgrund dieser Aussagen müsse der Kurzanruf des Psychiaters vom 20. November 2015, der offensichtlich das Vorgehen der IV-Stelle in der Rentenfrage ausgelöst habe, stark relativiert werden. Insgesamt ergebe sich somit, dass allein aufgrund der vorliegenden Akten sicher nicht der Schluss gezogen werden könne, es liege keine rentenbegründende Invalidität vor. Es bestünden im Gegenteil Hinweise auf eine psychische Störung von erheblichem Ausmass, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränke. Es seien deshalb, wie dies im Abklärungsverfahren üblich sei, medizinische Berichte bei der früheren Psychiaterin wie auch beim jetzigen behandelnden Facharzt einzuholen. Danach sei bei Bedarf die Frage der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines Gutachtens abschliessend beurteilen zu lassen. Erst wenn die medizinische Aktenlage geklärt sei, könne ein rechtsgenügender Rentenentscheid gefällt werden. Die Angelegenheit sei in diesem Sinne an die Vorinstanz zurückzuweisen (A.S. 5 f.).

4.2 Dagegen hat die Beschwerdegegnerin vorgebracht, es treffe zu, dass sich die IV-Stelle mit der behandelnden Psychiaterin und dem behandelnden Psychiater jeweils auf telefonischem Weg ausgetauscht und keine detaillierten schriftlichen Arztberichte eingeholt habe. Letzteres sei aufgrund der erhaltenen Auskünfte auch nicht angezeigt gewesen: Im Rahmen des Erstgesprächs vom 28. Januar 2014 (IV-Nr. 14) seien eine Erschöpfungsdepression im Jahr 2013 und ein ADHS genannt worden, wobei sich letzteres durch die Behandlung mit Ritalin bereits gebessert habe. Es sei eine mittelschwere Depression verblieben, die ebenfalls medikamentös behandelt worden sei (Protokolleintrag vom 16. Oktober 2014). Dr. E.____ habe dem Beschwerdeführer am 20. November 2015 jegliche Einschränkung abgesprochen. Vor dem Hintergrund, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapierbar und damit nicht als invalidisierend gälten (Urteile 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5), sei das Vorgehen der IV-Stelle folglich nicht zu beanstanden. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass der Beschwerdeführer selbst nie medizinische Berichte vorgelegt habe. Aus dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung gehe hervor, dass der Beschwerdeführer sehr wohl in der Lage gewesen sei, selbst Kontakte zu Arbeitgebern zu knüpfen und sich dabei nie motiviert gezeigt habe, ein höheres Pensum als 60 % anzustreben. Ein solches Teilpensum würde ihm nach eigenen Angaben reichen, und er wäre damit flexibler. Eine medizinische Begründung werde nicht vorgebracht. Dadurch würden letztlich die Abklärungen der IV-Stelle bestätigt, wonach beim Beschwerdeführer keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (A.S. 13). Dem der Beschwerdeantwort beiliegenden Abschlussbericht vom 11. April 2016 über die berufliche Eingliederung lasse sich im Wesentlichen entnehmen, dass der

Beschwerdeführer per 28. Januar 2014 in die berufliche Eingliederung triagiert worden sei. Gemäss Intake-Protokoll sei eine Erschöpfungsdepression mit Verdachtsdiagnose ADHS diagnostiziert worden. Im Rahmen der beruflichen Eingliederung sei er mit folgenden Massnahmen unterstützt worden:

Die Bemühungen hätten dann in einer unbefristeten Anstellung per 18. April 2016 geendet. Der Fall sei schleppend verlaufen und habe im Widerspruch zu den beruflichen/kognitiven Ressourcen des Klienten gestanden. Eine eigentliche gemeinsame Eingliederungsstrategie habe sich nicht erarbeiten lassen. Jedoch habe er Eigeninitiative gezeigt. Schliesslich sei auch der Anstellungsvertrag aufgrund des Engagements des Klienten zustande gekommen. Es müsse jedoch erwähnt werden, dass das vertragliche Pensum heuristisch (d.h. versuchsweise, im Sinne einer vorläufigen Massnahme) zustande gekommen sei, in dem eine 20 %-Stelle zu besetzen gewesen sei. Der Kontakt mit den behandelnden Medizinern (anfänglich med. pract. C.____, [...], danach Dr. E.____, [...]) habe persönlich oder telefonisch stattgefunden. Gemäss Telefon vom 20. November E.____ sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden. Über die gesamthafte Eingliederung habe keine intrinsische Motivation beobachtet werden können, ein höheres Pensum als 60 % anzustreben (A.S. 14 f.).

5. Im Sinne von Art.43 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger ■ hier die IV-Stelle ■ von Amtes wegen u.a. abzuklären, welches der Gesundheitsschaden, d.h. die Befunderhebung und die darauf gestützte Diagnose ist (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 43, Rz 22, m.H.).

5.1 Im vorliegenden Fall befinden sich drei Zeugnisse von med. pract. C.____ und Dr. med. B.____ bei den Akten, die sich einzig zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitraum von Mai ■ Juli 2013 äussern (IV-Nr. 3). Dazu kommt die IV-Einschätzung anlässlich des Intake-Gesprächs vom 28. Januar 2014, worin beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 13. Mai 2013 wegen einer Erschöpfungsdepression sowie die Verdachtsdiagnose eines ADHS festgestellt worden ist. Vor welchem Hintergrund diese Einschätzung zustande gekommen ist, und ob der für die medizinische Situation unterzeichnende RAD-Arzt Dr. med. D.____ eine Untersuchung des Beschwerdeführers i.S. von Art. 59 Abs. 2bisIVG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 IVV durchgeführt hat, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Aus dem Protokoll der Beschwerdegegnerin ■ worauf diese in der Beschwerdeantwort verweist (A.S. 13) ■ geht u.a. hervor, dass med. pract. C.____ am 16. Oktober 2014 telefonisch mitgeteilt habe, aktuell liege gemäss ihrer Einschätzung eine mittelgradige Depression vor, und die jüngste Entwicklung sei leicht besser (S. 14). Diesem Protokoll lässt sich per 20. November 2015 ein Eintrag über ein weiteres Telefonat entnehmen, wonach der Psychiater Dr. E.____ den Klienten als 100 % arbeitsfähig sehe und dem offenbar geäusserten Wunsch des Patienten nach einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht entsprochen habe (S. 21). Vor diesem Hintergrund und in Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung bezüglich leichter bis höchstens mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis erachtet die Beschwerdegegnerin ihr Vorgehen als korrekt (vgl. A.S. 13).

5.2 Im vorliegenden Fall lässt sich nach Lage der Akten die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im rechtsrelevanten Zeitpunkt nicht schlüssig beurteilen. Die telefonische Aussage des behandelnden Psychiaters, E.____, von November 2015 vermag den höchstrichterlichen Anforderungen an einen Arztbericht im Sinne der vorstehenden Erwägungen (II E. 3.1 hiervor) nicht zu genügen. Die Aussage der früher behandelnden Fachärztin ist einerseits ebenfalls eine telefonische und stammt andererseits

von Mitte Oktober 2014, weshalb auch darauf nicht abzustellen ist. Schliesslich vermag die zweifelsohne fachkompetente Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit durch die Teamleiterin der beruflichen Eingliederung den fachärztlichen Bericht mit Diagnose und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu ersetzen. Schliesslich kann es im Rahmen des vorstehend angeführten Untersuchungsprinzips ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ■ nicht einfach Sache des Beschwerdeführers sein, die erforderlichen medizinischen Berichte einzureichen. Es ist folglich festzuhalten, dass der Sachverhalt aus medizinischer Sicht ungenügend abgeklärt ist.

6. Zusammenfassend ist festzustellen, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen. Eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt dem Beschwerdeführer zuzumuten sind, ist nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich. Nach bundesrichterlicher Rechtsprechung ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger möglich, wenn sie allein im notwendigen Erheben einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine solche Situation ist im vorliegenden Fall gegeben. Es liegen Sachverhaltslücken vor, die die Beschwerdegegnerin zu schliessen hat. Zu diesem Zweck sind die Akten an sie zurückzuweisen. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den geltend gemachten Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu entscheiden. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2016 aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen wie auch des Antrags in der Beschwerde gutzuheissen.

E. 7

7.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

7.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Kostennote vom 13. Juni 2016 einen Zeitaufwand von 8,25 Stundengeltend gemacht, ohne diesen jedoch zu spezifizieren; dazu wird der Ersatz von Auslagen für Fotokopien, Telefonate und Porti von CHF 48.50 verlangt (A.S. 28 f.). Angeführt werden insbesondere Aufwand für diverse Telefongespräche mit dem Klienten und den Ärzten sowie eine Position «Diverse Korrespondenz». Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Diverse Korrespondenz») nimmt das Gericht praxisgemäss eine pauschale Einschätzung vor. Vor diesem Hintergrund und in Beachtung der sich stellenden, tatsächlichen und rechtlichen Fragen sowie eines Vergleichs des Aufwands in ähnlichen Prozessen erscheint ein Zeitaufwand von sechs Stunden als angemessen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1■543.00 zu bezahlen (6 Stunden zu CHF 230.00, zuzgl. Auslagen und MwSt).

8. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis 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 Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF

600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 12. Februar 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese die erforderlichen Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen vornehme und hierauf über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1■543.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin 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 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

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Häfliger

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