

SO_GERICHTE VSBES.2017.24 vom 13. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.24_d20171013

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.24 du 13 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.24 del 13 ottobre 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1964, meldete sich am 7. September 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 2). Diese verneinte mit Verfügung vom 7. Juli 2014 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, da keine Invalidität vorliege (IV-Nr. 49).

Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 30. Juni 2015 ab (IV-Nr. 63 S. 2 ff.), was das Bundesgericht am 21. Juni 2016 bestätigte (IV-Nr. 72).

1.2 Am 28. August 2015 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 66). Diese trat auf das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 nicht ein, da keine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht worden sei (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Verweigert die Invalidenversicherung eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201). Gelingt ihr dies nicht, so tritt die IV-Stelle auf das Gesuch ohne weitere Abklärungen nicht ein. Ist die anspruchserhebliche Änderung hingegen glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen.

Mit dieser Regelung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3 S. 68). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die

ergänzenden Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den eben umschriebenen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legt das Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (a.a.O., E. 5.2.5 S. 69). Wenn die der Neuanmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur auf Grund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle nur dann zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten, wenn die ■ für sich allein genommen keine Glaubhaftigkeit begründenden ■ Arztberichte konkrete Hinweise darauf enthalten, dass möglicherweise rechtserhebliche Änderung vorliegt, welche sich mittels weiterer Erhebungen erstellen lässt (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3).

2.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden. Die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2).

2.3 Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1).

E. 3

3.1 Als die Beschwerdegegnerin am 7. Juli 2014 das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abwies, bestand folgende Sachlage:

In psychiatrischer Hinsicht lagen keine Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor, wie sich aus dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. Juli 2013 (IV-Nr. 30) ergibt. Das Versicherungsgericht erachtete dieses Gutachten als voll beweismässig, zumal das für die Krankentaggeldversicherung erstellte Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. August 2013 (IV-Nr. 34 S. 2 ff.) zum gleichen Ergebnis gelangte (s. Urteil vom 30. Juni 2015, IV-Nr. 63 E. 3.2 S. 20 f.). Die abweichende Stellungnahme von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. November 2014 (IV-Nr. 62) verwarf das Gericht (a.a.O., IV-Nr. 63 E. 3.2.1 S. 21 f.).

In somatischer Hinsicht ging das Versicherungsgericht davon aus (a.a.O., E. 3.3 S. 25), dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben schon seit zehn Jahren an Rückenschmerzen leide, ohne dass ihn dies daran gehindert habe, seiner Arbeit nachzugehen (Intakegespräch vom 4. Oktober 2012, IV-Nr. 13 S. 3); der Hausarzt Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Allg. Medizin, erwähne in seinem Bericht vom 27. Dezember 2012 (IV-Nr. 20) zwar eine Diskopathie, messe dieser aber keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit bei.

E. 3.2

3.2.1 Was die Entwicklung nach der Leistungsverweigerung vom 7. Juli 2014 angeht, so gingen im vorherigen Beschwerdeverfahren die nachstehenden Berichte ein:

Im der Neuanmeldung beigelegten Bericht vom 23. August 2015 (IV-Nr. 66 S. 3) erklärte Dr. med. G.____, wegen der persistierenden Lumbalgien sei Ende 2014 ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Als Befund hätten sich weiterhin Spondylarthrosen und dadurch eine Spinalkanalstenosierung gezeigt. Die früher nachgewiesene laterale Diskushernie habe sich zu einer medialen Diskushernie verlagert. Die zum Ausschluss einer Fazettengelenksüberlastung durchgeführte Infiltrationstherapie habe nur während zwei bis drei Wochen eine leichte Besserung bewirkt. Seither sei die Situation mit mehr oder weniger grossen Schwankungen unverändert. Belastend seien die nächtlichen Schmerzen, die Schlafqualität und -dauer seien deutlich eingeschränkt. Längeres Sitzen über 30 Minuten und längeres Stehen seien nicht möglich. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei sehr schwierig und könne wohl höchstens mit einer Arbeitsabklärung durch die Beschwerdegegnerin festgestellt werden.

In ihrem Vorbescheid vom 1. September 2015 (IV-Nr. 67 S. 2 f.) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer das Nichteintreten auf sein Leistungsbegehren in Aussicht, wenn er keine Beweismittel einreiche, welche den Eintretenstatbestand glaubhaft machten. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 8. Oktober 2015 Einwand erheben (IV-Nr. 69), aber keine weiteren Arztberichte einreichen.

Dr. med. H.____, Praktische Ärztin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2016 (IV-Nr. 74 S. 2) dafür, der somatische Gesundheitszustand sei seit 2014 mehrheitlich unverändert. Die Spinalkanalstenose bewirke eine Einschränkung für schwere Arbeiten wie auf dem Bau, doch seien angepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar.

Dem Versicherungsgericht reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. D.____ vom 23. Januar 2017 ein (Beschwerdebeilage / BB Nr. 2), wonach eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Therapiebeginn vorliege.

3.2.2 Der Beschwerdeführer erhielt im Vorbescheid vom 1. September 2015 unter Androhung des Nichteintretens Gelegenheit, weitere Beweismittel beizubringen, was er indes unterliess. Für das Versicherungsgericht sind daher allein die Arztberichte massgeblich, welche sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in den Akten befanden (s. E. II. 2.1 hiervor). Der erst im Beschwerdeverfahren vorgelegte Bericht von Dr. med. D.____ vom 23. Januar 2017 ist deshalb von vornherein unerheblich, auch falls er sich auf die Zeit vor der angefochtenen Verfügung beziehen sollte.

In seiner Neuanmeldung macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich sein Rückenleiden und damit sein somatischer Gesundheitszustand verschlechtert habe. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin wurde dies glaubhaft gemacht. In der Gesamtwürdigung ist einerseits die MRI-Untersuchung zu beachten, wonach die Spondylarthrosen gegenüber früher ausgeprägter sind und sich neu eine Diskushernie L5/S1 entwickelt, was beides den Spinalkanal einengt. Somit fanden sich nun objektive Befunde, welche nach Aktenlage früher noch nicht bestanden. Andererseits spricht Dr. med. G.____ ausdrücklich von einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dabei handelt es sich nicht nur um eine andere Beurteilung eines vorbestehenden Gesundheitszustandes.

Laut Dr. med. G.____ gründen die Beschwerden vielmehr in der Spinalkanalstenose, welche ihrerseits auf die neuen radiologischen Befunde zurückgeht. Bei der ersten Anmeldung mass Dr. med. E.____ den Rückenschmerzen noch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei, was sich mit der damaligen Auffassung des Beschwerdeführers deckte. Dieser verwies bei der Anmeldung vom 7. September 2012 allein auf eine Depression als gesundheitliche Beeinträchtigung (IV-Nr. 2 S. 7 Ziff. 6.2), stellte bei den anschliessenden Abklärungen ganz seine psychischen Probleme in den Vordergrund (s. z.B. Angaben im Gutachten von Dr. med. B.____, IV-Nr. 30 S. 6 ff.) und hielt im Intakegespräch fest, er habe trotz seiner Rückenschmerzen arbeiten können (IV-Nr. 13 S. 3). Gemäss Bericht vom 9. Oktober 2014 gab der Beschwerdeführer demgegenüber massive Schmerzen an, welche den Schlaf störten, wovon bislang nie die Rede gewesen war. Dabei ist zu betonen, dass sich diese Beschwerdeschilderung laut Dr. med. G.____ durch die Befunde objektivieren lässt.

Zusammenfassend erlauben die Berichte von Dr. med. G.____ zwar keine abschliessende Beurteilung des Leistungsbegehrens, aber sie enthalten genügend Anhaltspunkte, um eine relevante gesundheitliche Verschlechterung seit der Leistungsverweigerung vom

E. 4

f.): Zum Vergleich liege eine Voruntersuchung vom 9. Februar 2006 vor. Die Protrusion L4/5 sei im Verlauf regredient. Neu sei eine beginnende mediane Hernie L5/S1, welche den Duralsack ventral eindelle. Ausserdem bestünden progrediente, nun deutliche Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 mit laterodorsaler Einengung des Spinalkanals. · Dr. med. G.____, Facharzt für Allg. Medizin FMH, äusserte sich im Bericht vom 9. Oktober 2014 (IV-Nr. 55 S. 6 f.) wie folgt zur aktuellen somatischen Situation: Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an chronischen Rückenschmerzen im unteren Lendenbereich mit Ausstrahlung in beide Beine. Die Beschwerden seien vor allem nachts massiv. Nach wenigen Stunden Schlaf müsse der Beschwerdeführer schmerzbedingt aufstehen. Praktisch sei nur noch die Seitenlage möglich. Die klinische Untersuchung zeige eine Druckempfindlichkeit im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule. Neurologisch sei der Befund mit Ausnahme eines leichten Sensibilitätsdefizites im linken Bein unauffällig. Die aktuelle MRI-Untersuchung zeige die komplexe Problematik: Die deutlichen Spondylarthrosen in der unteren Lendenwirbelsäule sowie eine beginnende mediane Diskushernie L5/S1 führten zusammen zu einer Einengung des Spinalkanals. Dies erkläre die Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit sei sicherlich deutlich eingeschränkt. Zu langes Stehen und Sitzen sowie das Heben von schwereren Gewichten seien zu vermeiden. Die zeitlichen Belastungsphasen seien eingeschränkt. Im der Neuanmeldung beigelegten Bericht vom 23. August 2015 (IV-Nr. 66 S. 3) erklärte Dr. med. G.____, wegen der persistierenden Lumbalgie sei Ende 2014 ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Als Befund hätten sich weiterhin Spondylarthrosen und dadurch eine Spinalkanalstenosierung gezeigt. Die früher nachgewiesene laterale Diskushernie habe sich zu einer medialen Diskushernie verlagert. Die zum Ausschluss einer Fazettengelenksüberlastung durchgeführte Infiltrationstherapie habe nur während zwei bis drei Wochen eine leichte Besserung bewirkt. Seither sei die Situation mit mehr oder weniger grossen Schwankungen unverändert. Belastend seien die nächtlichen Schmerzen, die Schlafqualität und -dauer seien deutlich eingeschränkt. Längeres Sitzen über 30 Minuten und längeres Stehen seien nicht möglich. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei sehr schwierig und könne wohl höchstens mit einer Arbeitsabklärung durch die Beschwerdegegnerin festgestellt werden. In ihrem Vorbescheid vom 1. September 2015

(IV-Nr. 67 S. 2 f.) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer das Nichteintreten auf sein Leistungsbegehren in Aussicht, wenn er keine Beweismittel einreiche, welche den Eintretenstatbestand glaubhaft machten. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 8. Oktober 2015 Einwand erheben (IV-Nr. 69), aber keine weiteren Arztberichte einreichen. Dr. med. H.____, Praktische Ärztin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2016 (IV-Nr. 74 S. 2) dafür, der somatische Gesundheitszustand sei seit 2014 mehrheitlich unverändert. Die Spinalkanalstenose bewirke eine Einschränkung für schwere Arbeiten wie auf dem Bau, doch seien angepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar. Dem Versicherungsgericht reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. D.____ vom 23. Januar 2017 ein (Beschwerdebeilage / BB Nr. 2), wonach eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Therapiebeginn vorliege. 3.2.2 Der Beschwerdeführer erhielt im Vorbescheid vom 1. September 2015 unter Androhung des Nichteintretens Gelegenheit, weitere Beweismittel beizubringen, was er indes unterliess. Für das Versicherungsgericht sind daher allein die Arztberichte massgeblich, welche sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in den Akten befanden (s. E. II. 2.1 hiervor). Der erst im Beschwerdeverfahren vorgelegte Bericht von Dr. med. D.____ vom 23. Januar 2017 ist deshalb von vornherein unerheblich, auch falls er sich auf die Zeit vor der angefochtenen Verfügung beziehen sollte. In seiner Neuanmeldung macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich sein Rückenleiden und damit sein somatischer Gesundheitszustand verschlechtert habe. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin wurde dies glaubhaft gemacht. In der Gesamtwürdigung ist einerseits die MRI-Untersuchung zu beachten, wonach die Spondylarthrosen gegenüber früher ausgeprägter sind und sich neu eine Diskushernie L5/S1 entwickelt, was beides den Spinalkanal einengt. Somit fanden sich nun objektive Befunde, welche nach Aktenlage früher noch nicht bestanden. Andererseits spricht Dr. med. G.____ ausdrücklich von einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dabei handelt es sich nicht nur um eine andere Beurteilung eines vorbestehenden Gesundheitszustandes. Laut Dr. med. G.____ gründen die Beschwerden vielmehr in der Spinalkanalstenose, welche ihrerseits auf die neuen radiologischen Befunde zurückgeht. Bei der ersten Anmeldung mass Dr. med. E.____ den Rückenschmerzen noch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei, was sich mit der damaligen Auffassung des Beschwerdeführers deckte. Dieser verwies bei der Anmeldung vom 7. September 2012 allein auf eine Depression als gesundheitliche Beeinträchtigung (IV-Nr. 2 S. 7 Ziff. 6.2), stellte bei den anschliessenden Abklärungen ganz seine psychischen Probleme in den Vordergrund (s. z.B. Angaben im Gutachten von Dr. med. B.____, IV-Nr. 30 S. 6 ff.) und hielt im Intakegespräch fest, er habe trotz seiner Rückenschmerzen arbeiten können (IV-Nr. 13 S. 3). Gemäss Bericht vom 9. Oktober 2014 gab der Beschwerdeführer demgegenüber massive Schmerzen an, welche den Schlaf störten, wovon bislang nie die Rede gewesen war. Dabei ist zu betonen, dass sich diese Beschwerdeschilderung laut Dr. med. G.____ durch die Befunde objektivieren lässt. Zusammenfassend erlauben die Berichte von Dr. med. G.____ zwar keine abschliessende Beurteilung des Leistungsbegehrens, aber sie enthalten genügend Anhaltspunkte, um eine relevante gesundheitliche Verschlechterung seit der Leistungsverweigerung vom

E. 4.1

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

E. 4.2

Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 34 f.) weist einen Zeitaufwand von 7,84 Stunden aus. Darin ist reiner Kanzleiaufwand enthalten, der 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 (4 x 0,17 = 0,68 Stunden) sowie die Einreichung der Kostennote am 8. Mai 2017 (0,33 Stunden). Der Brief an einen Dr. med. I. ___ vom 25. Januar 2017 (0,17 Stunden) wurde weder dem Gericht eingereicht noch in der folgenden Eingabe vom 6. Februar 2017 (A.S. 18 ff.) erwähnt. Dieser Aufwand muss daher als verfahrensfremd gelten und gestrichen werden. Der nachprozessuale Aufwand schliesslich ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 6,16 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1'540.00 ergibt. Was die Auslagen über CHF 36.90 betrifft, so sind die 13 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT, 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 30.40. Einschliesslich CHF 125.65 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 1'696.05. 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

E. 7

Juli 2014 glaubhaft zu machen. Damals bestand noch eine volle Arbeitsfähigkeit, während nun die Beurteilung durch Dr. med. G. ___ ein Indiz für eine Einschränkung bildet. Die Beschwerdegegnerin hat zu klären, ob eine solche tatsächlich vorliegt, sowie gegebenenfalls das genaue Ausmass und die Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad zu ermitteln. Die Stellungnahme der RAD-Ärztin reicht nicht aus, um die Auffassung von Dr. med. G. ___ als von vornherein unerheblich abzutun; die Feststellung, «angepasste» Arbeiten seien uneingeschränkt möglich, genügt hierfür nicht, da kein Zumutbarkeitsprofil umschrieben wird.

3.2.3 Die angefochtene Verfügung wird folglich in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Sache zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen, damit diese auf die Neuanschuldung eintritt, den Sachverhalt abklärt und sodann materiell über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers verfügt.

Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die beantragte öffentliche Verhandlung.

4.

4.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 34 f.) weist einen Zeitaufwand von 7,84 Stunden aus. Darin ist reiner Kanzleiaufwand enthalten, der 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 (4 x 0,17 = 0,68 Stunden) sowie die Einreichung der Kostennote am 8. Mai 2017 (0,33 Stunden).

Der Brief an einen Dr. med. I.____ vom 25. Januar 2017 (0,17 Stunden) wurde weder dem Gericht eingereicht noch in der folgenden Eingabe vom 6. Februar 2017 (A.S. 18 ff.) erwähnt. Dieser Aufwand muss daher als verfahrensfremd gelten und gestrichen werden.

Der nachprozessuale Aufwand schliesslich ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 6,16 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1■540.00 ergibt.

Was die Auslagen über CHF 36.90 betrifft, so sind die 13 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT, 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 30.40. Einschliesslich CHF 125.65 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 1■696.05.

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. 1bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20).

Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 19. Dezember 2016 wird in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Sache zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen, damit diese auf die Neuanschuldung vom 28. August 2015 eintritt und im Sinne der Erwägungen verfährt.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1■696.05 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 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 Haldemann

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