

SO_GERICHTE VSBES.2016.9 vom 22. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.9

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.9 du 22 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.9 del 22 marzo 2017

Erwägungen

E. 2

Eventualiter zu Ziff. 1 sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und neu über die Sache zu befinden.

E. 3

3.1 Der Versicherte war seit 1980 als [...] für die C. ___ AG tätig (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 7 S. 2). Ab dem 25. Juni 2012 war er wegen eines schweren Cervicalsyndroms zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 6.7 S. 17 / Nr. 6.8 S. 1 + 7).

3.2 Dr. med. D. ___, Vertrauensarzt der Taggeldversicherung des Versicherten, bemerkte in seiner Notiz vom 20. September 2012 (IV-Nr. 6.7 S. 11), ein mittel- bis langfristiges Verbleiben im Bausektor als Arbeitsumgebung sei fraglich.

Dr. med. E. ___, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2012 (IV-Nr. 6.7 S. 9 f.) folgende Diagnosen:

- Diskushernie C4/5 rechts, im Verlauf gegenüber 2011 grössenproredient
- breitbasige Protrusion C3/4 und C7/Th1
- foraminäre Stenose C4/5 rechts und C6/7 links
- Status nach kompletter Knochenspanfusion C5/6 (2004)
- Myelonsignal in Höhe der operierten Etage
- Diskushernie L4/5 linksbetont und foraminäre Stenose L4/5 links

Der Versicherte leide in den letzten Monaten wieder verstärkt unter Cervico-cephalgien und rechtsseitigen Cervicobrachialgien mit Ausstrahlung in den dorsalen Oberarm. Hinzu kämen zeitweise Kribbelparästhesien in der Schmerzstrasse und beidseits an den Fingerspitzen (weswegen manchmal Gegenstände nicht fest genug gegriffen werden könnten), progrediente lumbalgieforme Beschwerden sowie linksseitige Lumboischialgien mit Ausstrahlung in die Leiste und den ventrolateralen Oberschenkel, was das Gehen zeitweise sehr erschwere. Eine Operation lehne der Versicherte ab, er werde stattdessen konservativ behandelt. Derzeit bestehe kein bedeutendes sensomotorisches Defizit. Von Tätigkeiten mit schwerem Heben, Ziehen und Tragen in Kombination mit Traktion und Rotation rate man ab.

Dr. med. F. ___, Vertrauensarzt der Taggeldversicherung, bemerkte in seiner Notiz vom 6. November 2012 (IV-Nr. 6.7 S. 8), wahrscheinlich befinde sich der Versicherte in einer Intensivtherapie, womit momentan keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei.

Dr. med. G.____, Allgemeinarzt, hielt am 7. Dezember 2012 fest, eine Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit sei kaum möglich. Auch in einer anderen Tätigkeit bestehe schwerlich eine höhere Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 6.7 S. 2). Weiter erklärte Dr. med. G.____ im Bericht vom 3. Mai 2013 (IV-Nr. 18 S. 1), es handle sich um eine langdauernde Erkrankung. Dem Versicherten gehe es ohne Arbeit besser, aber je nach Belastung habe er auch zu Hause ständig mehr oder weniger Schmerzen. Ein Arbeitsversuch sei durchaus möglich. Die Belastung sollte dabei 50 % nicht übersteigen und weder Gewichte über 10 kg noch Verrichtungen auf oder über Kopfhöhe beinhalten. Der konkrete Versuch könne zeigen, was möglich sei.

Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 15. Januar 2013 (IV-Nr. 10) beschrieb der Versicherte seine bisherige Arbeit als mittelschwer bis schwer, mit Lasten von 25 kg oder mehr. Er habe keinen Beruf erlernt.

Der Abschlussbericht des [Spitals] H.____ zur Physiotherapie vom 15. Februar 2013 (IV-Nr. 21 S. 8) hielt fest, die Schmerzen der Halswirbelsäule seien nach der NSR-Skala zurückgegangen, während die Schmerzen der Lendenwirbelsäule einen Tag nach der Behandlung wieder zunehmen würden. Die Sensibilität am rechten Oberschenkel sei weiterhin stark abgeschwächt. Beweglichkeit und Kraft seien nach wie vor auf Grund der Schmerzen vermindert.

Dr. med. E.____ ergänzte ihre Diagnose im Bericht vom 12. September 2013 (IV-Nr. 19) im Wesentlichen um eine Osteochondrose und Facettengelenksarthrose L5/S1. Der Versicherte leide seit Jahren unter Cervicocephalgien sowie Kribbeln und Kraftlosigkeit in beiden Händen. Im Vordergrund stünden Lumbago und linksseitige, dem Dermatome L5 entsprechende Lumboischialgien mit Dysästhesien in der Schmerzstrasse. In Anbetracht der Multimorbidität bei multiplen Voroperationen und entsprechenden neurologischen Defiziten sowie des fortgeschrittenen Alters seien weder der bisherige Beruf des Versicherten noch andere Tätigkeiten zumutbar.

Gemäss Protokolleintrag in den IV-Akten vom 24. Oktober 2013 lehnte der Versicherte das Angebot der Arbeitgeberin für eine angepasste Tätigkeit per 1. August 2013 mit einem Pensum von 50 %, ohne Heben von mehr als 10 kg und ohne Überkopfarbeiten, ab. Der Versicherte meinte dazu am 5. November 2013, dieses Angebot klinge nur gut, er wisse, dass dies nicht so sei. Das Arbeitsverhältnis wurde in der Folge per 30. April 2014 aufgelöst (s. Eintrag vom 30. Januar 2014).

Dr. med. G.____ erklärte im Bericht vom 15. November 2013 (IV-Nr. 21 S. 1), es lägen schwere, radiologisch bestätigte degenerative Prozesse der Hals- und Lendenwirbelsäule vor. Mehrere Versuche, die Arbeit wieder aufzunehmen, seien gescheitert. Eventuell gingen noch leichtere Arbeiten ohne Belastungen über 5 kg und ohne Überkopfarbeiten, aber die Arbeitgeberin könne keine solchen anbieten. Ohne Belastung gehe es gerade so mit den Beschwerden. Der Versicherte sei seit dem 25. Juni 2012 andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne definitiv nicht mehr arbeiten.

Dr. med. G.____ bestätigte am 24. Februar und 4. April 2014 (IV-Nr. 26 S. 3 / Nr. 32 S. 4), dass der Versicherte voraussichtlich dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eventuell komme eine leichte Arbeit zu 50 % in Frage. Überkopfarbeiten seien ausgeschlossen.

Im Verlaufsbericht vom 28. April 2014 (IV-Nr. 33) bezeichnete Dr. med. E.____ die Diagnose als unverändert und den Gesundheitszustand als stationär. Eine Verschlimmerung

der Cervicobrachialgien, Schulterschmerzen und Dysästhesien im März 2014 habe sich wieder gebessert.

Dr. med. I.____, Arzt für Allg. Medizin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), gelangte in seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2014 (IV-Nr. 35) zum Schluss, in der angestammten Tätigkeit als [...] sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. In einer körperlich leichten, wechselstelligen Verweistätigkeit ohne repetitives Heben und Verschieben von Lasten über 5 kg, ohne Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Am 26. Januar 2015 ergänzte Dr. med. I.____, er stütze sich bei seiner Beurteilung auf die Aussagen der Dres. E.____ und G.____ sowie den Bericht des [Spitals] H.____ (IV-Nr. 46 S. 2).

3.3 Die beteiligten Ärzte sind sich einig, dass der Versicherte seine angestammte Arbeit als [...] seit Juni 2012 nicht mehr ausüben kann. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies denn auch nicht, hält aber dafür, eine angepasste Tätigkeit sei zu 100 % möglich (A.S. 17).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit geben lediglich die Dres. E.____ und G.____ eine Beurteilung ab, welche auf eigener Anschauung des Versicherten beruht; eine Untersuchung durch einen unabhängigen Facharzt hat die Beschwerdegegnerin nicht angeordnet. Im Streitfall kommt indes eine direkte Leistungszusage einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte in der Regel nicht in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). Dies muss hier umso mehr gelten, als die Berichte der besagten Ärzte recht knapp ausgefallen sind.

Vor diesem Hintergrund wäre im Beschwerdeverfahren eigentlich ein (neurologisches und rheumatologisches resp. orthopädisches) Gerichtsgutachten einzuholen. Davon ist jedoch im Hinblick auf das Alter des Versicherten abzusehen (vgl. zum Ganzen n. publ. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.241 vom 30. Juni 2016 E. 6.4 f.): Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462), was auch bei Gerichtsgutachten gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2). Der Versicherte wird im Januar 2018 das ordentliche Rentenalter von 65 Jahren erreichen. Selbst wenn das Versicherungsgericht umgehend nach dem zweiten Schriftenwechsel im September 2016 das Begutachtungsverfahren eingeleitet hätte, so wäre das Gutachten wahrscheinlich erst nach Januar 2017 und damit im 65. Altersjahr des Versicherten ergangen, zumal den Parteien vor der Auftragserteilung noch Gelegenheit für Einwände gegen die vorgesehenen Gutachter hätte gegeben werden müssen. Eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit, welche das Gutachten allenfalls attestieren würde, müsste in diesem Zeitpunkt aus Altersgründen als nicht mehr verwertbar gelten: Einerseits wäre die verbleibende Aktivitätsdauer kürzer als ein Jahr. Andererseits hat der Versicherte keine Ausbildung absolviert, während mehr als 30 Jahren beim selben Arbeitgeber die gleiche körperliche belastende Arbeit ausgeübt und keine Erfahrung mit feinmotorischen Verrichtungen gemacht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1). Er müsste sich also kurz vor dem Rentenalter bei reduzierter Anpassungsfähigkeit in eine andere Art von Tätigkeit einarbeiten, was für einen potenziellen Arbeitgeber nicht interessant wäre und der Verwertung einer allfälligen Arbeitsfähigkeit entgegenstünde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.3 und 9C_979/2009 vom 10. Februar 2010 E. 4 f.). Von einer rechtsmissbräuchlich verzögerten Anmeldung, um die objektiven Anstellungschancen zu verringern (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_979/2009 vom 10. Februar 2010 E. 5) kann keine Rede sein, denn die Anmeldung

erfolgte am 29. November 2012 (IV-Nr. 2) und damit weniger als ein halbes Jahr nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Ohne Gutachten ist die Arbeitsfähigkeit auf Grund der vorhandenen Akten zu bestimmen. Aus diesen lässt sich indes keine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ableiten:

Die Dres. E.____ und G.____ bescheinigen übereinstimmend für jede Art von Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung beruht nicht, wie bei behandelnden Ärzten mitunter der Fall, allein auf den subjektiven Angaben des Versicherten, vielmehr sind durchaus objektivierbare Befunde vorhanden. Hinzu kommt, dass der Versicherte trotz Arbeitsabstinenz nicht beschwerdefrei ist, was dafür spricht, dass er auch bei einer leichten Arbeit mit Schmerzen zu kämpfen hätte. Überdies ist zu beachten, dass der Versicherte Mühe mit dem Einsatz der Hände bekundet, was ihn unabhängig von der Schwere der Arbeit einschränkt. Vor diesem Hintergrund bestehen hinreichende Anhaltspunkte für eine umfassende Arbeitsunfähigkeit.

Wenn Dr. med. G.____ einen Arbeitsversuch für möglich hält, so bedeutet dies nicht, dass tatsächlich eine entsprechende Arbeitsfähigkeit bestand, vielmehr betont er, dass man sehen werde, was sich noch realisieren lasse. Ein solcher Arbeitsversuch in einer adaptierten Tätigkeit, der allenfalls Aufschluss über das Leistungsvermögen gegeben hätte, unterblieb indes; die von der Arbeitgeberin angebotene Stelle war nicht dem Leiden angepasst und daher nicht zumutbar, da Gewichte von bis zu 10 kg und nicht bloss bis zu 5 kg ■ wie von Dr. med. G.____ für einen Arbeitsversuch postuliert ■ zu handhaben waren.

Abweichende Arztberichte, welche die Dres. E.____ und G.____ widerlegen könnten, liegen nicht vor. Die Stellungnahme des RAD-Arztes kann keinen Beweiswert beanspruchen, da er einerseits den Versicherten nicht selber untersucht hat; eine reine Aktenbeurteilung ist bloss dann beweiskräftig, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1), woran es hier angesichts der spärlichen Aktenlage fehlt. Andererseits ist die Stellungnahme des RAD-Arztes eher rudimentär ausgefallen und es erscheint als nicht sehr fundiert, wenn er einzelne Sätze aus den Arztberichten zieht und andere Aussagen darin ignoriert (s. IV-Nr. 46 S. 2). Der Bericht des [Spitals] H.____ zur Physiotherapie wiederum belegt keine grundlegende Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern spricht von weitgehend unveränderten Beschwerden, einmal abgesehen davon, dass er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussert. Hinzu kommt, dass die Dres. E.____ und G.____ auch nach diesem Bericht für jegliche Alternativbeschäftigung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten.

Wenn zusammenfassend davon auszugehen ist, dass ab dem 25. Juni 2012 für jede Tätigkeit durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestand, dann ist per 1. Juni 2013 (d.h. dem Beginn des Monats, in dem das Wartejahr abgelaufen ist) ein Anspruch auf eine ganze Rente entstanden, wie dies die Beschwerdeführerin verfügt hat. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich, wenn gar keine Arbeit mehr in Frage kommt.

3.5 Die Beschwerde stellt sich demnach als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

E. 4

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.3 Der beigeladene Versicherte ist anwaltlich vertreten, weshalb ihm die unterliegende Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten hat (s. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2015, Art. 61 N 201). Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11, in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die Kostennote des Vertreters des Versicherten vom 5. September 2016 (A.S. 68 f.) weist einen Zeitaufwand von 8,71 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

· Zu streichen ist einmal der sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (9 x 0,17 = 1,53 Stunden) sowie die Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (0,17 + 0,25 Stunden: 8. März und 12. Juli 2016).

· Nicht zu entschädigen ist das Studium von Verfügungen des Gerichts, in denen weder dem Versicherten Frist gesetzt noch ein Gesuch von ihm abgewiesen wurde (0,17 Stunden: 26. Januar 2016).

· Dem Obsiegen entsprechend ist der nachprozessuale Aufwand praxisgemäss von 0,75 auf 0,5 Stunden zu kürzen.

Zusammenfassend verbleibt ein anrechenbarer Aufwand von 6,34 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1■585.00 ergibt.

Was die Auslagen über CHF 98.20 betrifft, so sind die 63 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 66.70. Einschliesslich CHF 132.15 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 1■783.85.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1■000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Beschwerdeführerin hat dem beigeladenen Versicherten B. ___ eine Parteientschädigung von CHF 1'783.85 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 4.2

Die Kostennote des Vertreters des Versicherten vom 5. September 2016 (A.S. 68 f.) weist einen Zeitaufwand von 8,71 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen: · Zu streichen ist einmal der sog. Kanzleiaufwand, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (9 x 0,17 = 1,53 Stunden) sowie die Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (0,17 + 0,25 Stunden: 8. März und 12. Juli 2016). · Nicht zu entschädigen ist das Studium von Verfügungen des Gerichts, in denen weder dem Versicherten Frist gesetzt noch ein Gesuch von ihm abgewiesen wurde (0,17 Stunden: 26. Januar 2016). · Dem Obsiegen entsprechend ist der nachprozessuale Aufwand praxisgemäss von 0,75 auf 0,5 Stunden zu kürzen. Zusammenfassend verbleibt ein anrechenbarer Aufwand von 6,34 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1'585.00 ergibt. Was die Auslagen über CHF 98.20 betrifft, so sind die 63 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 66.70. Einschliesslich CHF 132.15 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 1'783.85. 5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

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