

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 12

Entscheid vom 12. Juli 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1972 im Iran, 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 B._____, die C._____ AG sowie für Firmen zur Vermittlung von temporären Arbeitskräften (zuletzt wurde er für den Zeitraum vom 30.4.2019 bis 9.7.2019 der Firma M._____ als Produktionsmitarbeiter vermittelt) erwerbstätig war (vgl. IV-act. 11,16, 17, 20, 21).

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. Die Arbeitsunfähigkeit (von 100%) sei seit 27. Juni 2018 bzw. 1. August 2019 bestehend (vgl. IV-act. 11-6/10 Ziff. 6.1).

B.1 Nach Abklärung und Einholung diverser medizinischer Berichte nahm die RAD-Ärztin N._____ (Allg. Innere Medizin FMH) am 24. August 2021 dahingehend Stellung, dass A._____ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter 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).

B.2 Mit Verfügung vom 27. September 2021 wies die IV-Stelle - nach Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 21. September 2021, mit welcher sie an ihrer ursprünglichen Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 100% festhielt - das Leistungsbegehren ab (IV-act. 28, 30).

B.3 Eine dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022 insoweit gut, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehe und alsdann über den Leistungsanspruch neu befinde (IV-act. 37).

C. Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte sowie Stellungnahme der RAD-Ärztin N._____ vom 15. September 2022 (IV-act. 49) teilte die IV-Stelle A._____ mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2022 mit, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 51). Dagegen erhob A._____ am 9. November 2022 (Posteingang am 14.11.2022) Einwände (IV-act. 54) und reichte am 19. Dezember 2022 weitere Unterlagen, insbesondere Arztberichte, ein (IV-act. 56). Nach erneuter Einholung einer Stellungnahme der RAD-Ärztin

N. _____ am 24. Januar 2023 (IV-act. 59) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von A. _____ bei einem ermittelten IV-Grad von 20% mit Verfügung vom 30. Januar 2023 ab (IV-act. 61).

D. Gegen diese Verfügung reicht A. _____ am 14. Februar 2023 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz ein, mit den Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 30.01.2023 sei aufzuheben.
2. Der Anspruch auf eine Invalidenrente für den Beschwerdeführer sei rückwirkend ab IV-Anmeldung vom 30.06.2021 noch einmal aufgrund der aktuellen medizinischen Einschätzung durch einen Drittgutachter zu prüfen.
3. Dem Beschwerdeführer sei im Verfahren vor Verwaltungsgericht ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen und die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Mit Vernehmlassung vom 17. März 2023 beantragt die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

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 Allgemeinen 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,
- auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent und,
- 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" (WEIV) 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 festge-

legt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. E. 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 Zwar erging die dem hier angefochtenen Entscheid zugrunde liegende Verfügung erst nach dem 1. Januar 2022. Vorliegend steht indessen ein ggf. noch im Jahr 2021 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion (vgl. Art 29 Abs. 1 IVG). Damit beurteilt sich die vorliegende Streitigkeit allein nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage. Da der Beschwerdeführer zudem am 1. Januar 2022 zwar das 30., aber noch nicht das 55. Altersjahr vollendet hatte, bleibt dieser Anspruch so lange bestehen, bis ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG eintritt.

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 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 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 E. 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 E. 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 E. 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 E. 3a; 122 V 157 E. 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 medizinischen 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 E. 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 BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E.

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 substanziell 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 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 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 BGer 9C_647/2020 vom 26.8.2021 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1f. mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 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 angefochtenen Verfügung (hier der Verfügung vom 30.1.2023) verwirklicht hat (BGE 143 V 409 E. 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 E. 4.1 m.w.H.).

2. Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sowie den Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen, sind den Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1.1 Im Entscheid VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022 hat das Verwaltungsgericht in E. 2ff. bereits die damals vorliegenden medizinischen Akten zusammengefasst dargelegt, worauf vorliegend verwiesen werden kann.

2.1.2 Hervorzuheben ist die Beurteilung der RAD-Ärztin N. _____ vom 24. August 2021, in welcher die Ärztin zur gesamten medizinischen Aktenlage wie folgt Stellung nahm (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 P. _____ 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 mittleichten 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.

2.1.3 In der Folge reichte der Beschwerdeführer dem Verwaltungsgericht einen Bericht seines Hausarztes Dr.med. univ. K._____ (Facharzt Innere Medizin) vom 25. Januar 2022, eine Beurteilung von Dipl. Arzt O._____ (Facharzt für Ophthalmologie) vom 21. April 2021, einen Sprechstundenbericht vom 26. November 2021 des Spitals P._____ (Q._____, Oberärztin Kardiologie) sowie einen ambulanten Bericht des Pneumologen Dr.med. D._____ (Leitender Arzt) vom 23. Dezember 2021 ein (IV-act. 36). Zusammenfassend hielt der Hausarzt Dr.med. univ. K._____ in seinem Bericht fest (IV-act. 36-3/12):

Laut R._____ besteht am linken Auge eine vollständige Amblyopie bei Anisometropie, das heisst dieses Auge ist vollkommen unbrauchbar und eine Therapie in diesem Alter nicht mehr möglich, dies hätte schon in seiner Kindheit erfolgen müssen.

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.

2.1.4 Die Würdigung der vorstehend dargelegten Sachlage in VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022, welche zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz führte, lautete wie folgt (E. 3.1ff.).

Es handle sich um einen 49-jährigen Versicherten mit multiplen Erkrankungen, die sich grundsätzlich mindestens teilweise auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirken würden (namentlich die koronare Herzkrankheit, die Rückenbeschwerden und die Hyperhidrosis). Es treffe an sich zu, dass die angeführten gesundheitlichen Probleme des Versicherten nach der Aktenlage ausreichend untersucht und entsprechende Behandlungsoptionen angesprochen worden seien.

Hingegen könne der Argumentation in der angefochtenen Verfügung, welche sich ausschliesslich auf die Einschätzung der RAD-Fachärztin abstütze und im Wesentlichen beinhalte, 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 seien darin zu erblicken, dass der Hausarzt im Rahmen einer gesamtheitlichen Beurteilung aller Krankheitsfaktoren sinngemäss von einer reduzierten Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit ausgehe, und zwar auch für grundsätzlich leichte, adaptierte Arbeiten, was im Lichte der konkreten Umstände durchaus einleuchte. Mit anderen Worten sei es glaubhaft, dass der Versicherte mit den dargelegten gesundheitlichen Problemen nicht mehr (im Vergleich zu gesunden Versicherten) uneingeschränkt 100% arbeitsfähig sei, zumal wenn die koronare Situation (mit 2 Koronarangiographien vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung) hinreichend mitberücksichtigt werde. 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 lasse (indem beispielsweise auch nicht eine verminderte Leistungsfähigkeit durch einen massgeblichen zusätzlichen Pausenbedarf zugestanden worden sei), erweise 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, könne hier offen bleiben (E. 3.1).

Für eine Rückweisung sprach denn auch, dass in der angefochtenen Verfügung kein Einkommensvergleich durchgeführt worden sei. Dabei sei die Anwendung der Rechtsprechung zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu prüfen (E. 3.2).

Zum Zeitpunkt des Entscheides erachtete das Verwaltungsgericht eine externe Begutachtung nicht zwingend als nötig (E. 3.3).

2.2 Daraufhin holte die Vorinstanz bei den behandelnden Ärzten weitere Berichte ein, welchen die folgenden Beurteilungen zu entnehmen sind (IV-act. 41).

2.2.1 Der Beschwerdeführer war vom 12. August 2021 bis 14. August 2021 bei einem akuten koronaren Syndrom mit 12-stündigem Brustschmerz und Troponinanstieg auf 4'000 ng/l, was gemäss dem Kardiologen Prof. Dr.med. E. _____ einem septalen Infarkt entspreche, bei peripherem Verschluss eines septalen As-

tes des RIVA, im Herzgefässzentrum Zürich hospitalisiert. Als wahrscheinlichste Ursache des Infarktgeschehens wurde eine akzelerierte Arteriosklerose genannt. Hierfür spreche die rasche Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers, der nur geringe Enzymanstieg mit weitgehender Normalisierung der CK-MB-Werte am 13. August 2021. Differentialdiagnostisch sei bei dem nicht ganz typischen Verlauf auch ein entzündliches Geschehen (Vaskulitis/Myokarditis) in die Überlegungen eingeflossen, weshalb eine breite rheumatologische Abklärung (Labor) eingeleitet worden sei. Diese habe ausschliesslich normale Werte ergeben. Der weitere Verlauf sei unkompliziert gewesen bei kardialer Beschwerdefreiheit, keine Zeichen einer Herzinsuffizienz und keine Rhythmusstörungen (IV-act. 41-5f./7). Dr.med. F. _____ (FMH Kardiologie) hielt in seinem Bericht vom 6. Oktober 2021 folgende Beurteilung fest (IV-act. 41-3f./7):

Nachweis einer umschriebenen, subendokardialen Narbe septal basal bis midventrikulär ohne begleitendes Ödem. Subendokardiale Narbe inferolateral basal bis midventrikulär ohne begleitendes Ödem. Kein Nachweis einer Ischämie. Erhaltene Pumpfunktion des linken Ventrikels bei diskreter Hypokinesie septal midventrikulär und inferolateral basal bis midventrikulär. LVEF 66%.

Gegenüber der Voruntersuchung vom 12.08.2021 Abnahme der Kontrastmittelaufnahme im Septum und verschwinden des Oedems. Keine neuen Herde. Die aktuellen, konsolidierten Befunde sind koronartypisch.

2.2.2 Am 15. März 2022 stellte sich der Beschwerdeführer der Kardiologin Q. _____ vorzeitig vor bei erneuter Angabe von Thoraxschmerzen bei komplizierter koronarer Vorgeschichte (der zwischenzeitlich erfolgte Bericht der Kardiologin vom 7.12.2012 wurde in VGE I 2021 70 vom 11.2.2022 E. 2.7.1 bereits gewürdigt). Zuletzt habe eine Koronarangiographie am 14. Oktober 2021 bei Thoraxschmerzen und nur leicht erhöhtem Troponin von 28 ng/ml stattgefunden, wobei keine Reststenose vorhanden gewesen sei. Echokardiographisch zeigte sich ein stabiler Befund. Es wurde eine erneute MRI-Untersuchung in Auftrag gegeben (IV-act. 42-10/14).

2.2.3 Am 16. Mai 2022 erfolgte eine kardiologische Beurteilung durch Dr.med. F. _____ bei aktuell rezidivierenden, nicht anginösen Thoraxbeschwerden. Echokardiographisch zeigte sich ein stabiler Befund. Unter Berücksichtigung des MRI Herz vom gleichen Tag fand sich im Ergebnis kein Nachweis einer belastungsinduzierten Ischämie, bekannte subendokardiale Narben inferolateral von basal bis midventrikulär sowie septal basal. Die Perfusionsdefekte deckten sich mit den vernarbten Arealen. Erhaltene Pumpfunktion des linken Ventrikels bei Hypokinesie inferolateral. LVEF 60%. Hinweise auf eine Myokarditis fanden sich nicht (IV-act. 41-1f./7, 42-7/14).

2.2.4 Gemäss Bericht der Kardiologin Q._____ vom 7. Juni 2022 sei die Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich die Schmerzsituation. Kardial bestehe eine stabile Situation. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei beim Hausarzt sowie bei Dr.med. G._____ (Leitender Arzt Schmerzmedizin Spital P._____) zu erfragen (IV-act. 42-4/14; vgl. auch IV-act. 57-26ff./147). Im Oktober 2022 stellte sich der Beschwerdeführer erneut notfallmässig bei retrosternalen brennenden Schmerzen vor (IV-act. 57-37ff./147).

2.2.5 Im Bericht von Dr.med. G._____ vom 20. August 2022 werden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 46-3/3):

1. ICD-11 MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain

- **Chronische muskuloskeletalen Schmerzen thorakolumbal**
- Ätiologie: biologisch a.e. rein myofazialen-haltungsbedingt bei ausgeprägtem muskulären Hartspann und kyphotischer Fehlhaltung, DD facetogen, kein Hinweis auf Radikulopathie, psychosoziale Anteile der Schmerzverarbeitung vorliegend
- Interventionen:
 - unklare thorakale Intervention 2016, Zürich
 - Positive diagn. MBB Th10-L1 rechts am 30.05.2022, Dres. G._____/T._____
 - Positive diagn. MBB Th10-L1 rechts am 10.06.2022, Dres. G._____/U._____/T._____
 - Thermokoagulation MB Th10-L1 rechts am 04.07.2022, Dr. G._____
- **Chronische, belastungsabh. Wadenschmerzen**
- Ätiologie: unklar, a.e. myofaszial
- vaskuläre, neurogene und spinale Genese ausgeschlossen

2. Fremddiagnosen

- **KHK**
- ACS 08/2021
- posterolateralem Non-STEMI am 10.04.2021 mit PCI und Stenting einer subtotalen RCX-Stenose am 10.04.2021
- erhaltene linksventrikuläre Funktion (LVEF 77 %)
- cvRF: art. Hypertonie, Dyslipidämie, chronischer Nikotinkonsum von 30 py aktuell sistiert, Adipositas
- **COPD Gold Stadium Ia**
- **OSAS, ED 09/2021**

Gemäss Dr.med. G._____ attestiere die Schmerzambulanz keine Arbeitsunfähigkeit. Aktuell bestehe eine stabile aber noch optimierungsbedürftige Situation mit belastungsabhängiger Selbstlimitierung und neben medikamentöser Therapie hauptsächlich MTT. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei grundsätzlich positiv, da momentan vor allem psychosoziale Selbstlimitierung und Sorgen belastend seien. Unter muskuloskeletalem Aufbau und MTT körperlich gute Voraussetzung für ein restitutio ad integrum (IV-act. 43; vgl. auch IV-act. 57-62ff./147).

2.2.6 Am 15. September 2022 nimmt RAD-Ärztin N._____ zu den obgenannten neu eingeholten Arztberichten Stellung. Dabei verweist sie auf die beschriebenen Diagnosen in der RAD-Stellungnahme vom 24. August 2021. Diesbezüglich seien keine neuen medizinischen Informationen hinzugekommen, die zu einer anderen Einschätzung des Gesundheitszustandes führen würden. Im Bericht der Schmerzklinik Spital P._____ würden jedoch noch die Diagnosen: "ICD-11 MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain, chronische muskuloskelettale Schmerzen thorakolumbal und chronische belastungsabh. Wadenschmerzen" genannt. Diese Diagnosen würden als stabil aber noch optimierungsbedürftig angesehen. Ein Fortführen des muskuloskelettalen Aufbaus sei empfohlen worden. Bezüglich der Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei eine Selbstlimitierung der versicherten Person aus psychosozialen Gründen (IV-fremd) erwähnt worden. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei seitens des Spitals P._____ nicht ausgestellt worden. Die orthopädischen Diagnosen seien mit den üblichen therapeutischen Massnahmen gut behandelbar, sodass keine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit nachvollziehbar sei.

Aufgrund des dennoch eher komplexen gesundheitlichen Zustands mit offenbar aktuell im Vordergrund stehender Schmerzsituation sei für die Gesamtheit aller gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein vermehrter Pausenbedarf nachvollziehbar. Dieser Pausenbedarf würde eine ca. 20%-ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bedeuten. Die RAD-Ärztin attestierte eine medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch adaptierter Tätigkeit von 80% im Rahmen des ergonomischen Profils, welches wie folgt lautet (IV-act. 49):

Körperlich leichte-mittelschwere Arbeiten; kein überdurchschnittlich häufiges Heben und Tragen von mittelschweren Lasten. Kein Heben und Tragen von schweren Lasten.

Ausgewogene Wechselbelastung mit etwa gleichen Anteilen von Gehen, Stehen, Sitzen. Kein häufiges Bücken, Rumpf- und Kopfdrehbewegungen, Haltungs- und Bewegungsmonotonien, Zwangshaltungen wie länger anhaltende Arbeit in Rumpfvorbeugung oder länger anhaltende Überkopfarbeit, Arbeiten in niedrigen Räumen unter ein Meter Höhe, die eine extreme Rumpfvorbeuge erfordern sind zu vermeiden.

Keine Schichtarbeit. Keine vermehrte Stressbelastung.

2.3 Gestützt auf die Beurteilung der RAD-Ärztin teilte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen. Bei einer 80%-igen Leistungsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeit resultiere ein IV-Grad von 20%, was keinen Anspruch auf eine Rente begründe. Für die Ermittlung des IV-Grades stützte sich die Vorinstanz bei Einkommen mit und ohne Gesundheitsschaden auf die LSE-Tabelle (IV-act. 51).

2.4 Gegen diesen Vorbescheid erhob der Beschwerdeführer am 14. November 2022 (Posteingang bei der Vorinstanz) Einwände. Er sei seit dem 1. September 2018 ununterbrochen zu 100% arbeitsunfähig. Zudem sei es in dieser Zeit zu diversen ambulanten und stationären Spitalaufenthalten gekommen. Inzwischen sei Ende Oktober 2022 die Diagnose "Diabetes" hinzugekommen, was sich negativ auf seine Entzündungstendenz auswirke. Ebenfalls seien Probleme mit der Leber hinzugekommen. Sein Gesundheitszustand sei aktuell weder abschliessend durch die Ärzte geklärt, noch seien die notwendigen Therapien, Medikamenteneinstellungen und Untersuchungen abgeschlossen (IV-act. 54).

2.5 Mit Schreiben vom 19. Dezember 2022 liess der Beschwerdeführer, neben der Einladung zu einer diabetologischen Sprechstunde bei Dr.med. univ. S._____ (Oberärztin Diabetologie/Endokrinologie Spital P._____) (IV-act. 56-2/7; vgl. auch IV-act. 57-16ff./147, 57-48ff./147), den Arztbericht von Dr.med. H._____ (Leitende Ärztin Nephrologie Spital P._____) vom 29. November 2022 einreichen (IV-act. 56-3ff./7). Darin werden neu folgende Diagnosen aufgeführt:

1. Vd.a.diabetische Nephropathie KDIGO Stadium G1A2

- DD hypertensiv-arteriosklerotische Nephropathie
- Microhämaturie, aktuell nicht-glomerulär, Proteinurie 0.68g/d, davon 0.48g/d Albumin
- normale Nierenfunktion mit eGFR nach CKD-EPI von 106 ml/min/1.73m²
- renale Folgeerkrankungen: aktuell keine

2. Diabetes mellitus Typ 2, ED 09/2022

- Prädiabetes bereits 08/2019 beschrieben, zum Zeitpunkt der Erstdiagnose HbA1c 7.6%, 6.7% am 29.11.2022
- Beginn mit Metformin Ende September 2022, Start GLP1-Rezeptoragonist Semaglutid (als Ozempic) am 26.10.2022
- Komplikationen: KHK, neu Nachweis einer Makroalbuminurie s.u. (DD multifaktoriell)
- Aktuell:
 - nur unwesentliche Verbesserung des Gewichts (95.7 kg) unter Ozempic 0.25 mg 1x wöchentlich, Dosissteigerung bis 1 mg geplant
 - ausgeprägte Albuminurie im Spoturin (Alb/Kreat-Quotient 78 mg/mmol), daher Konsil Nephrologie angemeldet

(...)

In der Beurteilung hielt Dr.med. H._____ - neben Ausführungen zu den erwähnten Diagnosen - fest, dass sie die erneut geschilderten thorakalen Beschwerden aktuell einem Problem im Rahmen des Ösophagus DD Refluxbeschwerden zuschreibe. Hierzu meldete sie den Beschwerdeführer für eine Ösophagogastroduodenoskopie an. Des Weiteren war betreffend die diabetische Nephropathie sowie LDL-Cholesterin eine medikamentöse Behandlung bzw. Einstellung der Medikamente vorgesehen. Eine weitere Verlaufskontrolle war bei

noch normaler Nierenfunktion nicht vorgesehen, einzig eine hausärztliche Kontrolle ein bis zwei Mal jährlich.

2.6 In der Folge ging bei der Vorinstanz am 23. Januar 2023 der Verlaufsbericht des Hausarztes Dr.med. univ. K. _____ ein, mit weiteren Arztberichten in der Beilage, wovon einige - soweit erforderlich - nachfolgend näher darzulegen sind (IV-act. 57).

2.6.1 Im Verlaufsbericht vom 18. Januar 2023 machte Dr.med. univ. K. _____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem 21. Juli 2021 sowie eine Änderung der Diagnose geltend. Dabei hielt er folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 57-2/147):

akutes Koronarsyndrom 08.2021. Weitere Ereignisse im Sinne eines funktionellen Verschlusses b. Verdacht auf MINOCA
MRI 12.08.2021 umschriebene transmurale septale Nekrose mit deutlichen Oedem. MRI vom 16.05.2022 ohne Hinweis auf Myocarditis
OSAS ED 09.2021
Diabetes mellitus Typ II ED 09.2022
Vd.a. diabetische Nephropathie KDIGO Stad. G1A2

Zu den therapeutischen Massnahmen bzw. zur Prognose führte Dr.med. univ. K. _____ aus, dass die hauptsächlichen therapeutischen Massnahmen die Kontrolle des Zuckerstoffwechsels mit dabei angestrebter Gewichtsreduktion seien und die Kontrolle der schwer kontrollierbaren Hypertonie. Die kardiale Situation sei schwierig einzuschätzen, da offensichtlich auch eine starke funktionelle Komponente eine Rolle spiele. Die Prognose sei insgesamt eher pessimistisch einzuschätzen, da nur z.T. effektive therapeutische Ansätze bestehen würden. Der Beschwerdeführer sei bezüglich seiner Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt (Diabetes KHK, Polyneuropathie, Hypertonie und beginnende diabetische Nephropathie). Dies führe zu einer generell eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit und zusätzlich mit der Hyperhidrose seien alle hygienisch anspruchsvollen Tätigkeiten verunmöglicht. Bezüglich der körperlichen Belastbarkeit seien kardiale Einschränkungen limitierend. Der Beschwerdeführer könnte allenfalls ein nur sehr geringes Pensum mit inadäquat möglicher Belastungsfähigkeit leisten (IV-act. 57-3/147).

2.6.2 In der Beurteilung des Pneumologen Dr.med. D. _____ (Leitender Arzt Spital P. _____) vom 24. Januar 2022 hielt dieser folgende Diagnosen fest (IV-act. 57-89/147):

1. COPD im Stadium 1b
2. Koronare Herzkrankheit (NSTEMI 04/2021, Stenting RCX)
3. Claudicatio intermittens
4. Obstruktives Schlafapnoesyndrom

Zusammenfassend bestehe eine leichte COPD, dabei keine relevante Überblähung oder Gasaustauschstörung. Von respiratorischer Seite sei im Alltag keine Limitierung bestehend. Entsprechend stehe der Einleitung einer Beatmungstherapie bei nachgewiesenem obstruktiven Schlafapnoesyndrom nichts im Wege. Die Indikation zu einer inhalativen Therapie stelle sich ebenfalls nicht, sicher wäre aber die Wiederaufnahme eines körperlichen Trainings hilfreich.

2.6.3 Am 21. September 2022 war der Beschwerdeführer in der Sprechstunde bei Dr.med. I. _____ (Interdisziplinärer Schwerpunkt Sport- und Bewegungsmedizin SEMS/FMH) aufgrund von akut exacerbierten chronischen Beinschmerzen bds. (IV-act. 57-46f./147). Gemäss Laborbefund ergab sich primär kein Anhalt für eine myogen-internistische Ursache der Beinschmerzen.

2.6.4 Mit der Sonographie des Abdomens vom 23. September 2022 wurde in der Beurteilung eine Lebersteatose festgehalten (IV-act. 57-43f./147).

2.6.5 Die mit dem Hausarztbericht eingereichte Beurteilung des Ösophago-Gastro-Duodenoskopie vom 15. Dezember 2022 von Dr.med. J. _____ (Leitender Arzt Gastroenterologie Spital P. _____) lautet wie folgt (IV-act. 57-5/147):

Beurteilung

Insuffizienter distaler Ösophagussphinkter ohne Nachweis einer Refluxösophagitis unter Therapie mit PPI in doppelter Standarddosierung. Mässiggradige HP-Gastritis (B2022.36744).

Vorschlag zum Prozedere

Eine Refluxerkrankung würde die Beschwerden des Patienten gut erklären. Diesbezüglich bedarfsadaptierte Fortführung der PPI Therapie empfohlen. Darüber hinaus kann eine HP Eradikation erwogen werden. Bezüglich der Hämatochezie koloskopische Abklärung empfohlen.

2.7 Mit Stellungnahme vom 24. Januar 2023 äusserte sich RAD-Ärztin N. _____ zu den neu eingereichten ärztlichen Berichten wie folgt (IV-act. 59):

Die vP bringt nun folgende Einwände vor: Diabetes mellitus und Leberprobleme.

Ad Diabetes mellitus:

Erstdiagnose in 09/2021. Als Folgeerkrankung V.a. diabetische Nephropathie KDIGO Stad. G1A2

Es handelt sich um einen Diabetes mellitus, welcher in Zusammenhang mit der Adipositas (BMI 32.1 mit AB vom 19.10.22) entstanden ist. Hier sind zum einen eigenverantwortliche zumutbare Massnahmen zur Gewichtsreduktion seitens der vP erforderlich.

Die Diabeteseinstellung läuft. Zuletzt erhobener Hba1c 6.7%.

>> Eine Diabeteserkrankung ist behandelbar mit medikamentösen Therapien und eigenverantwortlichen Massnahmen seitens der vP. Bei dieser Diagnose ist eine berufliche Tätigkeit im ergonomischen Profil uneingeschränkt möglich. Voraussetzung ist, dass die vP die üblichen therapeutischen Massnahmen umsetzt.

Eine gute körperliche Aktivität ist bei dieser Stoffwechselerkrankung sogar sehr wünschenswert und klarer Bestandteil der offiziellen Leitlinienempfehlungen zum Diabetes Typ II; Nationale Versorgungsleitlinie dm-2aufl-vers1 .pdf (siehe S. 18, S. 23, S34 ...) von Lifestylemodifikation. So wird z.B. empfohlen hinsichtlich des Einflusses von Ernährung und Bewegung auf die Diabeteserkrankung durch die Behandler auch Hilfe zum Selbstmanagement und Motivation zu vermitteln.

Leber:

Aufgrund erhöhter Leberwerte erfolge eine Abdomensonographie am 23.09.22 (Scan 23.1.23 S.43) mit dem Befund einer Leberverfettung (Lebersteatose).

Eine NASH (nicht alkoholische Steatosis Hepatis) ist bekannterweise und nach Leitlinie untitled (awmf.org) Roeb E et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie nicht-alkoholische ... Z Gastroenterol 2022; 60: 1346-1421 1 © 2022. Thieme. All rights reserved. nach starkem Konsens im weitesten Sinne u.a. metabolisch bedingt.

Diese Ursachen sind wiederum mit therapeutischen Massnahmen zu begegnen, welche auch in der Diabetesbehandlung inkludiert sind (Verbesserung der Stoffwechselsituation, Gewichtsabnahme). Sollten die Behandler hier weitere/andere Ursachen für abklärungsbedürftig erachten, so hätte das in den meisten Fällen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Hepatosteatose handelt es sich um einen deskriptiven Befund ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Zusätzlich in der Akte dokumentiert (u.a.) mit neuen Befunden:

Refluxkrankheit:

Keine AU-relevanz. Therapeutische Optionen.

Herz:

Eine erneute Ergometrie erfolgte am 19.10.22 zur Abklärung einer belastungsinduzierten Herzinsuffizienz und retrosternalem Brennen. Es wurden 99 Watt erzielt (51% vom Soll). Der Abbruch erfolgte wegen peripherer Erschöpfung und Dyspnoe. Elektrisch und klinisch kein Nachweis einer Belastungskoronarinsuffizienz (nicht aussagekräftige Untersuchung bei fehlender Ausbelastung). In der Echokardiographieuntersuchung fand sich weiterhin ein normal dimensionierter Ventrikel mit normaler Auswurffraktion (EF biplan nach Simpson 63%).

Zusätzlich fand sich in der MR-Herz-Untersuchung vom 16.05.22 kein Nachweis einer belastungsinduzierten Ischämie.

Weiterhin sind bezüglich der o.g. Diagnosen keine neuen medizinischen Erkenntnisse dokumentiert, welche zu einer abweichenden Einschätzung der vorstellungen des RAD führen.

2.8 Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde reicht der Beschwerdeführer sodann einen Bericht des Hausarztes Dr.med. K. _____ vom 10. Februar 2023 sowie

von PD Dr.med. L. _____ (Oberärztin der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, Sprechstunde Oberer GI-Endokrine-Chirurgie des Universitätsspitals Zürich) vom 31. Januar 2023 ein (Bf-act. 2 und 3), welche nach der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2023 datieren.

3. Der Beschwerdeführer beantragt u.a. eine aktuelle medizinische Einschätzung durch einen Drittgutachter.

Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Unterlagen ergibt, dass der Beschwerdeführer in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärt worden ist.

3.1 Bereits gemäss VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022 waren die damals angeführten gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers ausreichend untersucht und entsprechende Behandlungsoptionen angesprochen worden. Es fehlte jedoch eine Gesamtbeurteilung bzw. gesamtheitliche Einschätzung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nachdem die Verfügung vom 27. September 2021 mit VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022 aufgehoben wurde, erfolgte nicht nur die Einholung weiterer Arztberichte durch die Vorinstanz, sondern am 15. September 2022 eine erneute Stellungnahme der RAD-Ärztin N. _____, in welcher diese eine Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorgenommen hat, unter Berücksichtigung sämtlicher - aus den Akten ersichtlichen - Diagnosen bzw. Beschwerden. Dabei hielt die RAD-Ärztin N. _____ im September 2022 nachvollziehbar fest, dass keine neuen medizinischen Informationen hinzugekommen seien, die zu einer anderen Einschätzung des Gesundheitszustandes führen würden. Aufgrund des eher komplexen gesundheitlichen Zustandes mit offenbar aktuell im Vordergrund bestehender Schmerzsituation erachtete sie für die Gesamtheit aller gesundheitlicher Beeinträchtigungen einen vermehrten Pausenbedarf als nachvollziehbar, wobei dieser eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ca. 20% im Rahmen des erwähnten ergonomischen Profils bedeute (vgl. vorstehende E. 2.2.6).

3.1.1 Betreffend die koronare Herzkrankheit hielt die behandelnde Ärztin bereits am 7. Juni 2022 fest, dass die Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich die Schmerzsituation sei. Kardial bestehe eine stabile Situation, weshalb die behandelnde Kardiologin keine Arbeitsunfähigkeit attestierte. Selbst nach einer erneuten notfallmässigen Vorstellung des Beschwerdeführers im Spital P. _____ sprach sich die Kardiologin gegen eine Progression der koronaren Herzkrankheit aus. Bei fehlenden Stenosen in der Koronarangiographie im Oktober 2021 sowie fehlendem Ischämienachweis im MRI vom 16. Mai 2022 und der atypischen Anamnese sei eine koronarischämische Ursache der Beschwerden extrem unwahrscheinlich. Zur Behandlung der stabilen manuell auslösbaren Be-

schwerden wurde ein physiotherapeutischer Ansatz mit Gegendehnbewegungen sowie eine bessere medikamentöse Einstellung des Blutdrucks empfohlen (IV-act. 57-29/147). Diese Beurteilung berücksichtigte denn auch die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 24. Januar 2023 (vgl. vorstehende E. 2.7), weshalb u.a. diesbezüglich keine andere Einschätzung der vorangehenden Beurteilung vom September 2022 resultierte, was ohne weiteres nachvollziehbar ist. Daran vermag auch die Beurteilung des Hausarztes vom 18. Januar 2023 - wonach die kardiale Situation schwierig einzuschätzen sei, da offensichtlich auch eine starke funktionelle Komponente eine Rolle spiele - nichts zu ändern. Die ungenügend eingestellte Hypertonie vermag nach wie vor keinen langandauernden Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. vorstehende E. 2.1.2), und wird in der Gesamtbeurteilung der RAD-Ärztin bereits berücksichtigt. Eine diesbezügliche Änderung des Gesundheitszustandes seit dem VGE I 2021 70 ergibt sich aus den Akten nicht.

3.1.2 Die RAD-Ärztin N. _____ berücksichtigte im September 2022 auch die Beurteilung des Schmerzmediziners Dr.med. G. _____, welcher in seinem Bericht vom 20. August 2022 die Diagnosen: "ICD-11 MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain, chronische muskuloskelettale Schmerzen thorakolumbal und chronische, belastungsabh. Wadenschmerzen" aufführte; bei stabiler aber noch optimierungsbedürftiger Situation aber eine positive Prognose zur Arbeitsfähigkeit stellte (ohne jedoch eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren und zu begründen), nachdem vor allem psychosoziale Selbstlimitierung und Sorgen belastend seien (vgl. vorstehende E. 2.2.5). Psychosoziale Aspekte (wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, soziale Isolation) haben ausser Acht zu bleiben, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (Urteil BGer 8C_559/2019 vom 20.1.2020 E. 3.2 m.w.H.). Dementsprechend führte auch der Hausarzt in seinem Bericht vom 18. Januar 2023 die erwähnten Diagnosen und Schmerzen nicht unter seinen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf. Dennoch sprach die RAD-Ärztin N. _____ dem Beschwerdeführer noch im September 2022 einen erhöhten Pausenbedarf zu, auch unter Berücksichtigung der offenbar aktuell im Vordergrund stehenden Schmerzsituation, was - auch unter Berücksichtigung späterer Berichte, wonach der Beschwerdeführer sich im Oktober 2022 bei retrosternalen brennenden Schmerzen notfallmässig im Spital P. _____ vorstellte (mit Verweis darauf, dass sein Hausarzt ihn bereits mehrfach auf muskuläre Schmerzen hinwies, IV-act. 57-38+41/147), oder als Dr.med. I. _____ im September 2022 eine komplexe Schmerzsymptomatik und multiple internistische und muskuloskelettale Erkrankungen sowie einen erhöhten Behandlungsbedarf attestierte (IV-act. 57-54/147; vgl. auch IV-act. 57-56ff./147) - ohne weiteres nachvollziehbar ist.

3.1.3 Betreffend COPD im Stadium 1b hielt der Pneumologe Dr.med. D. _____ in seinem Bericht vom 24. Januar 2022 fest (vgl. vorstehende E. 2.6.2), dass bei bestehender leichter COPD von respiratorischer Seite her im Alltag keine Limitierung bestehend sei und damit der Einleitung einer Beatmungstherapie bei nachgewiesenem obstruktiven Schlafapnoesyndrom nichts im Wege stehe. Sodann wäre die Wiederaufnahme eines körperlichen Trainings hilfreich. Damit ist - zum aktuellen Zeitpunkt - von der Behandelbarkeit des Schlafapnoesyndroms und entgegen den (unbegründeten) Ausführungen des Hausarztes (vorstehende E. 2.1.3, 2.6.1) weder aufgrund des COPD noch aufgrund des Schlafapnoesyndroms von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit - abgesehen vom bereits anerkannten vermehrten Pausenbedarf unter Berücksichtigung sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers - und somit der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.1.4 Zu den übrigen, von der RAD-Ärztin bereits am 24. August 2021 und im VGE I 2021 70 vom 11. Februar 2022 berücksichtigten, Beschwerden lassen sich den Akten keine weiteren Ergänzungen und somit auch keine Änderungen bzw. Verschlechterungen entnehmen, weshalb die Stellungnahme vom September 2022 auch diesbezüglich weiterhin nachvollziehbar ist.

3.2 Mit Einwänden vom 14. November 2022 machte der Beschwerdeführer sodann neu weitere Beschwerden bzw. Diagnosen geltend, namentlich Diabetes und Probleme mit der Leber. Hierzu sowie zur - ebenfalls aus den vom Hausarzt eingereichten Akten ersichtlichen aber nicht weiter erwähnten - Refluxkrankheit hat die RAD-Ärztin am 24. Januar 2023 Stellung genommen.

3.2.1 Zur Diagnose "Diabetes Mellitus" hat die RAD-Ärztin nachvollziehbar ausgeführt, dass eine Diabeteserkrankung mit medikamentösen Therapien und eigenverantwortlichen Massnahmen (namentlich eine Gewichtsreduktion bzw. mit Ernährung und Bewegung) seitens des Beschwerdeführers behandelbar ist. Vorausgesetzt, dass der Beschwerdeführer die üblichen therapeutischen Massnahmen umsetzt, ist bei dieser Diagnose eine berufliche Tätigkeit im ergonomischen Profil uneingeschränkt möglich. Es ist aus den Akten sodann nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass dem 50-jährigen Beschwerdeführer eine solche Therapie bzw. die Umsetzung der Massnahmen nicht zumutbar sein sollte. Es ist sodann einleuchtend, wenn die RAD-Ärztin darauf hinweist, dass eine gute körperliche Aktivität bei dieser Stoffwechselerkrankung sogar sehr wünschenswert und klarer Bestandteil der offiziellen Leitlinienempfehlungen zum Diabetes Typ II ist. Für einen positiven Verlauf bei Umsetzung der empfohlenen Massnahmen spricht denn auch, dass gemäss Aktenlage verschiedenste behan-

delnde Ärzte - namentlich die Kardiologin, der Schmerzmediziner sowie der Pneumologe - körperliche Aktivität zur Behandlung empfohlen haben. Keine andere Beurteilung der Diabetessituation - als das Erfordernis einer Behandlung - ergibt sich sodann aus dem Arztbericht des Hausarztes vom 18. Januar 2023.

3.2.2 Auch bei der Beurteilung der Lebersteatose (Leberverfettung) geht die RAD-Ärztin im Januar 2023 von der Behandelbarkeit der Ursachen für die Diagnose aus, wobei die therapeutischen Massnahmen wiederum auch in der Diabetesbehandlung inkludiert sind (Verbesserung der Stoffwechselsituation, Gewichtsabnahme). Gemäss RAD-Ärztin handelt es sich bei der Hepatosteatoese um einen deskriptiven Befund, weshalb sie nachvollziehbar nicht von einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgeht. Dazu ist zu berücksichtigen, dass auch der Hausarzt im Januar 2023 nicht von einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit durch die - bereits im September 2022 diagnostizierte - Lebersteatose ausgeht (vgl. vorstehende E. 2.6.1 und 2.6.4).

3.2.3 Schliesslich hat die RAD-Ärztin im Januar 2023 betreffend die Refluxkrankheit, welche sich gemäss Aktenlage bereits spätestens im November 2022 zeigte (jedoch auch schon in einem Bericht aus dem Jahr 2016 zu finden ist, vgl. IV-act. 21-66/68), nachvollziehbar festgehalten, dass keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege und therapeutische Optionen bestehen würden. Bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zeigten sich sodann auch keine dem widersprechenden Beurteilungen (vgl. vorstehende E. 2.6.5). Soweit es sich gemäss Bericht von PD Dr.med. L. _____ vom 31. Januar 2023 (Bf-act. 3) um einen therapie-refraktären GERD handelt, ist diese Diagnose soweit aus dem Bericht ersichtlich mittels Antirefluxoperation ebenfalls behandelbar, was in der Regel höchstens zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führt, weshalb nach wie vor und aktuell davon ausgegangen werden kann, dass auch diesbezüglich nicht von einem langandauernden Gesundheitsschaden auszugehen ist. Immerhin ist zu bemerken, dass die bereits erfolgte Therapie mit PPI zu einer Verbesserung aber nicht zu einem Verschwinden der Beschwerden geführt hat. Damit vermögen aber auch die Ausführungen des Hausarztes vom 10. Februar 2023 (Bf-act. 2) im konkreten Fall keine andere Beurteilung zu begründen.

3.2.4 Damit vermögen auch die weiteren, seit dem Verwaltungsgerichtsentscheid VGE I 2021 70 hinzugekommenen Diagnosen aktuell keine, die anerkannte Arbeitsunfähigkeit von 20% im Rahmen des ergonomischen Profils überschreitende Einschränkung zu begründen. Der Hausarzt begründet sodann nicht weiter, weshalb von einer höheren als der anerkannten Arbeitsunfähigkeit von 20% aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs auszugehen ist.

4. Die Vorinstanz hat zur Ermittlung des IV-Grades sowohl für das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Lohnes der Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE-Tabelle) abgestellt und damit die Erwägungen im VGE I 2021 70 zum Einkommensvergleich und insbesondere zur Parallelisierung berücksichtigt. Sie ist dabei von einem Valideneinkommen von Fr. 65'328.-- und einem Invalideneinkommen von 52'262.40 (80% des Valideneinkommens) ausgegangen, woraus ein IV-Grad von 20% resultierte. Die Ermittlung des IV-Grades ist vorliegend nicht zu beanstanden. Damit hat die Vorinstanz zutreffend festgehalten, dass ein IV-Grad von 20% ermittelt wurde, welcher kein Anspruch auf eine IV-Rente begründet.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Es besteht kein Anlass, die vorinstanzliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen, weshalb sich weitere Sachverhaltsabklärungen - insbesondere die Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens - im konkreten Fall erübrigen. Anzumerken ist, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt beschränkt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (vom 30.1.2023) verwirklicht hat (vgl. vorstehende E. 1.7). Sollte beim Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintreten, so steht es ihm offen, sich im Sinne von Art. 86 ff. IVV neuerlich zum Leistungsbezug anzumelden. Der Einkommensvergleich ist sodann korrekt erfolgt. Dem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt.

6.1 Nach Art. 61 lit. f ATSG und nach konstanter Rechtsprechung hängt der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung grundsätzlich davon ab, dass drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind, nämlich die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers, die Nichtaussichtslosigkeit der verfolgten Rechtsansprüche und die Notwendigkeit der Rechtsverteidigung bzw. die Bewilligung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes, wo die Verhältnisse es rechtfertigen (vgl. statt vieler: VGE I 2016 133 vom 20.1.2017 E. 1.1; BGE 135 I 1 E. 7.1).

6.2 Gemäss § 75 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 (und Art. 29 Abs. 3 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101] vom 18.4.1999) beschränkt sich der Anspruch auf Befreiung von der Kostentragung und somit auf unentgeltliche Prozessführung bereits auf die Voraussetzungen der Nichtaussichtslosigkeit und Bedürftigkeit. Im konkreten Fall ist die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers erstellt. Das Verfahren erweist sich sodann nicht als aussichtslos. Somit ist der Beschwerde-

fürer im vorliegenden Verfahren von der Kostentragung zu befreien und die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

6.3 Demgegenüber ist die Voraussetzung für einen unentgeltlichen Rechtsbeistand im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer war hinreichend in der Lage, sein Begehren um IV-Rente bzw. um Rückweisung zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung mittels Einholung eines externen Gutachtens zu formulieren, wenn gegebenenfalls auch mithilfe der Gemeinde P._____ (was bei der Beurteilung der Erforderlichkeit eines Rechtsbeistandes im Rahmen des Verwaltungsverfahrens bereits ausreicht, um eine solche zu verneinen, vgl. VGE I 2016 133 vom 20.1.2017 E. 1.2 m.w.H. u.a. auf Urteil BGer 8C_468/2016 vom 13.9.2016 E. 3.1 und BGE 132 V 200 E. 4.1). Es ist zudem nicht ersichtlich, inwieweit sich vorliegend bzw. nach Einreichung der rechtsgenügenden Verwaltungsgerichtsbeschwerde weitere juristische Fragen stellten, die der Unterstützung durch einen Rechtsbeistand bedürfen bzw. bedürft hätten, zumal das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung grundsätzlich zukunftsgerichtet ist (vgl. BGE 122 I 203 E. 2f). Damit aber rechtfertigen es vorliegend die Verhältnisse gerade nicht, zusätzlich einen unentgeltlichen Rechtsbeistand zu gewähren.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Von einem Inkasso wird derzeit abgesehen, nachdem ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt wird.
3. Das Begehren um unentgeltlichen Rechtsbeistand für das vorliegende Beschwerdeverfahren wird abgewiesen.
4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. 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).
6. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherung, Bern (A).

Schwyz, 12. Juli 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch 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: 18. August 2023