

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 25. April 2017

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P. Fischer, Dr. F. Windisch, E. Graf Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 16 24
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A ____ vertreten durch: RA B____
Vorinstanz	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	IV-Rente

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung der Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 15. August 2016 sei aufzuheben;
2. Die Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden sei anzuweisen, das Gesuch um Entrichtung einer Invalidenrente zu bewilligen;
3. Jegliche Akten in Verbindung mit den Überwachungen seien aus den Akten zu entfernen und dürfen nicht verwendet werden;

alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Der am XX.XX.1956 geborene A___ meldete sich am 12. Dezember 2015 im Rahmen der Früherfassung bei der IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Die IV-Stelle forderte A___ anlässlich der telefonischen Besprechung vom 17. Dezember 2015 aufgrund der seit Juni 2015 bestehenden Arbeitsunfähigkeit und des Anscheins, dass die weitere Beschäftigung im bisherigen Beruf problematisch sei, zur ordentlichen IV-Anmeldung auf.
- B.** Am 22. Dezember 2015 meldete sich A___ wegen Wirbelsäule, Rücken, Arthrose in Knie und Fussgelenk bei der IV-Stelle an. Die IV-Stelle klärte in der Folge den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab und zog die Akten des Krankenversicherers bei.¹ In der Mitteilung vom 1. April 2016 wurde A___ eröffnet, dass aufgrund seiner subjektiven Krankheitsüberzeugung zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien.
- C.** Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2016 kündigte die IV-Stelle A___ an, es bestehe kein Rentenanspruch. Dagegen liess A___ am 30. Juni 2016 Einwand erheben. In der

¹ Vgl. act. 7.2/26-1ff/117

Verfügung vom 15. August 2016 bestätigte die IV-Stelle ihren Entscheid und wies das Leistungsbegehren von A___ ab.

- D. Gegen die Verfügung vom 15. August 2016 liess A___ am 15. September 2016 mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben.
- E. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 31. Oktober 2016 die Abweisung der Beschwerde.
- F. Innert erstreckter Frist liess A___ am 5. Dezember 2016 die Replik einreichen. Die IV-Stelle (ab. 1. Januar 2017: Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden) reichte die Duplik am 12. Dezember 2016 ein.

Erwägungen

1. Formelles

1.1

Gemäss Art. 57 ATSG² i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b JG³ beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG⁴).

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind.⁵

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2

² Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1)

³ Justizgesetz vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31)

⁴ Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20)

⁵ Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG, bGS 143.1)

Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht, dass aufgrund des Entscheids des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 18. Oktober 2016⁶ die aufgrund der Observierung durch einen Privatdetektiv erhobenen Daten und Berichte – insbesondere auch die neurologische Second Opinion von Dr. med. C____, Facharzt Neurologie, PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen, Zürich, vom 10. Februar 2016⁷ – nicht verwertet werden dürfen.⁸

Ob zu den Dr. med. C____ zur Verfügung gestellten Aktendokumenten auch der durch die Krankenversicherung VISANA in Auftrag gegebene Observationsbericht gehört, ergibt sich nicht aus dem Gutachten.⁹ In der Second Opinion wird jedenfalls kein (direkter) Bezug auf den erwähnten Observationsbericht genommen. Jedoch kann die Frage der Verwendbarkeit der Überwachungsakten im vorliegenden Verfahren offen gelassen werden, da die Sache ohnehin zur Neu Beurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen werden muss.

2. Materielles

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

2.1

Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Nach Art. 28 IVG haben versicherte Personen Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 %, und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid sind.

⁶ Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) *Vukota-Bojic gegen Schweiz* vom 18. Oktober 2016 (61838/10); act. 7.2/23-76ff/111

⁷ Act. 7.2/26-5ff/117

⁸ Act. 10/6f

⁹ Act. 7.2/26-8f/117

Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können.¹⁰

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht die Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 die andere medizinische These abstellt.¹¹ Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, 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 der Experten begründet sind.¹²

2.2

Uneinigkeit herrscht zwischen den Parteien insbesondere über die Frage der Abklärungspflicht. Während die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung sowie in der Vernehmlassung die Ansicht vertritt, der Sachverhalt sei ausreichend abgeklärt und beurteilt worden und es seien daher keine zusätzlichen Abklärungen notwendig, wirft der Beschwerdeführer der Vorinstanz vor, sie habe lediglich auf die Abklärungen der Krankenversicherung VISANA abgestellt, keine eigenen Abklärungen getroffen und sich

¹⁰ BGE 132 V 99 E. 4

¹¹ BGE 125 V 351 E. 3a

¹² BGE 134 V 231 E. 5.1

nicht mit den in den vorhandenen ärztlichen Unterlagen enthaltenen widersprüchlichen Informationen auseinandergesetzt.

2.2.1

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Es liegt im Ermessen des Versicherungsträgers, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann.¹³

2.2.2

Aus den vorhandenen Akten geht im Wesentlichen der folgende Sachverhalt hervor:

Im Röntgenbericht vom 1. Juli 2015 hielt Dr. med. D____, Facharzt Radiologie und Nuklearmedizin, Spital Heiden, als Befund eine mediale Gonarthrose fest.¹⁴

Dr. med. E____, Facharzt FMH Radiologie, Radiologie Nordost, Diagnosezentrum Rheintal, stellte im Bericht vom 29. Juli 2015 gestützt auf die gleichentags durchgeführte vertebrospinale Kernspintomographie diverse Befunde fest, so beispielsweise eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 sowie leicht- bis mässiggradige Osteochondrose auch in den übrigen lumbalen Segmenten L1-L4; mässige Spondylophytenbildungen lumbal sowie leicht- bis mässiggradige Facetten-Gelenksarthrosen L3/L4 bis L5/S1. Weiter kleinvolumige mediane Diskusprotrusionen L1/L2 und L2/L3 ohne Beeinträchtigung neuraler Strukturen; kleinvolumige breitflächige, median/medio-rechtslateral geringgradig nach kaudal reichende Diskushernie L3/L4, ebenfalls leicht- bis mässiggradige Spinalkanalstenose L4/L5 und kleinvolumige mediane, geringgradig nach kranial reichende und im epiduralen Fettgewebe liegende Diskushernie L5/S1.¹⁵

Im Arztbericht vom 31. Juli 2015 diagnostizierte Dr. med. F____, Facharzt Neurochirurgie, Spital Heiden, eine relativ klare Claudicatio spinalis S1 links bei Wirbelkanalstenose LW4/5 und relativ LW3/4 sowie leichter neuroforaminaler Enge L5/S1 links sowie Adipositas. In der

¹³ Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2

¹⁴ IV-act. 7.2/17-28/28

¹⁵ IV-act. 7.2/17-26/28

Beurteilung führte er aus, dass der Beschwerdeführer Spritzenangst habe. Wenn man konservativ weitermache, brauche er mindestens 4 bis 8 Wochen Zeit. Der Beschwerdeführer solle Physiotherapie machen und die Medikamente weiternehmen.¹⁶

Der behandelnde Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Heiden, stellte im detaillierten Arztzeugnis zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit folgende Diagnosen: Lumboischalgie links bei mehrsegmentaler degenerativer Spinalkanalstenose; schweres, wahrscheinlich obstruktives Schlafapnoesyndrom; medial betonte Gonarthrose links; beginnende Coxarthrosen beidseits rechts mehr als links; OSG-Arthrosen beidseits; arterielle Hypertonie sowie Adipositas. Seit 29. Juni 2015 bis auf weiteres sei er 100% arbeitsunfähig.¹⁷

Am 15. Dezember 2015 bestätigte Dr. med. G____ dem Beschwerdeführer, dass er aus medizinischen Gründen weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei, Wechseltätigkeiten im und um den eigenen Bauernhof hingegen zumutbar und sinnvoll seien.¹⁸

Dr. med. H____, Facharzt Radiologie, hielt in der Beurteilung vom 29. Dezember 2015 über das MR des linken Rückfusses fest, dass eine fortgeschrittene medial betonte Arthrose des OSG sowie fortgeschrittene Arthrose des postero-lateralen talo-kalkanearen Gelenkes bestehe.¹⁹

Im Arztbericht vom 11. Januar 2016 von Dr. med. G____ zuhanden der Vorinstanz diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine Polyarthrose, ein Schlafapnoesyndrom, eine Lumboischalgie sowie Fingerpolyarthrosen. Als Versandmitarbeiter sei er seit 29. Juni 2015 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig.²⁰

Dr. J____, Facharzt FMH Rheumatologie, Spital Heiden, diagnostizierte im Bericht vom 20. Januar 2016 eine Polyarthrose, Adipositas sowie eine arterielle Hypertonie. Bezogen auf die Polyarthrose leide der Beschwerdeführer an einem Befall der lumbalen Wirbelsäule und an einem Befall in der Peripherie mit Betonung im Bereich der Kniegelenke und der OSG.²¹

¹⁶ IV-act. 7.2/17-24/28

¹⁷ IV-act. 7.2/23-38/111

¹⁸ IV-act. 7.2/23-11/111

¹⁹ IV-act. 7.2/17-11/28

²⁰ IV-act. 7.2/17-2ff/28

²¹ IV-act. 7.2/17-9f/28

Dr. med. D___ hielt im Röntgenbericht vom 28. Januar 2016 den Befund in Bezug auf die Fingerpolyarthrosen fest.²²

In der neurologischen Second Opinion vom 10. Februar 2016 hielt Dr. med. C___ in Bezug auf die Diagnose fest, dass kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit limitierende Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen bestehe. Jedoch bestehe eine Adipositas Grad II.²³ In der Beurteilung führte er weiter aus, die Einschätzung von Dr. med. G___ vom 20. November 2015 sei zumindest hinsichtlich der Lumbalgien und spinalen Befunde versicherungsmedizinisch nicht haltbar. Es bestände keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die subjektiven Beschwerden seien ohne namhaftes klinisches Befundkorrelat und somit allenfalls im Kontext des erheblichen Übergewichts und entsprechender spinaler Überlastung interpretierbar. Zumindest in körperlich leichten bis mittelschweren, überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübten Tätigkeiten sei eine Arbeitsfähigkeit von 100% gegeben.²⁴

Dr. med. K___, Facharzt Arbeitsmedizin, stellte in der Beurteilung vom 23. März 2016 des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), fest, dass der Beschwerdeführer von Seiten des Bewegungsapparates für körperlich belastende Arbeiten limitiert sei. Die therapeutischen Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Die hausärztlich gestützte subjektive vollständige Invalidität sei nicht nachzuvollziehen. Bereits jetzt sei der Beschwerdeführer auf jeden Fall in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Eine medizinische Grundlage für eine Berentung stehe nicht im Raum.²⁵

Ergänzend führte Dr. med. K___ im RAD-Bericht vom 28. Juli 2016 aus, vorliegend stünden vor allem gesundheitliche Veränderungen am Bewegungsapparat zur Diskussion. Dies seien klare Krankheitsbilder und daher auch einfach zu beurteilen. Die ärztlichen Möglichkeiten seien noch lange nicht ausgereizt. Das Gutachten für den Krankenversicherer stelle nur ein Mosaikstein dar. Zusammenfassend seien durch den Einwand des Beschwerdeführers keine medizinisch neuen Tatsachen aufgeführt worden.²⁶

2.2.3

Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist die Aktenlage bezüglich des medizinischen Sachverhalts nicht klar. Dr. med. K___ vom RAD schätzt den Beschwerdeführer in seiner

²² IV-act. 7.2/21

²³ IV-act. 7.2/23-31/111

²⁴ IV-act. 7.2/23-32ff/111

²⁵ IV-act. 7.2/27-2/2

²⁶ IV-act. 7.2/34-2/2

Beurteilung von Seiten des Bewegungsapparates für körperlich belastende Arbeiten als limitiert ein und scheint von der Diagnose einer Polyarthrose auszugehen.²⁷ Damit bestätigt er grundsätzlich die Befunde des Rheumatologen Dr. med. J____, der Radiologen Dr. med. D____ und Dr. med. H____ sowie des Hausarztes Dr. med. G____, welche im Wesentlichen alle eine Form der Arthrose diagnostizierten.²⁸ Der Neurologe Dr. med. C____ hingegen äusserte sich in seiner second Opinion zu dieser in den Vorakten vorhandenen Diagnose nicht (direkt). Dieser Umstand wurde auch vom Beschwerdeführer gerügt, welcher gegenüber dem Krankenversicherer VISANA geltend machte, Dr. med. C____ habe sich geweigert, die durch Arthrose verursachten Beschwerden an den Hand- und Fussgelenken entgegenzunehmen, da er Neurologe sei und über solche Beschwerden nichts aussagen könne.²⁹ Dr. med. C____ führte in seinem Gutachten aus, die hiesige klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Hinweise für das Vorliegen einer Nervenwurzelkompression, einer spinalen Enge oder für ein namhaftes lumbales Vertebralesyndrom ergeben. Weiter erklärte er die Einschätzung des Hausarztes zumindest teilweise versicherungsmedizinisch als nicht haltbar.³⁰ Mit dieser Ansicht widerspricht er auch den – ihm bekannten – Ausführungen von Dr. med. E____, welcher ebenfalls eine gewisse spinale Enge festgestellt haben will.³¹ Aufgrund dieser Beispiele bestehen gewisse Zweifel, ob der medizinische Sachverhalt ausreichend sowie durch einen Facharzt der vorliegend massgebenden Fachrichtung abgeklärt wurde. Es drängt sich daher auf, den Beschwerdeführer ergänzend von einem Arzt oder einer Ärztin aus dem Fachbereich Rheumatologie begutachten zu lassen.

Erhebliche Widersprüche liegen sodann auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – soweit diesbezüglich überhaupt eine Einschätzung erfolgte – vor. Dr. med. J____ als Rheumatologe äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem Bericht nicht.³² Der behandelnde Hausarzt Dr. med. G____ erachtet für den Beschwerdeführer selbst eine behinderungsangepasste Tätigkeit als nicht zumutbar und verneint aufgrund des Krankheitsverlaufs seit Juni 2015 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Angestellter.³³ Dr. med. C____ und der RAD-Arzt Dr. med. K____ hingegen erachten den Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig.³⁴ Die vorhandenen Einschätzungen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist, weichen somit diametral

²⁷ IV-act. 7.2/27

²⁸ IV-act. 7.2/17-9f/28; IV-act. 7.2/17-11/28; IV-act. 7.2/17-28/28 und IV-act. 7.2/23-38/111

²⁹ IV-act. 7.2-26-86/117

³⁰ IV-act. 7.2/26-13f/117

³¹ IV-act. 7.2/26-8/117; IV-act. 7.2/17-26/28

³² IV-act. 7.2/17-9f/28

³³ IV-act. 7.2/17-7/28

³⁴ IV-act. 7.2/23-34/111 und IV-act. 7.2/27-2/2

voneinander ab. Das Gericht muss sich aber bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung gestellt werden, abstützen können.³⁵ Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind.³⁶

Aufgrund des nicht umfassend abgeklärten medizinischen Sachverhalts drängt sich im vorliegenden Fall auf, das Verfahren zur rheumatologischen Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 15. August 2016 ist aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Die Beschwerde erweist sich somit teilweise als begründet.

3. Kosten und Entschädigung

3.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Vorinstanz unterliegt im vorliegenden Verfahren, da die Rückweisung der Sache zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung praxisgemäss als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt.³⁷ Da der Vorinstanz gemäss Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse hat demnach dem Beschwerdeführer den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

3.2

Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Vorliegend wird die Beschwerde an die Vorinstanz zurückgewiesen, womit der Beschwerdeführer obsiegt.³⁸ Demnach hat er Anspruch auf eine Entschädigung.

³⁵ Urteil des Bundesgerichts 8C_125/2016 vom 4. November 2016 E. 2.1.1

³⁶ Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2007 vom 27. März 2008 E. 4.2

³⁷ BGE 132 V 215 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_851/2012 vom 16. April 2013 E. 4; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 205 zu Art. 61 ATSG

³⁸ E. 3.1

Im Rahmen der in Art. 61 lit. g ATSG genannten Kriterien ist für die Bemessung der Entschädigung auf die kantonale Verordnung über den Anwaltstarif³⁹ abzustellen. Die Entschädigung setzt sich zusammen aus einem Honorar und den Barauslagen. Die Mehrwertsteuer wird als Zuschlag in Rechnung gestellt (Art. 3 AT). In Verfahren vor dem Obergericht in Verwaltungssachen wird das Honorar pauschal festgelegt (Art. 13 Abs. 1 lit. c AT) und beträgt Fr. 1'000.-- bis Fr. 10'000.-- (Art. 16 Abs. 1 AT). In aussergewöhnlich aufwendigen Verfahren kann das Honorar um die Hälfte erhöht werden (Art. 16 Abs. 2 AT). Innerhalb des für eine Pauschale gesetzten Rahmens richtet sich das Honorar nach den besonderen Umständen des Falles. In Betracht fallen namentlich Art und Umfang der Bemühungen, die Schwierigkeiten des Falles sowie die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten (Art. 17 AT). Nach der Praxis des Obergerichts wird die mögliche Bandbreite der Honorare unterteilt in

- a) einfache, unterdurchschnittlich aufwändige Fälle, in denen ein Honorar von Fr. 1'000.-- bis zu Fr. 4'000.-- zu sprechen ist;
- b) mittlere Fälle, die durchschnittlich schwierige Rechts- und/oder Sachverhaltsfragen betreffen und einen durchschnittlichen Aufwand benötigten, in denen ein Honorar in der Grössenordnung von Fr. 4'000.-- bis Fr. 7'000.-- angemessen erscheint; und
- c) schwierige Fälle sowohl bezüglich Sachverhalts- und/oder Rechtsfragen, in denen überdurchschnittlich umfangreiche Eingaben notwendig waren und umfangreiche Akten zu studieren waren, was ein Honorar von Fr. 7'000.-- bis Fr. 10'000.--, bzw. in aussergewöhnlichen Fällen bis zu Fr. 15'000.-- rechtfertigt.

Der Anwalt des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht hat, weshalb die Anwaltsentschädigung nach Ermessen festzulegen ist (Art. 4 Abs. 2 AT).⁴⁰ Dem Aufwand und den Anforderungen angemessen erscheint ein Honorar aus dem unteren Bereich der Honorarpauschalen (Fr. 1'000.-- bis Fr. 4'000.--) in der Höhe von Fr. 2'500.--. Hinzu kommen pauschalisierte Barauslagen von 4 % sowie die Mehrwertsteuer von 8%, was insgesamt zu einem Honoraranspruch von Fr. 2'808.-- führt.

³⁹ Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53)

⁴⁰ Vgl. auch KIESER, a.a.O., N. 207 zu Art. 61 ATSG

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A___ wird die angefochtene Verfügung vom 15. August 2016 aufgehoben und die Sache zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse wird angewiesen, dem Beschwerdeführer den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden eine Parteientschädigung von Fr. 2'808.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz, das Bundesamt für Sozialversicherungen sowie nach Rechtskraft an die Gerichtskasse (im Dispositiv).

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 08.08.17