

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 70

## Entscheid vom 11. Februar 2022

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Simone Höfliger, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (geb. am \_\_. \_\_. 1972 im B. \_\_\_\_\_, wo er rund 12 Jahre als Steinmetz/Maurer gearbeitet hatte) lebt seit Juni 2000 in der Schweiz, wo er für verschiedene Arbeitgeber, u.a. das Hotel \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, die C. \_\_\_\_\_ AG sowie für Firmen zur Vermittlung von temporären Arbeitskräften erwerbstätig war (vgl. IV-act. 11-5/10 i.V.m. IV-act. 16 und 17).

Am 30. Juni 2021 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung für Leistungen (berufliche Integration/Rente) ein. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden wie folgt umschrieben: Nieren- und Herzprobleme, Bluthochdruck, Probleme mit Knie und Auge (vgl. IV-act. 11-6/10 Ziff. 6.1).

**B.** Nach Abklärung und Einholung diverser medizinischer Berichte nahm die RAD-Ärztin D. \_\_\_\_\_ (Allg. Innere Medizin FMH) am 24. August 2021 dahingehend Stellung, dass A. \_\_\_\_\_ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter (bei der Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_) sowie in adaptierten Tätigkeiten als 100% arbeitsfähig zu beurteilen sei (IV-act. 23). Daraufhin kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 27. August 2021 an, das Leistungsbegehren abzuweisen. Dagegen reichte A. \_\_\_\_\_ am 1. September 2021 Einwände und verschiedene Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ein (IV-act. 26).

**C.** In einer kurzen Stellungnahme vom 14. September 2021 hielt die RAD-Fachärztin D. \_\_\_\_\_ an ihrer ursprünglichen Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 100% fest (IV-act. 28). Daraufhin verfügte die IV-Stelle am 27. September 2021, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

**D.** Gegen diese Verfügung erhob A. \_\_\_\_\_ am 18. Oktober 2021 fristgerecht beim Verwaltungsgericht Beschwerde; sinngemäss ersucht er um eine neue Prüfung seiner Leistungsansprüche.

**E.** Mit Vernehmlassung vom 13. Dezember 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

In einer Eingabe vom 26. Januar 2022 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen nach.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den All-

gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG:

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.1.2** Anzuführen ist, dass der Gesetzgeber mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, u.a. ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt hat. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. Erw. 1.1.1 in fine). Allerdings gilt das stufenlose Rentensystem für Rentenansprüche ab dem 1. Januar 2022. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19.6.2020).

**1.1.3** Im konkreten Fall geht es v.a. darum, ob die am 30. Juni 2021 eingegangene IV-Anmeldung zu IV-Leistungen führt (was vom Beschwerdeführer konkludent bejaht und von der IV-Stelle verneint wird).

**1.2** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die

versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

**1.3** Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

**1.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

**1.5.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

**1.5.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c).

**1.5.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin 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 Beurteilung der medizini-

schen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.5.4** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.6** Nach konstanter Rechtsprechung darf die IV-Stelle (bzw. im Beschwerdeverfahren das Sozialversicherungsgericht) sich auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen (vom Regionalen Ärztlichen Dienst, RAD, der IV-Stellen) abstützen und mithin auch ohne Einholung eines externen Gutachtens einen Versicherungsfall nach Massgabe der eingeholten medizinischen Berichte entscheiden. Allerdings sind in solchen Fällen an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, indem bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen grundsätzlich ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. dazu statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_647/2020 vom 26.8.2021 Erw. 4.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 Erw. 5.1f. mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 in fine mit Hinweis).

**1.7** Anzuführen ist, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt beschränkt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtene-

nen Verfügung (hier der Verfügung vom 27.9.2021) verwirklicht hat (BGE 143 V 409 Erw. 2.1). Das kantonale Gericht hat aber nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil BGer 8C\_503/2021 vom 18.11.2021 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

**2.** Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt, sind den Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**2.1** In der am 29. Juni 2021 unterzeichneten IV-Anmeldung wurden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie folgt umschrieben: "Nieren- und Herzprobleme, Bluthochdruck, Probleme mit Knie und Auge" (vgl. IV-act. 11-6/10).

**2.2.1** Zuvor war der Versicherte am 15. Juni 2021 im Spital E.\_\_\_\_\_ im Rahmen der gefässmedizinischen Sprechstunde von Oberarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ untersucht worden. In seinem Bericht vom 16. Juni 2021 stellte er folgende Diagnosen (IV-act. 21-15/68):

**1. Generalisierte Arteriosklerose**

- Periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium I bds. mit/bei
- 40 bis 50%ige Stenose der mittleren A. iliaca externa bds.

**2. Koronare 1-Gefässerkrankung**

- St.n. posterolateralem NSTEMI am 10.04.21
- Koronarangiographie 10.04.21:
  - Subtotaler RCX-Verschluss distal
- TTE 10.04.21: normale linksventrikuläre Funktion (EF 68%), Hypo-kinesie posterolateral, erhöhter LVEDP (18mmHg)
- TTE 28.04.21: Global erhaltene systolische und diastolische linksventrikuläre Funktion, EF 73%
- Therapie:
  - Direct-Stenting des RCX-Verschluss am 10.04.21
  - Sekundärprophylaxe: ASS 100mg/d lebenslang, Brilique 2x90mg bis 04/22
- **cvRF:** arterielle Hypertonie Dyslipidämie, chon. Nikotinkonsum, Adipositas

**3. Chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom**

**4. COPD Gold Stadium Ia**

Weiter führte dieser Oberarzt u.a. aus, dass sich der Versicherte aufgrund von Schmerzen am Bein bds. nach 50m Gehen untersuchen liess; ausserdem habe er über Schmerzen am Rücken mit Kribbeln am Fuss bds. geklagt (IV-act. 21-16/68 oben). In der Beurteilung hielt dieser Oberarzt fest, dass eine vaskuläre Ursache der vom Versicherten geschilderten Symptomatik anhand der aktuellen

gefässmedizinischen Untersuchung nicht eruiert werden konnte. Bei Verdacht auf ein lumbospondylogenes Schmerzproblem wurde auf eine orthopädische Abklärung bei Dr. G.\_\_\_\_\_ verwiesen (IV-act. 21-16/68 unten):

**2.2.2** Am 24. Juni 2021 untersuchte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Sportmedizinische Sprechstunde, Spital E.\_\_\_\_\_) den Versicherten. Im gleichentags verfassten Bericht diagnostizierte diese Ärztin Schmerzen im thorakolumbalen Übergang sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Gehstrecke (primär nicht vaskulär bedingt); zudem wiederholte sie die bereits bekannten Diagnosen (siehe vorstehend, Erw. 2.2.1, vgl. IV-act. 21-13/68). Zur Abklärung eines pathologischen Korrelates empfahl sie eine MRI-Abklärung der BWS und LWS und nahm die entsprechenden Anmeldungen vor (IV-act. 21-14/68).

**2.2.3** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Oberärztin Tagesklinik Innere Medizin, Spital E.\_\_\_\_\_) untersuchte den Versicherten am 25. Juni 2021. Im anschliessenden Bericht vom 2. Juli 2021 an den Hausarzt (siehe nachfolgend) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 21-7/68):

**1. Hypertensive Entgleisung**

- ACE-Hemmer-Unverträglichkeit, starke Halsschmerzen

**2. Koronare 1-Gefässerkrankung**

- St.n. posterolateralem NSTEMI am 10.04.21
- Koronarangiographie 10.04.21:
  - Subtotaler RCX-Verschluss distal
- TTE 10.04.21: normale linksventrikuläre Funktion (EF 68%), Hypokinesie posterolateral, erhöhter LVEDP (18mmHg)
- TTE 28.04.21: Global erhaltene systolische und diastolische linksventrikuläre Funktion, EF 73%
- Therapie:
  - Direct-Stenting des RCX-Verschluss am 10.04.21
  - Sekundärprophylaxe: ASS 100mg/d lebenslang, Brilique 2x90mg bis 04/22
- **cvRF:** arterielle Hypertonie Dyslipidämie, chon. Nikotinkonsum, Adipositas

**3. Chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom**

**4. COPD Gold Stadium Ia**

Weiter wurde im Bericht u.a. ausgeführt, dass der Versicherte aktuell frei von kardialen Beschwerden sei. Er berichte weiterhin über starke Beinschmerzen, die bereits vor dem Herzinfarkt aufgetreten seien (IV-act. 21-8/68 oben).

**2.3** Der Hausarzt Dr.med.univ. I.\_\_\_\_\_ (Facharzt Innere Medizin, E.\_\_\_\_\_) stellte in seinem Bericht vom 21. Juli 2021 an die IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 21-3/68):

Hyperhidrosis  
Polyglobulie

Nebennieren-Adenom links  
Arterielle Hypertonie  
Myokardinfarkt bei Eingefässerkrankung mit Stunt-Versorgung 04.2021

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit enthält dieser Bericht folgende Angaben (IV-act. 21-4/68 oben):

Calciumoxalat-Ureterolithiasis links  
- St.n. ureterrenoskopischer Laserlithotrypsie eins ca. 2.5 cm grossen lumbalen Harnleiterkonkrementes links 04/2016  
- St.n. obstruktiver Pyelonephritis 04/2016  
Prä-Diabetes  
Dyslipidämie  
St.n. Inguinalhernien-Operation 08/2018  
Hochgradige Amblyopathie b. Anisometropie Auge links

Zu den Funktionseinschränkungen zählte der Hausarzt alle Tätigkeiten, bei denen eine übermässige Schweisssekretion ein Problem darstelle, z.B. Verpackung von hochwertigen Waren, Lebensmittelindustrie, Logistik, Kundenkontakt (vgl. IV-act. 21-5/68, Ziff. 3.4).

**2.4** Die RAD-Ärztin D. \_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgem. Innere Medizin FMH) nahm am 24. August 2021 wie folgt zur gesamten medizinischen Aktenlage Stellung (vgl. IV-act. 23):

Welche AF-relevanten Diagnosen/ Gesundheitsschäden liegen vor und welche Einschränkungen verursachen diese?

Keine Diagnosen/Gesundheitsschäden von längerer Dauer.

*Koronare 1-Gefässerkrankung:*

Hier erfolgte ein suffizientes Stenting bei St.n. posterolateralem NSTEMI am 10.04.21 mit Nachweis einer guten Herzfunktion (TTE 10.04.21: normale linksventrikuläre Funktion) (EF 68%)

*Arterielle Hypertonie, schwer einstellbarer Hypertonus:*

Die Therapieoptionen waren gemäss Aktenlage zu 11/20 noch nicht ausgeschöpft, zur Optimierung der Blutdruckeinstellung wurden gemäss Bericht Spital E. \_\_\_\_\_ vom 13.11.20 verschiedene Behandlungsempfehlungen abgegeben (S. 42/ Scan 26.07.21). Es ist unklar, inwieweit diese Behandlungsoptionen umgesetzt wurden. Ein langandauernder Gesundheitsschaden ergibt sich aus dieser Diagnose aufgrund der guten Behandelbarkeit nicht.

*Chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom:*

Unter den üblichen Behandlungsoptionen (Analgesie und Physiotherapie/ Manualbehandlungen) ist hier kein andauernder Gesundheitsschaden ableitbar.

*COPD Gold Stadium 1a:*

- RF: persistierender Nikotinkonsum

Durch Nikotinverzicht kann diese Erkrankung zumindest verlangsamt oder aufgehalten werden. Dieses Stadium ist aufgrund der aktuell noch geringen Einschränkungen ohne AU-Relevanz bei leichten und mittelleichten Tätigkeiten.

### *Hyperhidrosis unklarer Ätiologie ES ca. 2013*

Mögliche Behandlungsoptionen wurden noch nicht vollständig ausgeschöpft. Des Weiteren kann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus diesem Symptom nicht abgeleitet werden. Allenfalls bei hygienisch bedenklichen Tätigkeiten/ Kundenkontakt ist von Einschränkungen auszugehen. Eine einfache Tätigkeit in der Produktion ist möglich.

### *Nebennieren-Adenom links:*

Dies ist ein gutartiger Tumor der Nebennierenrinde, welcher vermutlich i.R. einer abdominalen Bildgebung (CT) aufgefallen ist. Ein Befund ist nicht vorliegend. Gemäss endokrinologischer Untersuchung USZ 05/2020 fanden sich keine Auffälligkeiten. Eine AU-Relevanz kann hier nicht nachvollzogen werden.

### *Polyglobulie:*

Zu diesem Laborwertbeschrieb finden sich keine entsprechenden Laborwerte, sodass weder die Schwere der Polyglobulie abzuschätzen ist noch werden aktenanamnestisch entsprechende funktionelle Einschränkungen beschreiben, welche auch nicht nachvollziehbar wären. Eine Polyglobulie ist sicher abklärungsbedürftig, jedoch mittels schulmedizinischer Massnahmen behandelbar und stellt keinen langandauernden Gesundheitsschaden dar.

*Ein AU-relevanter langandauernder Gesundheitsschaden ist aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht festzustellen.*

Wie hoch ist die medizinisch zumutbare AF in angestammter Tätigkeit als ehemaliger Produktionsmitarbeiter?

100%

Wie wird die medizinisch zumutbare AF in adaptierter Tätigkeit beurteilt?

100%

Was ist in der adaptierten Tätigkeit aus medizinisch theoretischer Sicht zu berücksichtigen? Zum weiteren Vorgehen?

Alle Tätigkeiten, bei denen eine übermässige Schweisssekretion ein Problem darstellt, z.B. Verpackung v. hochwertigen Waren, Lebensmittelindustrie. Logistik, Kundenkontakt. Ideal wäre eine Tätigkeit in kühler/klimatisierter Umgebung.

**2.5** Nach dem Vorbescheid vom 27. August 2021, mit welchem ein Leistungsanspruch verneint wurde (IV-act. 25), erhob der Versicherte am 1. September 2021 Einwände und machte geltend, dass bei den aktuell behandelnden Ärzten weitere medizinische Akten einzuholen seien (IV-act. 26). Zudem wurden Arztzeugnisse des Hausarztes eingereicht, wonach der Versicherte 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 3ff./15).

**2.6** Am 14. September 2021 gelangte die RAD-Fachärztin D.\_\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass eine neue medizinische Sachlage nicht dargelegt worden sei; zu den vorgebrachten Diagnosen sei bereits im RAD-Bericht vom 24. August 2021 ausführlich Stellung genommen worden (IV-act. 28). Daraufhin hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. September 2021 u.a. was folgt fest (IV-act. 30):

Unsere Abklärungen haben gestützt auf die Beurteilung des Regional Ärztlichen Dienstes (RAD) ergeben, dass kein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Die Beschwerden sind einer schulmedizinischen, ambulanten Behandlung zugänglich und therapierbar.

Es liegt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in angepassten Tätigkeit vor.

Es ist keine Invalidität gemäss Art. 8 ATSG ausgewiesen. Es besteht somit kein Anspruch auf IV-Leistungen, das Gesuch wird abgeschlossen.

**2.7.1** Am 26. November 2021 (und mithin nach Erlass der angefochtenen Verfügung) wurde der Versicherte von J. \_\_\_\_\_ (Oberärztin Kardiologie, Spital E. \_\_\_\_\_) untersucht. Im folgenden Bericht vom 7. Dezember 2021 an den Hausarzt wurde u.a. ausgeführt, dass die kardiale Vorgeschichte des Patienten kompliziert sei. Initial habe er im April 2021 einen NSTEMI erlitten, wobei eine subtotale RCX-Stenose gestentet werden konnte. Am 5. August 2021 sei eine Re-Koronarangiographie bei Thoraxschmerzen erfolgt (wobei der Stent sich durchgängig gezeigt habe und keine neuen Stenosen vorfindbar waren). Nur knapp eine Woche darauf erfolgte eine erneute koronarangiographische Untersuchung aufgrund eines NSTEMI's, wobei sich ein septaler Infarkt gezeigt habe. Es habe sich im MRI vom 12. August 2021 eine umschriebene transmurale septale Nekrose mit deutlichem Ödem (mit einem Troponinanstieg) gezeigt. In der MRI Verlaufskontrolle vom 06. Oktober 2021 habe sich das Ödem komplett regredient gezeigt, bei Status nach den zwei Infarkten entsprechend diskrete Hypokinesien bei normaler EF Am 14. Oktober 2021 sei eine erneute koronarangiographische Untersuchung erfolgt bei Thoraxschmerzen und Troponinanstieg auf 28 ng/l, wobei sich keine signifikanten Stenosen gezeigt hätten. Es bestehe der Verdacht auf eine MINOCA. Insgesamt sei die Belastbarkeit eingeschränkt, auch aufgrund diverser anderer Probleme (Adipositas, Rücken- und Beinschmerzen, vgl. Bf-act. 3).

**2.7.2** In einem weiteren Bericht vom 25. Januar 2022 führte der Hausarzt u.a. was folgt aus (Bf-act. 1):

Bezüglich des Herzens gab es im letzten Jahr mehrere Ereignisse, die einem Herzinfarkt gleichzustellen sind, weshalb der Patient einen Stent brauchte und eine verminderte Leistungsfähigkeit des Herzens hat. Es besteht eine sogenannte MINOCA, dies bedeutet, dass es zum Auftreten von Minderdurchblutungen des Herzens kommt ohne dass entsprechende Veränderungen an den Herzkranzgefässen vorhanden sind. Dies führt aber zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit und es ist nicht vorhersehbar, wann der nächste Anfall erfolgen wird. So bleibt es nur die kardiovaskulären Risikofaktoren, die Hypertonie, die Dyslipidämie zu behandeln.

Von Seiten der Lunge besteht nur eine leichte Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Es besteht aber ein sogenanntes Schlafapnoesyndrom, welches die Leistungsfähigkeit weiter einschränkt.

**3.** Eine gerichtliche Würdigung all dieser Angaben zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**3.1** Es handelt sich um einen 49-jährigen Versicherten mit multiplen Erkrankungen, die sich grundsätzlich mindestens teilweise auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirken (namentlich die koronare Herzkrankheit, die Rückenbeschwerden und die Hyperhidrosis). Es trifft an sich zu, dass die angeführten gesundheitlichen Probleme des Versicherten nach der Aktenlage ausreichend untersucht und entsprechende Behandlungsoptionen angesprochen wurden. Hingegen kann der Argumentation in der angefochtenen Verfügung, welche sich ausschliesslich auf die Einschätzung der RAD-Fachärztin abstützt und im Wesentlichen beinhaltet, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit (Lagermitarbeiter) und in angepassten Tätigkeiten uneingeschränkt (100%) arbeitsfähig sei, nicht tel quel beigepflichtet werden. Hinreichend begründete Zweifel an dieser Einschätzung der RAD-Fachärztin sind darin zu erblicken, dass der Hausarzt im Rahmen einer gesamtheitlichen Beurteilung aller Krankheitsfaktoren sinngemäss von einer reduzierten Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit ausgeht, und zwar auch für grundsätzlich leichte, adaptierte Arbeiten, was im Lichte der konkreten Umstände durchaus einleuchtet. Mit anderen Worten ist es glaubhaft, dass der Versicherte mit den dargelegten gesundheitlichen Problemen nicht mehr (im Vergleich zu gesunden Versicherten) uneingeschränkt 100% arbeitsfähig ist, zumal wenn die koronare Situation (mit 2 Koronarangiographien vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung) hinreichend mitberücksichtigt wird. Angesichts solcher begründeter Zweifel an der dargelegten Einschätzung der RAD-Fachärztin, welche eine gesamthafte Beurteilung der Auswirkungen aller gesundheitlichen Probleme auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit vermissen lässt (indem beispielsweise auch nicht eine verminderte Leistungsfähigkeit durch einen massgeblichen zusätzlichen Pausenbedarf zugestanden wurde), erweist sich die Beschwerde als begründet. Wie es sich verhalten würde, wenn die RAD-Fachärztin in ihrer Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Versicherten vom 24. August 2021 für die Summe aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen zusätzlichen Pausenbedarf und/oder pauschal eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit beispielsweise von rund 20% bis 25% anerkannt hätte, kann hier offen bleiben.

**3.2** Für eine Rückweisung an die Vorinstanz spricht aber insbesondere auch, dass in der angefochtenen Verfügung kein Einkommensvergleich durchgeführt wurde. Stellt man zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das Jahreseinkommen des Versicherten als Lagermitarbeiter bei der C. \_\_\_\_\_ AG ab, ist dem IK-Auszug zu entnehmen, dass der Versicherte für sein letztes ganzes Jahr

bei diesem Arbeitgeber per 2016 insgesamt Fr. 47'830.-- verdiente, was massiv unter dem Durchschnittseinkommen eines Hilfsarbeiters gemäss den LSE-Tabellenlöhnen liegt (gemäss der LSE 2016, Tabelle TA1, tirage skill level, Männer, Kompetenzniveau 1, beträgt der Totalwert Fr. 5'340.--, was angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden einen durchschnittlichen Jahresverdienst von Fr. 66'803.40 per 2016 ergibt, vgl. dazu beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C\_475/2020 vom 14.4.2020 Erw. 3.1). Bei einer solchen Differenz zwischen dem tatsächlichen Verdienst (Fr. 47'830.--) und dem durchschnittlichen Tabellenlohn gemäss LSE 2016 (66'803.40) im Umfange von nahezu Fr. 19'000.-- ( $66'803.40 - 47'830 = 18'973.40$ ) ist jedenfalls die Anwendung der Rechtsprechung zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. dazu beispielsweise BGE 141 V 1; 140 V 41) zu prüfen, was in der angefochtenen Verfügung nicht thematisiert wurde.

**3.3** Anzuführen ist, dass mit der vorliegenden Rückweisung an die IV-Stelle nach Auffassung des Gerichts nicht zwingend eine externe Begutachtung nötig ist. Vielmehr wäre eine solche gegebenenfalls entbehrlich, wenn im Rahmen einer gesamtheitlichen Einschätzung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die (glaubhafte) eingeschränkte Belastbarkeit bzw. für einen erhöhten Pausenbedarf eine angemessene Herabsetzung der Leistungsfähigkeit zugestanden würde, welche im Rahmen des Einkommensvergleichs (unter Einbezug der Rechtsprechung zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen) grundsätzlich zu einem IV-Rentenanspruch führen könnte.

**4.** Nach dem Gesagten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehen und alsdann über den Leistungsanspruch neu verfügen kann.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit geheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehen und alsdann über den Leistungsanspruch neu befinden kann.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Sie hat diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Konto der Postfinance 60-22238-6 des Gerichts zu überweisen.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
  - den Beschwerdeführer (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. Februar 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 15. Februar 2022