

SO_GERICHTE VSBES.2017.28 vom 24. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.28_d20171024

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.28 du 24 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.28 del 24 ottobre 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 B.____ (nachfolgend: Beigeladener), geboren 1960, meldete sich im August 2003 wegen Bewegungseinschränkungen der linken Schulter nach einem Sturz von einem Gerüst bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). In seiner Tätigkeit als Maler war er seit dem 1. Oktober 2002 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 5). 1.2 Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beigeladenen zunächst Eingliederungsmassnahmen in Form von Hilfe bei der Stellensuche. Diese Bemühungen wurden am 24. Mai 2004 erfolglos eingestellt (IV-Nrn. 15 und 33). 1.3 Die Unfallversicherung Suva sprach dem Beigeladenen mit Verfügung vom 11. Oktober 2004 (IV-Nr. 40) aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 19 % eine Invalidenrente ab dem 1. Juli 2004 zu. Zusätzlich erhielt dieser eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerdegegnerin verfügte ihrerseits am 21. Dezember 2004 (IV-Nr. 41) die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Oktober 2003 bis 30. Juni 2004. Ab dem 1. Juli 2004 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 %, eine leichte Tätigkeit sei zumutbar.

E. 2

2.1 Am 25. Oktober 2009 meldete sich der Beigeladene wiederum bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 44). Vom 1. Januar bis 30. September 2009 war er zu 100 % als Betriebsmitarbeiter in einem Malergeschäft tätig gewesen. Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden die Schulterproblematik seit dem Unfall im Jahr 2002 sowie ein seit Juni 2009 bestehender Bluthochdruck angegeben. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 4. Juni 2009 100 %. 2.2 Die Beschwerdegegnerin klärte den Sachverhalt medizinisch ab und liess den Beigeladenen unter anderem durch die Begutachtungsstelle C.____ am 23. August 2010 begutachten (IV-Nr. 83.1 - 83.3). 2.3 Per 11. Januar 2012 konnte der Beigeladene eine 100 %-Stelle als Mitarbeiter (Aufgabenbereich Malen, Reinigen, Pflegen, Hauswartarbeiten) bei der D.____ AG antreten (IV-Nr. 96). 2.4 Mit Vorbescheid vom 30. Januar 2012 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beigeladenen in Aussicht, ihm ab dem 1. Juni 2010 eine ganze Rente, ab dem 1. Januar 2011 eine Viertelsrente und ab dem 1. August 2011 keine Rente auszurichten (IV-Nr. 97). Die Aufhebung des Rentenanspruchs wurde mit dem Stellenantritt begründet. Mit Verfügung vom 19. April 2012 (IV-Nr. 101) wurden die Leistungen demgemäss zugesprochen.

E. 3

3.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Zusprache einer Invalidenrente nach einer Neuanschuldung vom 29. März 2014 durch Verfügungen vom 13. Dezember 2016 und 19. Januar 2017, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

3.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 4.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 5

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchs begründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

5.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). 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 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

6. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung – vorliegend am 19. April 2012 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. Dezember 2016 bzw. 19. Januar 2017.

6.1 Zum Zeitpunkt der letztmaligen Rentenprüfung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ (Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für Kardiologie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH), vom 23. August 2010 (IV-Nr. 83.1-83.3) ab. Demgemäss lagen beim Beigeladenen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 83.1 S. 32): 1. Schwer einstellbare arterielle Hypertonie unklarer Aetiologie, - rezidivierende hypertensive Krisen, - chronische Kopfschmerzen mit Übelkeit und Synkopen unter Therapie, - Echo 6/09: leichte konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, diffus leicht eingeschränkte EF biplan von 47 %, - Therapiepause 2006 bis 2009, - Hyperaldosteronismus bei Hypokaliämie möglich, - Nebennierenknoten (17 mm, CT 1/06), DD Phäochromozytom. 2. Chronischer, ungerichteter invalidisierender Schwindel mit Präsynkopen Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden mögliche akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine leichte Anpassungsstörung, eine leichte Aorteninsuffizienz, eine posttraumatische Omarthrose links sowie atypische Sensibilitätsstörungen bei normaler neurologischer Untersuchung 8/09 genannt. Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Arbeitsunfähigkeit gesehen, wegen der schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie seien aber mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten bis auf weiteres seit Juli 2009 nicht zumutbar. Für leichte körperliche Tätigkeiten, insbesondere sitzend oder stehend, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

6.2 Für die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung(en) sowie zur Prüfung der Streitfrage sind im Wesentlichen das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.____

sowie die nachfolgend eingegangenen Berichte relevant: 6.2.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. August 2015 (IV-Nr. 139.1) wurde von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin FMH, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, erstellt. Der allgemeinmedizinische und psychiatrische Befund fielen unauffällig aus. In psychiatrischer Hinsicht sei der Beigeladene affektiv teilweise dysphorisch, gereizt und unsicher. Eine Deprimiertheit oder Affektlabilität sowie Ängstlichkeit seien während der Exploration nicht festgestellt worden. Der Antrieb sei normal ausgeprägt. Interessen seien normal vorhanden (Fotografieren, Ferien). Ein sozialer Rückzug bestehe teilweise, aber nicht vollständig. Insgesamt ergebe sich der Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitszüge. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien aber nicht erfüllt, da der Beigeladene seit ca. 30 Jahren glücklich mit seiner Ehefrau liiert, mehrheitlich arbeitstätig gewesen sei und sich einen gewissen Wohlstand erarbeitet habe. Er scheine auch nicht im Speziellen unter seiner sozialen Situation zu leiden. Anhaltspunkte für das Vorhandensein anderer psychiatrischer Auffälligkeiten oder Diagnosen seien weder aufgrund der Aktenlage noch der Anamnese gefunden worden. Insbesondere lägen keine depressiven Symptome vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. In der rheumatologischen Beurteilung wird festgehalten, nach einem Sturz des Beigeladenen von einem Gerüst 2002 und darauffolgender persistierender Schmerzen sei eine Abklärung erfolgt, die das Vorliegen einer Omarthrose links bei intakter Rotatorenmanschette ergeben habe. Die Suva habe den bis anhin ausgeübten Beruf als Maler als nicht mehr zumutbar eingestuft. Am 30. September 2013 sei dieser dann auf glattem Untergrund auf beide Knie gestürzt. Seitdem bestünden Schmerzen, eine deutliche Ergussbildung und eingeschränkte Beweglichkeit der Kniegelenke. Die MR-Abklärungen hätten neben dem Vorliegen von degenerativen Knorpelveränderungen auch Meniskusveränderungen gezeigt, die arthroskopisch beseitigt worden seien. Unverändert bestünden Schmerzen mit belastungsabhängiger Zunahme, eine Einschränkung in der Beweglichkeit und eine klinisch ausgeprägte Ergussbildung. Das zeige sich auch auf den Verlaufs-MRT-Bildern. Die Meniskusschäden seien nicht mehr vorhanden gewesen bzw. es habe MR-tomographisch ein Status nach den arthroskopischen Eingriffen bestanden. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des Gelenkknorpels seien aber im Vergleich zu den Voraufnahmen progredient. Des Weiteren leide der Beigeladene seit Jahren an Rückenbeschwerden, klinisch fänden sich eine deutliche Hyperkyphose und eine konsekutive Bewegungseinschränkung der Brust- sowie Lendenwirbelsäule. Anamnestisch bestehe ein Status nach Morbus Scheuermann. Die klinische Untersuchung der linken Schulter und der Knie sei aufgrund der Schmerzsituation nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Betreffend die linke Schulter hätten sich ähnliche Befunde gezeigt wie anlässlich der abschliessenden Untersuchung durch den Suva-Kreisarzt. Schwierig zu erklären, jedoch möglicherweise schmerzbedingt, seien die Kraftdefizite im Bereich der linken Rotatorenmanschette und Oberarmmuskulatur. Ein wesentliches Umfangsdefizit finde sich nicht. Dies sei insofern nicht verwunderlich, als dass der Beigeladene angebe, schmerzprovozierende Bewegungen soweit möglich zu vermeiden. Eindrücklich sei die Ergussbildung in beiden Kniegelenken, alleine durch die Kapselspannung komme es dadurch zu einer verringerten Beweglichkeit bzw. einer leichten Flexionsfehlstellung bereits in Ruhe, wie es sich anlässlich der klinischen Untersuchung präsentiere. Die Untersuchung sei aufgrund der Schmerzen erschwert gewesen, die MRT-Aufnahmen vor und nach den durchgeführten Arthroskopien sprächen aber ein deutliches Bild. Im rechten

Knie liege eine im Verlauf progrediente Chondropathie Grad III-IV in praktisch allen Kompartimenten vor. Linksseitig sei vorwiegend das seitliche Kompartiment betroffen. Es handle sich somit um eine persistierende Ergussbildung bei beidseitigen Gonarthrosen mit aktuell entsprechend deutlich verringerter Belastbarkeit und v.a. auch Bewegungsausmass. Des Weiteren bestünden klinisch eine deutliche Hyperkyphose und stark eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- sowie Lendenwirbelsäule. Gemäss Angaben des Beigeladenen sei bei ihm früher ein Morbus Scheuermann diagnostiziert worden. Ein solcher führe in der Regel zu einer Hyperkyphose. Von Seiten des Achsenskeletts sei der Beigeladene gemäss seinen Angaben aber relativ beschwerdefrei. Zusammengefasst lägen eine beidseitige, rechtsbetonte Gonarthrose, eine Omarthrose links sowie eine Fehlförmigkeit des Achsenskeletts vor, am ehesten bedingt durch einen Status nach Morbus Scheuermann, wobei die Beeinträchtigungen durch die Kniegelenksproblematik derzeit im Vordergrund stünden. In der zusammenfassenden Beurteilung kommen die Gutachter zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 139.1 S. 37): 1. Persistierender, ausgedehnter Gelenkserguss Knie beidseits mit / bei: - trikompartimentärer Gonarthrose rechts, medial betonter Gonarthrose links, - Status nach arthroskopischer subtotaler Menishektomie medial, Entfernung freier Gelenkkörper und Knorpelglättung sowie Plica-Resektion Knie rechts 24. Juni 2014, - arthroskopischer Teilmenishektomie medial sowie Entfernung freier Gelenkkörper Knie links 14. Oktober 2014, - Status nach Punktion und nachfolgender Infiltration Knie rechts mit Bupivacain 0,5 % und Kenacort 40 mg 14. Oktober 2014 - Status nach Kniekontusion / Distorsion beidseits 30. September 2013. 2. Gemäss Unterlagen Omarthrose links mit / bei: - im MRT der Schulter links vom 17. Dezember 2002 intakter Rotatorenmanschette, deutlichen Knorpelveränderungen im Sinne einer Arthrose glenoidal, als auch im Bereich der Humeruskalotte, - wahrscheinlicher Kontusionierung / Distorsion Schulter links durch Sturz von Gerüst am 1. September 2002. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie eine Hyperkyphose thorakal bei Status nach Morbus Scheuermann (anamnestisch) festgehalten. Bei der gemeinsamen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig, da von psychiatrischer Seite keine Beeinträchtigung vorliege, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Von rheumatologischer Seite seien theoretisch maximal noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, jedoch hauptsächlich im Sitzen auszuführende Arbeiten möglich, dies unter Ausschluss sämtlicher Arbeiten, welche dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe, insbesondere auf Gerüsten, Gehen auf unebenem Grund sowie andauerndes oder wiederholtes Knien erforderten. Aufgrund der Rückenveränderungen wäre es sinnvoll, wenn der Beigeladene rein wechselbelastende Tätigkeiten ausüben könnte, dies sei jedoch aufgrund der Gonarthrosen nicht möglich, so dass er vermehrter Pausen bedürfe, was das Rendement um 20 % reduziere. Die Einschränkungen betreffend Belastung der linken Schulter gälten mindestens seit 2002, diejenigen der Kniegelenke seit 2014. Zum jetzigen Zeitpunkt sei aus rheumatologischer Sicht jedoch keine Arbeitsfähigkeit gegeben, denn es bestünden ein Jahr nach einem arthroskopischen Eingriff beidseitig ausgeprägte Kniegelenksergüsse, welche die Beweglichkeit und Belastung der Kniegelenke massiv einschränkten und zudem schmerzhaft seien. Hier müssten zunächst therapeutische Massnahmen erfolgen. Man empfehle eine Verlaufsbeurteilung in sechs Monaten. Langfristig könne, da Arthrosen mit der Zeit fortschreiten würden, die Notwendigkeit eines Gelenkersatzes von

rheumatologischer Seite sowohl der Knie- als auch der Schultergelenke nicht ausgeschlossen werden. Die zuletzt vom Beigeladenen ausgeübte Tätigkeit als Hauswart dürfte, soweit beurteilbar, nicht den oben genannten Kriterien entsprechen, so dass sie aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar sei.

6.2.2 Wie im oben zitierten Gutachten empfohlen, holte die Beschwerdegegnerin im Sinne einer Verlaufsbeurteilung nach sechs Monaten einen Arztbericht beim behandelnden Orthopäden, Dr. med. E.____, ein. Dieser datiert vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 157). Als Diagnosen werden dort aufgeführt: - Zunehmende belastungsabhängige Beschwerden mit rezidivierenden Ergussbildungen Knie beidseits bei Status nach Arthroskopie Knie links, Teilmenisektomie medial, Entfernen beider Gelenkskörperchen, Status nach Punktion und nachfolgender Infiltration Knie rechts am 14. Oktober 2014 - Postoperative Nachblutung mit Nachbehandlung auf dem Notfall des Spitals Zofingen Die Arbeitsunfähigkeit als Hauswart oder Maler betrage 100 %. Der Zustand sei sich verschlechternd. Gesamthaft sei mit einer Zunahme der arthrotischen Veränderungen beider Kniegelenke zu rechnen. Somit seien schwere körperliche Tätigkeiten wie die eines Hauswarts oder Malers nur noch bedingt umsetzbar. Insbesondere sei das Heben und Tragen von Lasten, Besteigen von Leitern oder Tätigkeiten in kniender / beugender Position auf Dauer nicht mehr zumutbar. Leichtere körperliche Tätigkeiten wie leichtere Bürotätigkeiten, Führen von Kraftfahrzeugen wie PKW oder kleineren Lieferfahrzeugen seien durchaus denkbar. Das Führen von schweren Lastkraftwagen werde nicht als sinnvoll erachtet. Festzuhalten ist bezüglich dieses Berichts, dass dieser auf einer letztmals am 11. Juni 2015 stattgefunden Untersuchung beruhte (IV-Nr. 157 S. 6).

6.2.3 In seinem Bericht vom 1. März 2016 (IV-Nr. 159) hielt der RAD-Arzt Dr. med. F.____ fest, dem Beigeladenen sei seine angestammte Tätigkeit als Flachmaler und Hauswart seit 2014 nicht mehr zumutbar. Eine Verweistätigkeit sei, nachdem sich der Zustand der Knie seit August 2015 weiter gebessert habe, ab dem 9. Februar 2016 zu 100 % zumutbar, mit einer Leistungseinbusse von 20 %. Die Verweistätigkeit umfasse leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeiten wie leichtere Bürotätigkeit, Führen von Kraftfahrzeugen wie PKW oder kleineren Lieferfahrzeugen. Zu vermeiden sei repetitives Heben und Tragen von Lasten, Besteigen von Leitern oder Tätigkeiten in kniender/beugender Position, dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten auf Gerüsten sowie längeres Gehen auf unebenem Boden.

6.2.4 Weil laut eines Berichts des Hausarztes des Beigeladenen, Dr. med. L.____, vom 25. April 2016 eine erneute Untersuchung der Knie in Aussicht stand, holte die Beschwerdegegnerin erneut einen Arztbericht bei Dr. med. E.____ ein, welcher vom 28. Juni 2016 datiert (IV-Nr. 170). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind dort aufgeführt: - kernspintomographischer Nachweis einer Progredienz der Gonarthrose rechts - fortbestehende Gonarthrose Knie links - persistierende Ergussbildungen Knie beidseits Nebendiagnosen - Flexionslimitierung links 90° bei 10° Streckdefizit - Flexionslimitierung rechts 100° bei 10° Streckdefizit (Status 20. Juni 2016) - zunehmende belastungsabhängige Beschwerden mit rezidivierenden Ergussbildungen Knie beidseits bei Status nach Arthroskopie Knie links, Teilmenisektomie medial, Entfernen freier Gelenkskörperchen, Punktion und nachfolgender Infiltration Knie rechts 14. Oktober 2014 - postoperative Nachblutung mit Nachbehandlung auf dem Notfall im Spital Zofingen Die Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Hauswart betrage seit Juni 2014 100 %. Die letzten Untersuchungen hätten am 20. und 27. Juni 2016 stattgefunden. Aus orthopädischer Sicht sei die Gonarthrose im rechten Kniegelenk nachweislich fortschreitend. Im linken Kniegelenk sei sie gemäss aktuellem Kernspintogramm vom 21. Juni 2016 stationär.

Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei körperlicher Belastung wie zuletzt als Hauswart nicht mehr gegeben. Es sei davon auszugehen, dass im Alter von 56 Jahren auch mit einer optionalen Implantation einer Knie-Totalprothese keine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden könne. Zumutbar wären leichtere körperliche Tätigkeiten wechselhaft mit Sitzen, bspw. Chauffeur-Tätigkeiten, jedoch ohne Ladetätigkeit oder Tätigkeiten in knienden Positionen. Solche könnten zumindest in einem Zeitfenster von drei bis vier Stunden nach Belastungserprobungen angedacht werden. In einem gleichentags an den Hausarzt erstatteten Bericht (IV-Nr. 170 S. 7 f.) äussert sich Dr. med. E. ___ dahingehend, dass die Gonarthrose links weiterhin evident vorhanden sei, mit synovialen Verdickungen und Ödembildungen, die auf eine Belastungssituation und Schmerzsituation hinweisen würden. Im MRT des rechten Kniegelenks zeige sich eine Zunahme femorotibial sicher vierten Grades, was bedeute, dass kein Knorpel mehr vorhanden sei. 6.2.5 Der RAD-Arzt Dr. med. F. ___ hielt am 16. August 2016 (IV-Nr. 172) fest, er verweise bezüglich des Zumutbarkeitsprofils weiterhin auf seine Einschätzung vom 1. März 2016, wo er die zumutbare Verweistätigkeit im Detail charakterisiert bzw. die gutachterliche Darlegung übernommen habe. Es sei unbestritten, dass das Knieleiden fortschreite und in Zukunft weitere, diagnostische / therapeutische Massnahmen wahrscheinlich seien. Es bestehe jedoch kein Anlass, auf die frühere Stellungnahme zurückzukommen, die sich streng am Gutachten und an den Arztberichten orientiere.

E. 7

7.1 Im vorliegenden Fall ist die diagnostische Einschätzung, die im Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ vom 17. August 2015 vorgenommen wurde, unbestritten geblieben. Auch ein – zumindest zeitweiser – Eintritt einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes seit der letzten materiellen Rentenprüfung ist nicht streitig. In dieser Hinsicht erachten die Parteien das Gutachten demnach als beweiskräftig und dem ist auch zuzustimmen. Das Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Es wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten und Fachärztinnen erstellt, beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse, die Befunde wurden nach eingehender Untersuchung des Beigeladenen erhoben und die daraus getroffenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Es bestehen in diagnostischer Hinsicht auch keinerlei Diskrepanzen zu anderen vorliegenden Arztberichten oder den subjektiven Angaben des Beigeladenen. Es kann demnach auf die gutachterlichen Erkenntnisse abgestellt werden. Demnach steht fest, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung gegenüber der letzten materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Während zum damaligen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit vorlag bzw. der Beigeladene eine Vollzeitstelle bekleidete, war zum Zeitpunkt der Begutachtung am 17. August 2015 gar keine Arbeitsfähigkeit gegeben. 7.2 Nicht einverstanden ist die Beschwerdeführerin – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sowie des Beigeladenen – damit, dass die Rente unbefristet zugesprochen wurde, nachdem die Beschwerdegegnerin diese im Vorbescheid vom 13. April 2016 (IV-Nr. 163) noch befristet hatte. Darin war die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass seit dem 9. Februar 2016 (Berichterstattung durch Dr. med. E. ___) leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeiten, in einem vollen Pensum mit einer Leistungseinbusse von 20 % zumutbar seien und der Beigeladene damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne. Somit sei die zuzusprechende befristete Rente per 1. Juni 2016 einzustellen. Dieser Bericht beruhte jedoch auf Ergebnissen einer

Untersuchung vom 11. Juni 2015, also vor der Erstattung des Gutachtens bzw. auf einer Interpretation dieses Berichts und des Gutachtens durch den RAD am 1. März 2016 (IV-Nr. 159). Das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ äussert sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht mehr gegeben sei. Diese Einschätzung ist unwidersprochen geblieben. Als «theoretisch» möglich werden im Gutachten leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen auszuführende Arbeiten erachtet, wobei gewisse weitere Einschränkungen gälten (kein dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, kein Steigen auf Treppen oder Leitern, kein Arbeiten in der Höhe, kein Gehen auf unebenem Grund, kein andauerndes oder wiederholtes Knien). Aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs wird bei einer solchen Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % postuliert. Dieses, von den Gutachtern ausdrücklich als theoretisch bezeichnete Tätigkeitsprofil erachteten die Gutachter zum Begutachtungszeitpunkt aber ebenfalls nicht als zumutbar, weil ein Jahr nach den arthroskopischen Eingriffen an den Knien noch ausgeprägte Gelenkergüsse bestanden, die die Beweglichkeit und Belastung der Knie massiv einschränkten und schmerzhaft seien. Es wurde klar dargelegt, dass aufgrund dessen auch in einer Verweistätigkeit im Moment keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Das festgelegte angepasste Tätigkeitsprofil konnte nach gutachterlicher Einschätzung erst für die Zukunft, nach der Durchführung allfälliger Therapiemassnahmen und deren Erfolg gelten. Daher wurde auch eine Verlaufsbeurteilung nach sechs Monaten empfohlen. Bereits im Gutachten wurde aber darauf hingewiesen, dass langfristig die Notwendigkeit eines Gelenkersatzes der Kniegelenke und des Schultergelenks nicht ausgeschlossen sei, da Arthrosen mit der Zeit fortschreiten würden. Es wurde also bereits im Gutachten eine eher ungünstige Prognose gestellt. Die empfohlene Verlaufsbeurteilung ist mit dem Arztbericht des behandelnden Orthopäden, Dr. med. E.____, Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet, erfolgt. Er berichtete am 28. Juni 2016 über eine mittels Bildgebungen nachweislich fortschreitende Gonarthrose im rechten Kniegelenk. Im linken Kniegelenk wurde der Zustand als stationär betrachtet. Dementsprechend ist seit dem Zeitpunkt der Begutachtung keine Besserung des Zustandes eingetreten, sondern eher eine Verschlechterung, wie auch im Gutachten schon prognostiziert. Insbesondere die dort als schmerzhaft bezeichneten Gelenkergüsse sind nach wie vor vorhanden. Folgerichtig ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus. 7.3 Offenbar wurden nach der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.____ keine Therapiemassnahmen eingeleitet, wie es im Gutachten empfohlen worden war. Die Beschwerdegegnerin hat darauf verzichtet, den Beigeladenen im Sinne eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufzufordern, solche einzuleiten, und ihm für den Fall der Nichtbeachtung eine Verweigerung der Leistungen angedroht. Dabei stützte sie sich – wie sich dem im Rahmen der Beschwerdeantwort eingereichten Protokollauszug (dieser war bereits in den Akten enthalten, vgl. Protokolleintrag vom 17. Oktober 2016) entnehmen lässt – auf die am 28. Juni 2016 getroffene Einschätzung von Dr. med. E.____, dass keine therapeutischen Optionen mehr bestünden, die eine Veränderung des Zustandes herbeiführen könnten. Wie dieser in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 (IV-Nr. 170) festhält, erachtet er auch die Implantation einer Knie-Prothese dahingehend als nicht zielführend. Dabei konnte er sich auf aktuellste Bildgebungen stützen, die eine fortschreitende Gonarthrose im rechten Kniegelenk und einen stationären Zustand bezüglich des linken Knies objektiv belegen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann bezüglich des gesundheitlichen

Zustands auf die Berichterstattung von Dr. med. E.____ abgestellt werden. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beigeladenen nicht zur Ergreifung von Therapiemassnahmen aufforderte, weil damit keine Besserung des Zustandes mehr zu erwarten war. Angesichts seines Alters darf auch in Frage gestellt werden, ob ein derart einschneidender Eingriff wie die Einsetzung von zwei Kniegelenksprothesen verhältnismässig gewesen wäre. Daran ändert auch die Einschätzung des RAD-Arztes, der kein Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet ist, nichts. Dieser beschränkt sich in seiner Stellungnahme vom 16. August 2016 darauf, auf seine bisherige Einschätzung zu verweisen, die er gestützt auf das Gutachten abgegeben habe. Dort hatte er eine zumutbare Verweistätigkeit formuliert bzw. das im Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ festgehaltene angepasste Tätigkeitsprofil übernommen. Wie bereits erwähnt, konnte dieses nur unter der Voraussetzung einer Besserung des Zustandes nach den arthroskopischen Eingriffen an den Knien gelten. Eine solche Besserung ist aber in der Folge nicht eingetreten. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingeleitet hat. 7.4 Ebenso hat die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet, vor dem Entscheid über einen allfälligen Rentenanspruch Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Dr. med. E.____ umschreibt in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 ebenfalls ein aus seiner Sicht zumutbares Tätigkeitsprofil (leichtere körperliche Tätigkeiten, wechselhaft mit Sitzen, wie zum Beispiel Chauffeur-Tätigkeiten, jedoch ohne Ladetätigkeit oder Tätigkeiten in knienden Positionen). Er stellt dieses aber unter die Bedingung einer vorangehenden Belastungserprobung (drei bis vier Stunden). Die Beschwerdegegnerin hat indessen darauf verzichtet, vor dem Entscheid über die Zusprache einer Rente Eingliederungsmassnahmen im Sinne einer Arbeitserprobung gemäss den von Dr. med. E.____ genannten Möglichkeiten einzuleiten. Dabei hält sie sich an die beweiskräftige gutachterliche Einschätzung, die von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgeht, solange nicht entsprechende Therapiemassnahmen zu einer Verbesserung des Zustandes führen. Solche Therapieoptionen sind nach dem Gesagten nicht mehr gegeben, der Zustand ist stationär bis sich weiter verschlechternd. Die Beschwerdegegnerin konnte vor diesem Hintergrund auch auf Eingliederungsmassnahmen verzichten. 8. Die Beschwerdeführerin beanstandet in ihrer Beschwerde auch die Berechnung des Valideneinkommens. Nachdem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit gegeben ist, erübrigt sich die Prüfung dieser Frage. Der Invaliditätsgrad beträgt 100 %. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). Der beigeladene Versicherte ist anwaltlich vertreten, weshalb ihm die unterliegende Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten hat (vgl. 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 [GT, BGS 615.11] in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Die Vertreterin des Beigeladenen hat eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 61 f.), gemäss welcher sie einen Aufwand von

6,66 Stunden zu CHF 250.00 pro Stunde und Auslagen von CHF 126.90 geltend macht. Der zeitliche Aufwand scheint angesichts des Aktenumfangs und der Schwierigkeit der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Die Auslagen sind ebenfalls ausgewiesen. Zuzüglich Mwst zu 8 % ergibt sich damit eine Parteientschädigung von CHF 1'935.25, die die Beschwerdeführerin dem Beigeladenen zu bezahlen hat. 9.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 40

% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4.

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a).

4.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

5.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

6. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung ■ vorliegend am 19. April 2012 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. Dezember 2016 bzw. 19. Januar 2017.

6.1 Zum Zeitpunkt der letztmaligen Rentenprüfung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ (Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für Kardiologie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH), vom 23. August 2010 (IV-Nr. 83.1-83.3) ab. Demgemäss lagen beim Beigeladenen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 83.1 S. 32):

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden mögliche akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine leichte Anpassungsstörung, eine leichte Aorteninsuffizienz, eine posttraumatische Omarthrose links sowie atypische Sensibilitätsstörungen bei normaler neurologischer Untersuchung 8/09 genannt.

Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Arbeitsunfähigkeit gesehen, wegen der schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie seien aber mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten bis auf weiteres seit Juli 2009 nicht zumutbar. Für leichte körperliche Tätigkeiten, insbesondere sitzend oder stehend, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

6.2 Für die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung(en) sowie zur Prüfung der Streitfrage sind im Wesentlichen das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ sowie die nachfolgend eingegangenen Berichte relevant:

6.2.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. August 2015 (IV-Nr. 139.1) wurde von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin FMH, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, erstellt. Der allgemeinmedizinische und psychiatrische Befund fielen unauffällig aus. In psychiatrischer Hinsicht sei der Beigeladene affektiv teilweise dysphorisch, gereizt und unsicher. Eine Depressivität oder Affektlabilität sowie Ängstlichkeit seien während der Exploration nicht festgestellt worden. Der Antrieb sei normal ausgeprägt. Interessen seien normal vorhanden (Fotografieren, Ferien). Ein sozialer Rückzug bestehe teilweise, aber nicht vollständig. Insgesamt ergebe sich der Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitszüge. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien aber nicht erfüllt, da der Beigeladene seit ca. 30 Jahren glücklich mit seiner Ehefrau liiert, mehrheitlich arbeitstätig gewesen sei und sich einen gewissen Wohlstand erarbeitet habe. Er scheine auch nicht im Speziellen unter seiner sozialen Situation zu leiden. Anhaltspunkte für das Vorhandensein anderer psychiatrischer Auffälligkeiten oder Diagnosen seien weder aufgrund der Aktenlage noch der Anamnese gefunden worden. Insbesondere lägen keine depressiven Symptome vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

In der rheumatologischen Beurteilung wird festgehalten, nach einem Sturz des Beigeladenen von einem Gerüst 2002 und darauffolgender persistierender Schmerzen sei eine Abklärung erfolgt, die das Vorliegen einer Omarthrose links bei intakter Rotatorenmanschette ergeben habe. Die Suva habe den bis anhin ausgeübten Beruf als Maler als nicht mehr zumutbar eingestuft. Am 30. September 2013 sei dieser dann auf glattem Untergrund auf beide Knie gestürzt. Seitdem bestünden Schmerzen, eine deutliche Ergussbildung und eingeschränkte Beweglichkeit der Kniegelenke. Die MR-Abklärungen hätten neben dem Vorliegen von degenerativen Knorpelveränderungen auch Meniskusveränderungen gezeigt, die arthroskopisch beseitigt worden seien. Unverändert bestünden Schmerzen mit belastungsabhängiger Zunahme, eine Einschränkung in der Beweglichkeit und eine klinisch ausgeprägte Ergussbildung. Das zeige sich auch auf den Verlaufs-MRT-Bildern. Die Meniskussschäden seien nicht mehr vorhanden gewesen bzw. es habe MR-tomographisch ein Status nach den arthroskopischen Eingriffen bestanden. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des Gelenkknorpels seien aber im Vergleich zu den Voraufnahmen progredient. Des Weiteren leide der Beigeladene seit Jahren an Rückenbeschwerden, klinisch fänden sich eine deutliche Hyperkyphose und eine konsekutive Bewegungseinschränkung der Brust- sowie Lendenwirbelsäule. Anamnestisch bestehe ein Status nach Morbus Scheuermann. Die klinische Untersuchung der linken Schulter und der Knie sei aufgrund der Schmerzsituation nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Betreffend die linke Schulter hätten sich ähnliche Befunde gezeigt wie anlässlich der abschliessenden Untersuchung durch den Suva-Kreisarzt. Schwierig zu erklären, jedoch

möglicherweise schmerzbedingt, seien die Kraftdefizite im Bereich der linken Rotatorenmanschette und Oberarmmuskulatur. Ein wesentliches Umfangsdefizit finde sich nicht. Dies sei insofern nicht verwunderlich, als dass der Beigeladene angebe, schmerzprovozierende Bewegungen soweit möglich zu vermeiden. Eindrücklich sei die Ergussbildung in beiden Kniegelenken, alleine durch die Kapselspannung komme es dadurch zu einer verringerten Beweglichkeit bzw. einer leichten Flexionsfehlstellung bereits in Ruhe, wie es sich anlässlich der klinischen Untersuchung präsentiere. Die Untersuchung sei aufgrund der Schmerzen erschwert gewesen, die MRT-Aufnahmen vor und nach den durchgeführten Arthroskopien sprächen aber ein deutliches Bild. Im rechten Knie liege eine im Verlauf progrediente Chondropathie Grad III-IV in praktisch allen Kompartimenten vor. Linksseitig sei vorwiegend das seitliche Kompartiment betroffen. Es handle sich somit um eine persistierende Ergussbildung bei beidseitigen Gonarthrosen mit aktuell entsprechend deutlich verringerter Belastbarkeit und v.a. auch Bewegungsausmass. Des Weiteren bestünden klinisch eine deutliche Hyperkyphose und stark eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- sowie Lendenwirbelsäule. Gemäss Angaben des Beigeladenen sei bei ihm früher ein Morbus Scheuermann diagnostiziert worden. Ein solcher führe in der Regel zu einer Hyperkyphose. Von Seiten des Achsenskeletts sei der Beigeladene gemäss seinen Angaben aber relativ beschwerdefrei. Zusammengefasst lägen eine beidseitige, rechtsbetonte Gonarthrose, eine Omarthrose links sowie eine Fehlform des Achsenskeletts vor, am ehesten bedingt durch einen Status nach Morbus Scheuermann, wobei die Beeinträchtigungen durch die Kniegelenksproblematik derzeit im Vordergrund stünden.

In der zusammenfassenden Beurteilung kommen die Gutachter zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 139.1 S. 37):

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie eine Hyperkyphose thorakal bei Status nach Morbus Scheuermann (anamnestisch) festgehalten.

Bei der gemeinsamen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig, da von psychiatrischer Seite keine Beeinträchtigung vorliege, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Von rheumatologischer Seite seien theoretisch maximal noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, jedoch hauptsächlich im Sitzen auszuführende Arbeiten möglich, dies unter Ausschluss sämtlicher Arbeiten, welche dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe, insbesondere auf Gerüsten, Gehen auf unebenem Grund sowie andauerndes oder wiederholtes Knien erforderten. Aufgrund der Rückenveränderungen wäre es sinnvoll, wenn der Beigeladene rein wechselbelastende Tätigkeiten ausüben könnte, dies sei jedoch aufgrund der Gonarthrosen nicht möglich, so dass er vermehrter Pausen bedürfe, was das Rendement um 20 % reduziere. Die Einschränkungen betreffend Belastung der linken Schulter gälten mindestens seit 2002, diejenigen der Kniegelenke seit 2014. Zum jetzigen Zeitpunkt sei aus rheumatologischer Sicht jedoch keine Arbeitsfähigkeit gegeben, denn es bestünden ein Jahr nach einem arthroskopischen Eingriff beidseitig ausgeprägte Kniegelenksergüsse, welche die Beweglichkeit und Belastung der Kniegelenke massiv einschränkten und zudem schmerzhaft seien. Hier müssten zunächst therapeutische Massnahmen erfolgen. Man empfehle eine Verlaufsbeurteilung in sechs Monaten. Langfristig könne, da Arthrosen mit der Zeit fortschreiten würden, die Notwendigkeit eines Gelenkersatzes von

rheumatologischer Seite sowohl der Knie- als auch der Schultergelenke nicht ausgeschlossen werden. Die zuletzt vom Beigeladenen ausgeübte Tätigkeit als Hauswart dürfte, soweit beurteilbar, nicht den oben genannten Kriterien entsprechen, so dass sie aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar sei.

6.2.2 Wie im oben zitierten Gutachten empfohlen, holte die Beschwerdegegnerin im Sinne einer Verlaufsbeurteilung nach sechs Monaten einen Arztbericht beim behandelnden Orthopäden, Dr. med. E.____, ein. Dieser datiert vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 157). Als Diagnosen werden dort aufgeführt:

Die Arbeitsunfähigkeit als Hauswart oder Maler betrage 100 %. Der Zustand sei sich verschlechternd. Gesamthaft sei mit einer Zunahme der arthrotischen Veränderungen beider Kniegelenke zu rechnen. Somit seien schwere körperliche Tätigkeiten wie die eines Hauswarts oder Malers nur noch bedingt umsetzbar. Insbesondere sei das Heben und Tragen von Lasten, Besteigen von Leitern oder Tätigkeiten in kniender / beugender Position auf Dauer nicht mehr zumutbar. Leichtere körperliche Tätigkeiten wie leichtere Bürotätigkeiten, Führen von Kraftfahrzeugen wie PKW oder kleineren Lieferfahrzeugen seien durchaus denkbar. Das Führen von schweren Lastkraftwagen werde nicht als sinnvoll erachtet.

Festzuhalten ist bezüglich dieses Berichts, dass dieser auf einer letztmals am 11. Juni 2015 stattgefundenen Untersuchung beruhte (IV-Nr. 157 S. 6).

6.2.3 In seinem Bericht vom 1. März 2016 (IV-Nr. 159) hielt der RAD-Arzt Dr. med. F.____ fest, dem Beigeladenen sei seine angestammte Tätigkeit als Flachmaler und Hauswart seit 2014 nicht mehr zumutbar. Eine Verweistätigkeit sei, nachdem sich der Zustand der Knie seit August 2015 weiter gebessert habe, ab dem 9. Februar 2016 zu 100 % zumutbar, mit einer Leistungseinbusse von 20 %. Die Verweistätigkeit umfasse leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeiten wie leichtere Bürotätigkeit, Führen von Kraftfahrzeugen wie PKW oder kleineren Lieferfahrzeugen. Zu vermeiden sei repetitives Heben und Tragen von Lasten, Besteigen von Leitern oder Tätigkeiten in kniender/beugender Position, dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten auf Gerüsten sowie längeres Gehen auf unebenem Boden.

6.2.4 Weil laut eines Berichts des Hausarztes des Beigeladenen, Dr. med. L.____, vom 25. April 2016 eine erneute Untersuchung der Knie in Aussicht stand, holte die Beschwerdegegnerin erneut einen Arztbericht bei Dr. med. E.____ ein, welcher vom 28. Juni 2016 datiert (IV-Nr. 170). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind dort aufgeführt:

Nebendiagnosen

Die Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Hauswart betrage seit Juni 2014 100 %.

Die letzten Untersuchungen hätten am 20. und 27. Juni 2016 stattgefunden. Aus orthopädischer Sicht sei die Gonarthrose im rechten Kniegelenk nachweislich fortschreitend. Im linken Kniegelenk sei sie gemäss aktuellem Kernspintomogramm vom 21. Juni 2016 stationär. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei körperlicher Belastung wie zuletzt als Hauswart nicht mehr gegeben. Es sei davon auszugehen, dass im Alter von 56 Jahren auch mit einer optionalen Implantation einer Knie-Totalprothese keine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden könne. Zumutbar wären

leichtere körperliche Tätigkeiten wechselhaft mit Sitzen, bspw. Chauffeur-Tätigkeiten, jedoch ohne Ladetätigkeit oder Tätigkeiten in knienden Positionen. Solche könnten zumindest in einem Zeitfenster von drei bis vier Stunden nach Belastungserprobungen angedacht werden.

In einem gleichentags an den Hausarzt erstatteten Bericht (IV-Nr. 170 S. 7 f.) äussert sich Dr. med. E. ___ dahingehend, dass die Gonarthrose links weiterhin evident vorhanden sei, mit synovialen Verdickungen und Ödembildungen, die auf eine Belastungssituation und Schmerzsituation hinweisen würden. Im MRT des rechten Kniegelenks zeige sich eine Zunahme femorotibial sicher vierten Grades, was bedeute, dass kein Knorpel mehr vorhanden sei.

6.2.5 Der RAD-Arzt Dr. med. F. ___ hielt am 16. August 2016 (IV-Nr. 172) fest, er verweise bezüglich des Zumutbarkeitsprofils weiterhin auf seine Einschätzung vom 1. März 2016, wo er die zumutbare Verweistätigkeit im Detail charakterisiert bzw. die gutachterliche Darlegung übernommen habe. Es sei unbestritten, dass das Knieleiden fortschreite und in Zukunft weitere, diagnostische / therapeutische Massnahmen wahrscheinlich seien. Es bestehe jedoch kein Anlass, auf die frühere Stellungnahme zurückzukommen, die sich streng am Gutachten und an den Arztberichten orientiere.

7.

7.1 Im vorliegenden Fall ist die diagnostische Einschätzung, die im Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ vom 17. August 2015 vorgenommen wurde, unbestritten geblieben. Auch ein ■ zumindest zeitweiser ■ Eintritt einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes seit der letzten materiellen Rentenprüfung ist nicht streitig. In dieser Hinsicht erachten die Parteien das Gutachten demnach als beweiskräftig und dem ist auch zuzustimmen. Das Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Es wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten und Fachärztinnen erstellt, beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse, die Befunde wurden nach eingehender Untersuchung des Beigeladenen erhoben und die daraus getroffenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Es bestehen in diagnostischer Hinsicht auch keinerlei Diskrepanzen zu anderen vorliegenden Arztberichten oder den subjektiven Angaben des Beigeladenen. Es kann demnach auf die gutachterlichen Erkenntnisse abgestellt werden. Demnach steht fest, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung gegenüber der letzten materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Während zum damaligen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit vorlag bzw. der Beigeladene eine Vollzeitstelle bekleidete, war zum Zeitpunkt der Begutachtung am 17. August 2015 gar keine Arbeitsfähigkeit gegeben.

7.2 Nicht einverstanden ist die Beschwerdeführerin ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sowie des Beigeladenen ■ damit, dass die Rente unbefristet zugesprochen wurde, nachdem die Beschwerdegegnerin diese im Vorbescheid vom 13. April 2016 (IV-Nr. 163) noch befristet hatte. Darin war die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass seit dem 9. Februar 2016 (Berichterstattung durch Dr. med. E. ___) leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeiten, in einem vollen Pensum mit einer Leistungseinbusse von 20 % zumutbar seien und der Beigeladene damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne. Somit sei die zuzusprechende befristete Rente per 1. Juni 2016 einzustellen. Dieser

Bericht beruhte jedoch auf Ergebnissen einer Untersuchung vom 11. Juni 2015, also vor der Erstattung des Gutachtens bzw. auf einer Interpretation dieses Berichts und des Gutachtens durch den RAD am 1. März 2016 (IV-Nr. 159).

Das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ äussert sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht mehr gegeben sei. Diese Einschätzung ist unwidersprochen geblieben. Als «theoretisch» möglich werden im Gutachten leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, hauptsächlich im Sitzen auszuführende Arbeiten erachtet, wobei gewisse weitere Einschränkungen gälten (kein dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, kein Steigen auf Treppen oder Leitern, kein Arbeiten in der Höhe, kein Gehen auf unebenem Grund, kein andauerndes oder wiederholtes Knien). Aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs wird bei einer solchen Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % postuliert. Dieses, von den Gutachtern ausdrücklich als theoretisch bezeichnete Tätigkeitsprofil erachteten die Gutachter zum Begutachtungszeitpunkt aber ebenfalls nicht als zumutbar, weil ein Jahr nach den arthroskopischen Eingriffen an den Knien noch ausgeprägte Gelenksergüsse bestanden, die die Beweglichkeit und Belastung der Knie massiv einschränkten und schmerzhaft seien. Es wurde klar dargelegt, dass aufgrund dessen auch in einer Verweistätigkeit im Moment keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Das festgelegte angepasste Tätigkeitsprofil konnte nach gutachterlicher Einschätzung erst für die Zukunft, nach der Durchführung allfälliger Therapiemassnahmen und deren Erfolg gelten. Daher wurde auch eine Verlaufsbeurteilung nach sechs Monaten empfohlen. Bereits im Gutachten wurde aber darauf hingewiesen, dass langfristig die Notwendigkeit eines Gelenkersatzes der Kniegelenke und des Schultergelenks nicht ausgeschlossen sei, da Arthrosen mit der Zeit fortschreiten würden. Es wurde also bereits im Gutachten eine eher ungünstige Prognose gestellt. Die empfohlene Verlaufsbeurteilung ist mit dem Arztbericht des behandelnden Orthopäden, Dr. med. E.____, Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet, erfolgt. Er berichtete am 28. Juni 2016 über eine mittels Bildgebungen nachweislich fortschreitende Gonarthrose im rechten Kniegelenk. Im linken Kniegelenk wurde der Zustand als stationär betrachtet. Dementsprechend ist seit dem Zeitpunkt der Begutachtung keine Besserung des Zustandes eingetreten, sondern eher eine Verschlechterung, wie auch im Gutachten schon prognostiziert. Insbesondere die dort als schmerzhaft bezeichneten Gelenksergüsse sind nach wie vor vorhanden. Folgerichtig ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus.

7.3 Offenbar wurden nach der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.____ keine Therapiemassnahmen eingeleitet, wie es im Gutachten empfohlen worden war. Die Beschwerdegegnerin hat darauf verzichtet, den Beigeladenen im Sinne eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufzufordern, solche einzuleiten, und ihm für den Fall der Nichtbeachtung eine Verweigerung der Leistungen angedroht. Dabei stützte sie sich ■ wie sich dem im Rahmen der Beschwerdeantwort eingereichten Protokollauszug (dieser war bereits in den Akten enthalten, vgl. Protokolleintrag vom 17. Oktober 2016) entnehmen lässt ■ auf die am 28. Juni 2016 getroffene Einschätzung von Dr. med. E.____, dass keine therapeutischen Optionen mehr bestünden, die eine Veränderung des Zustandes herbeiführen könnten. Wie dieser in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 (IV-Nr. 170) festhält, erachtet er auch die Implantation einer Knie-Prothese dahingehend als nicht zielführend. Dabei konnte er sich auf aktuellste Bildgebungen stützen, die eine

fortschreitende Gonarthrose im rechten Kniegelenk und einen stationären Zustand bezüglich des linken Knies objektiv belegen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann bezüglich des gesundheitlichen Zustands auf die Berichterstattung von Dr. med. E. ___ abgestellt werden. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beigeladenen nicht zur Ergreifung von Therapiemassnahmen aufforderte, weil damit keine Besserung des Zustandes mehr zu erwarten war. Angesichts seines Alters darf auch in Frage gestellt werden, ob ein derart einschneidender Eingriff wie die Einsetzung von zwei Kniegelenksprothesen verhältnismässig gewesen wäre. Daran ändert auch die Einschätzung des RAD-Arztes, der kein Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet ist, nichts. Dieser beschränkt sich in seiner Stellungnahme vom 16. August 2016 darauf, auf seine bisherige Einschätzung zu verweisen, die er gestützt auf das Gutachten abgegeben habe. Dort hatte er eine zumutbare Verweistätigkeit formuliert bzw. das im Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ festgehaltene angepasste Tätigkeitsprofil übernommen. Wie bereits erwähnt, konnte dieses nur unter der Voraussetzung einer Besserung des Zustandes nach den arthroskopischen Eingriffen an den Knien gelten. Eine solche Besserung ist aber in der Folge nicht eingetreten. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingeleitet hat.

7.4 Ebenso hat die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet, vor dem Entscheid über einen allfälligen Rentenanspruch Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Dr. med. E. ___ umschreibt in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 ebenfalls ein aus seiner Sicht zumutbares Tätigkeitsprofil (leichtere körperliche Tätigkeiten, wechselhaft mit Sitzen, wie zum Beispiel Chauffeur-Tätigkeiten, jedoch ohne Ladetätigkeit oder Tätigkeiten in knienden Positionen). Er stellt dieses aber unter die Bedingung einer vorangehenden Belastungserprobung (drei bis vier Stunden). Die Beschwerdegegnerin hat indessen darauf verzichtet, vor dem Entscheid über die Zusprache einer Rente Eingliederungsmassnahmen im Sinne einer Arbeitserprobung gemäss den von Dr. med. E. ___ genannten Möglichkeiten einzuleiten. Dabei hält sie sich an die beweiskräftige gutachterliche Einschätzung, die von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgeht, solange nicht entsprechende Therapiemassnahmen zu einer Verbesserung des Zustandes führen. Solche Therapieoptionen sind nach dem Gesagten nicht mehr gegeben, der Zustand ist stationär bis sich weiter verschlechternd. Die Beschwerdegegnerin konnte vor diesem Hintergrund auch auf Eingliederungsmassnahmen verzichten.

8. Die Beschwerdeführerin beanstandet in ihrer Beschwerde auch die Berechnung des Valideneinkommens. Nachdem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit gegeben ist, erübrigt sich die Prüfung dieser Frage. Der Invaliditätsgrad beträgt 100 %. Die Beschwerde ist abzuweisen.

9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

Der beigeladene Versicherte ist anwaltlich vertreten, weshalb ihm die unterliegende Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten hat (vgl. 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 [GT, BGS 615.11] in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Die Vertreterin des Beigeladenen hat eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S.61 f.), gemäss welcher sie einen Aufwand von 6,66 Stunden zu CHF 250.00 pro Stunde und Auslagen von CHF 126.90 geltend macht. Der zeitliche Aufwand scheint angesichts des Aktenumfangs und der Schwierigkeit der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Die Auslagen sind ebenfalls ausgewiesen. Zuzüglich Mwst zu 8 % ergibt sich damit eine Parteientschädigung von CHF 1'935.25, die die Beschwerdeführerin dem Beigeladenen zu bezahlen hat.

9.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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 Fischer

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