

AR_GERICHTE OG O3V-20-5 vom 23. Februar 2021

AR Gerichte, 2021-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-20-5

FR: AR_GERICHTE OG O3V-20-5 du 23 février 2021

IT: AR_GERICHTE OG O3V-20-5 del 23 febbraio 2021

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 23. Februar 2021
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger Verfahren Nr. O3V

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht in seiner Funktion als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

E. 1.2

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b JG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 1.3

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 2.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner

medizinischer Fachpersonen wird grundsätzlich Beweiswert zuerkannt, doch ist zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2 m.w.H.).

E. 3

Im Folgenden ist die medizinische Aktenlage in den wesentlichen Zügen darzustellen:

E. 3.1

Eine beim Versicherten durchgeführte Echokardiographie vom 20. Januar 2017 ergab folgende Beurteilung: Sinusrhythmus. Bild der dilatativen Kardiomyopathie mit einer gewissen, v.a. apikal betonten Myokardhypertrophie. Linker Ventrikel. Mit knapp schwer verminderter systol. LV-Funktion mit LVEF 32 %. Schwerpunktmässig sei die Hypokinesie inferior und anteroseptal/apikal lokalisiert. Gering dilatierter linker Vorhof, rechtsseitige Herzhöhlen unauffällig. Leichte deg. valvuläre Aortenstenose (act. 7.2/1, S. 7).

E. 3.2

Das Spital B., Ambulatorium Kardiologie, machte in der Beurteilung seines Arztberichts vom 7. März 2017 folgende Angaben: Dilatierter hypertrophierter LV und hypertrophierter RV mit biventrikulär hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion unklarer Ätiologie. Kein Late Enhancement. Keine Kriterien einer Non-compaction Cardiomyopathie. Visuell Flussbeschleunigung über den Aortenklappen (act. 7.2/18, S. 24).

E. 3.3

Die Sprechstunde in der Klinik für Innere Medizin des Spital C vom 10. Juli 2017 ergab, namentlich in Bezug die an jenem Tag durchgeführte Echokardiographie, folgende Beurteilung: Mittelschwer beeinträchtigte Funktion des hypertrophierten linken Ventrikels, EF 38 % (Vorbefund 34 %). Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 6. Februar 2017 auch deutlich verbesserte Ventrikelgeometrie mit rückläufigen Diametern. Verbesserte systolische RV-Funktion. Diastolische Dysfunktion Grad I – II. Ektasie der Aorta ascendens. Nach VTI weiterhin schwere Aortenklappenstenose (unveränderter Befund). Bei eingeschränkter EF sei dieser Befund nicht definitiv über die VTI zu ermitteln (act. 7.2/18, S. 19).

E. 3.4

In seinem Bericht vom 11. Dezember 2017 betreffend die Sprechstunde vom 5. Dezember 2017 lieferte das Spital C folgende zusammenfassende Beurteilung: Fahrradergo-metrisch gute Leistungsbreite, trotz mittelschwer beeinträchtigter LV-Pumpfunktion. Die gute Steigerung des Druckfrequenzproduktes im Belastungstest spreche für eine derzeit tatsächlich nur gering bis mässiggradige Aortenklappenstenose, wie dies auch invasiv ermittelt worden sei. Die vom Patienten beklagte Müdigkeit sollte daher nicht primär auf die beeinträchtigte Ventrikelfunktion zurückzuführen sein, sondern könnte vielmehr Folge einer begleitenden Depression sein. Diese sei mit einer Herzinsuffizienz ja häufig assoziiert. Die Neigung zum Tagesschlaf könne allerdings auch auf ein Schlafapnoesyndrom zurückzuführen sein (act. 7.2/18, S. 22).

E. 3.5

Der HNO-Spezialist Dr. D. führte in seinem Bericht vom 1. März 2018 aus, es bestünden keine Hinweise für eine Schlafapnoe. Der Schlaf sei komplett unauffällig. Die Tagesmüdigkeit habe einerseits aufgrund des fraktionierten Schlafes und damit verbunden eingeschränkter Schlafhygiene erklärt werden können. Der Patient schlafe teilweise zwei Stunden am Nachmittag und vier Stunden in der Nacht. Besser wäre es, wenn er zusammenhängend sechs Stunden am Stück schlafen würde. Ausserdem seien regelmässige Schlafzeiten zu empfehlen. Allerdings sollten auch weitere Ursachen für die Müdigkeit ausgeschlossen werden. Eine Schlafapnoe liege nicht vor (act. 7.2/18, S. 26).

E. 3.6

Mit Arztbericht vom 11. Dezember 2018 erklärte das Spital C, kardiopulmonal sei der Patient kompensiert. Echokardiographisch habe sich die Ventrikelfunktion im Vergleich zur Voruntersuchung erheblich verbessert, gemessen an der EF vollständig normalisiert, wenn gleich visuell der linke Ventrikel leicht funktionseingeschränkt imponiere. Unverändert sei die Aortenklappenstenose, echokardiographisch schwer. Invasiv sei im Februar 2017 eine Öffnungsfläche von 1.6 cm² ermittelt worden (mittelgradige Stenose). Mit Blick auf die psychosoziale Belastungsfaktoren und die beklagte Symptomatik mit im Vordergrund stehender Müdigkeit sei der Patient zu einer Therapie mit einem SSRI motiviert worden (act. 7.2/18, S. 17).

E. 3.7

Mit IV-Arztbericht vom 8. Juli 2019 sprach Dr. E., FMH Allgemeine Innere Medizin, von einem stationären Gesundheitszustand. Die kardiologische Situation sei im Moment unter Entresto soweit stabil. Die Belastung habe leicht gesteigert werden können. Aufgrund der gedrückten Stimmung und der Gesamtsituation sei zusätzlich ein Antidepressivum gegeben worden. Die dilatative Kardiomyopathie sei eigentlich mit schlechter Prognose, habe aber unter der aktuellen Medikation glücklicherweise gut stabilisiert werden können und der Patient sei im Alltag auf tiefem Niveau stabil (act. 7.2/18, S. 30).

E. 4

4.1

Der angefochtene Entscheid basiert in medizinischer Hinsicht auf der RAD-Beurteilung vom 10. Juli 2019. Darin wird die Auffassung vertreten, der Versicherte weise keine dauerhafte relevante therapiefraktäre schwerwiegende gesundheitliche Handicapierung auf. Im Folgenden ist zu prüfen, inwieweit zur Beurteilung des Rentengesuchs auf die betreffende Einschätzung abgestellt werden kann.

E. 4.2

Laut den Akten stand der Versicherte mehrfach in kardiologischer Abklärung, aufgrund von ihm geklagten Ermüdungserscheinungen. Im zuletzt dokumentierten Bericht des Spital C vom 11. Dezember 2018 wurde eine mittelschwer beeinträchtigte Funktion des exzentrisch hypertrophierten linken Ventrikels, EF 37 %, befundet. Bereits mit Bericht vom 11. Dezember 2017 hatte der zuständige Arzt ausserdem festgehalten, die vom Patienten geklagte Müdigkeit sollte nicht primär auf die beeinträchtigte Ventrikelfunktion zurückzuführen sein. Es könnte dies vielmehr Folge einer begleitenden Depression sein. Diese sei mit einer Herzinsuffizienz ja häufig assoziiert (vgl. oben E. 3.4 und E. 3.6). Das vom Spital C in Erwägung gezogene Schlafapnoesyndrom konnte indes gemäss dem HNO-Bericht

vom 1. März 2018 klar ausgeschlossen werden. In letzterem Bericht wurde zudem die Vermutung geäussert, die Tagesmüdigkeit könnte mit einem fraktionierten Schlaf zusammenhängen. Es wurden regelmässige Schlafzeiten empfohlen (vgl. oben E. 3.5). Was die Frage nach dem Vorliegen einer Depression betrifft, wurde diese vom Spital C einzig als Verdachtsdiagnose geäussert. Ein allfälliges depressives Geschehen ist in den Akten auch sonst nicht näher beschrieben. Eine spezifische gesprächsbasierte Psychotherapie nimmt der Beschwerdeführer anscheinend nicht in Anspruch. Bekannt ist einzig, dass dem Versicherten ein Antidepressivum abgegeben wurde. Im Sinne der betreffenden Beurteilung des Spital C vom 11. Dezember 2017, wonach eine Depression häufig mit einer Herzinsuffizienz assoziiert sei, scheint der zuständige Arzt bezogen auf die vom Versicherten geklagte Müdigkeit jedenfalls gleichsam von einer Art Wechselwirkung zwischen der kardiologischen Problematik und der verdachtsweise geäusserten Depression auszugehen. Letztlich erscheint aber unklar, inwieweit die betreffende Einschätzung überhaupt als abschliessend zu verstehen ist. Der HNO-Spezialist Dr. D. seinerseits hatte im März 2018 – im Zuge seines Ausschlusses einer Schlafapnoe – ausgeführt, es seien weiterer Abklärungen angezeigt hinsichtlich der Ursache der Müdigkeit, wobei sich hier aber fragt, ob bzw. inwieweit er die betreffende Stellungnahme unter Berücksichtigung der bereits erfolgten kardiologischen Abklärungen abgab. Was den RAD angeht, hatte dieser sich nicht spezifisch zur Ursache der vom Beschwerdeführer geklagten Müdigkeit geäussert.

E. 4.3

In Bezug auf die versicherungsmedizinisch relevante Fragestellung, inwieweit aus dem kardiologischen Befund eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, hatte sich das Spital C nie geäussert, wie im Übrigen auch nicht das Spital B. in seinem Bericht vom

E. 4.4

Gemäss den vorstehenden Erwägungen erscheint die RAD-Stellungnahme nicht als zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des Rentengesuchs. Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass laut der Rechtsprechung bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen nicht einmal geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit gegeben sein dürfen, damit den betreffenden Einschätzungen ein massgebender Beweiswert zuerkannt werden kann (vgl. oben E. 2.4). Die äusserst knapp ausgefallene und mithin unzureichend begründete Einschätzung des RAD erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Nachdem die RAD-Beurteilung de facto zur alleinigen Grundlage der angefochtenen Verfügung wurde, fragt es sich im Übrigen im Sinne der Vorbringen des Beschwerdeführers zurecht, ob der vorinstanzliche Entscheid den Begründungsanforderungen gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG genügt. Inwieweit schliesslich beim Versicherten – wie dies die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung geltend macht – ein massgebliches Aktivitätsniveau im privaten Bereich vorliegen soll, braucht hier nicht weiter thematisiert zu werden, da bestimmte Freizeitbeschäftigungen keinen ausreichenden Aufschluss über die Arbeitsfähigkeit geben. Im Ergebnis drängen sich jedenfalls ergänzende Abklärungen auf. Dazu ist die Verfügung vom 6. Januar 2020 aufzuheben und die Streitsache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese wird anschliessend über ihre Leistungspflicht neu zu verfügen haben.

5. 5.1 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Verfah- rensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die

Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als vollständiges Obsiegen des Beschwerdeführers gilt (vgl. z.B. BGE 141 V 281 E. 11.1) und der IV-Stelle laut Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Gerichtskosten auferlegt werden.

5.2 Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei gegenüber der IV-Stelle Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Entschädigung ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). In Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist das anwaltliche Honorar pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 [AT; bGS 145.53]). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlich leichten Fall. Unter diesen Umständen ist das Honorar des beschwerdeführerischen Rechtsvertreters AA. als Grundlage der Parteientschädigung auf Fr. 2'500.--, zuzüglich Barauslagen von 4 % und Mehrwertsteuer von 7.7 %, total Fr. 2'800.20 festzulegen.

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird der angefochtene Entscheid vom 6. Januar 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 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 und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 24. Februar 2021

E. 7

März 2017 (vgl. oben E. 3.2). Sodann fehlt es auch in dem IV-Verlaufsbericht von Dr. E. vom 8. Juli 2019 an einer spezifischen Bezifferung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit liegen letztlich einzig die Einschätzungen von Dr. F. vom 18. Januar 2019 im Recht. Gemäss dem nämlichen ärztlichen Zeugnis hätten beim Versicherten folgende Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen: 100 % seit 17.01.2017; 50 % seit 25.01.2017; 100 % seit 05.03.2018; 50 % seit 12.03.2018; bis auf Weiteres 50 % (act. 7.2/9). Vorliegend erscheint in der Tat zweifelhaft, dass diesem Attest, das rückwirkend abgegeben wurde und keine Begründung für die Arbeitsfähigkeiten enthält, ein massgebender Beweiswert zukommen kann. Das ändert aber nichts daran, dass das vorliegende Dossier konkrete Hinweise für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit liefert. In dieser Hinsicht sei auf die Angaben des Arbeitgebers des Versicherten hingewiesen. Dieser hatte in einem Schreiben an die IV-Stelle vom 25. Mai 2019 ausgeführt, die gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten zeigten sich vor allem nach etwa 5-6 Stunden während eines normalen Arbeitstages. Er werde sehr müde und könne sich nicht mehr zu 100 % konzentrieren und es komme öfters vor, dass er dann am Arbeitstisch einschlafe. Gegenüber anderen Mitarbeitern könnten sein Leistungsabfall und seine Schlafphasen sehr schwer vertreten werden. Es werde darum nach einer gemeinsamen Lösung gesucht (act. 7.2/16). In gleicher Weise hatte der Arbeitgeber im Rahmen des Früherfassungsgesprächs vom 2. Mai 2019 detailliert zur Sprache gebracht, dass seiner Meinung nach beim Versicherten seit längerer Zeit eine Leistungseinschränkung bestehe (act. 7.2/3). Im Übrigen wurde im Fragebogen für Arbeitgebende auch ausgeführt, dass die Arbeit des Versicherten geistige Tätigkeiten zum Gegenstand habe, welche viel Konzentration und Sorgfalt erforderten, und dass der Versicherte die gleichen Tätigkeiten noch bewältigen könne, aber mit mehr Zeitaufwand (act. 7.2/16, S. 5). Was die fragliche RAD-Stellungnahme betrifft, wird darin auf die fundierten Angaben des Arbeitgebers überhaupt nicht eingegangen, was fragwürdig erscheint. Soweit der RAD im Übrigen von einem grundsätzlich behandelbaren – mithin nicht dauerhaften – Leiden ausgeht, scheint sich dies mit den Ausführungen von Dr. E. im IV-Verlaufsbericht vom

E. 8

Juli 2019 nicht zu decken. Denn der behandelnde Arzt war bezüglich der dilatativen Kardiomyopathie grundsätzlich von einer schlechten Prognose ausgegangen. Wohl habe das Leiden dank der Medikation (Entresto) relativ gut stabilisiert werden können, aber eben nur auf einem tiefem Niveau im Alltag. Eine leichte Steigerung der Belastung habe aber erreicht werden können (act. 7.2/18, S. 30). Gerade die Beschreibung, dass die Situation (nur) auf tiefem Niveau stabilisiert worden sei, lässt die vom Arbeitgeber angegebenen Beeinträchtigungen des Versicherten bei seiner Arbeit für sich betrachtet als plausibel erscheinen. Es wäre letztlich eine klare Begründung des RAD bzw. der IV-Stelle für die angeblich fehlende IV-rechtliche Relevanz der vom Versicherten geklagten Einschränkungen zu erwarten gewesen, doch fehlt es diesbezüglich dem Gesagten nach gänzlich.

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