

# **GL\_GERICHTE GL-1030 vom 11. Juli 2018**

GL Gerichte, 2018-07-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_GL-1030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-1030)

FR: GL\_GERICHTE GL-1030 du 11 juillet 2018

IT: GL\_GERICHTE GL-1030 del 11 luglio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der am [ ] geborene, gelernte Schreiner A. \_\_\_\_\_ war zuletzt als Betriebsmitarbeiter bei der C. \_\_\_\_\_ AG tätig. Seit 2010 leidet er an einer schwerchronischen obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) und ist seit August 2015 aufgrund der damit verbundenen verminderten körperlichen Belastbarkeit nicht mehr erwerbstätig. Am 5. Oktober 2015 meldete er sich bei der IV-Stelle Glarus zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an.

1.2 Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2018 stellte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ die Abweisung seines Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht. Den von A. \_\_\_\_\_ erhobenen Einwänden leistete die IV-Stelle keine Folge und hielt mit Verfügung vom 11. Juli 2018 an ihrem Vorbescheid fest.

### **E. 2**

2.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte oder nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente.

### **E. 3**

3.1 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter dabei seinen Entscheid ■ sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 7 E. 3c/aa, mit Hinweisen).

3.2Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4, mit Hinweisen).

3.3Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

3.4Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

3.5Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel in Hinblick auf die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer versicherungsinternen ärztlichen Feststellung, so sind ergänzende Abklärungen mittels unabhängiger Begutachtung vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

3.6Im Verzicht auf weitere Sachverhaltsabklärungen liegt dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor, wenn die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht

bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3).

#### **E. 4**

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass er seit 2010 unter einer schweren COPD leide und einer damit verbundenen verminderten körperlichen Belastbarkeit aufgrund der Atemnot. Sein Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, habe ihm attestiert, dass er seit August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig sei. PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH Pneumologie, Innere Medizin und Intensivmedizin, habe ihm im August 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte körperliche Tätigkeiten attestiert. Derselbe habe ihm dann in der Konsultation vom 18. Mai 2018 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands diagnostiziert, wobei er auch für leichte körperliche Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ausgewiesen sei eine medizinisch theoretische Ateminvalidität von 75 % bzw. eine Ateminvalidität der Klasse 5. Das Lungenvolumen habe nach einer Lungenentzündung Ende 2017 erneut abgenommen, weshalb er bereits im Ruhezustand unter einem Sauerstoffmangel leide und deshalb auf zusätzlichen Sauerstoff angewiesen sei. Die Verschlechterung habe im Februar 2018 aufgrund der fehlenden Messmöglichkeiten in der Hausarztpraxis von Dr. D. \_\_\_\_\_ nicht festgestellt werden können. Er habe im Gehstest vom 18. Mai 2018 zwar Fortschritte gezeigt, jedoch habe seine Atemnot danach zu einem lebensbedrohlichen Sauerstoffmangel geführt. Trotz der Verschlechterung seines Gesundheitszustands gehe die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus und verneine einen Invaliditätsanspruch.

4.2 Die Beschwerdegegnerin verweist auf ihre Verfügung vom 11. Juli 2018. Darin führt sie aus, dass beim Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus arbeitsmedizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass in ideal angepasster Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Verfügung vom 11. Juli 2018, das IV-Verlaufsprotokoll und das IV-Feststellungsblatt hätten einen eindeutigen und zweifelsfreien Schluss bezüglich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers aufgeführt. Der Beschwerdeführer habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit IV-relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es sei daher keine rentenbegründende Invalidität ausgewiesen und das Leistungsbegehren sei zu Recht abgewiesen worden. Aufgrund fehlender Einschränkungen in angepassten Tätigkeiten seien auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt.

#### **E. 5**

5.1 Gemäss dem Bericht vom 1. September 2015 des Spitals F. \_\_\_\_\_ befand sich der Beschwerdeführer am 1. September 2015 bei Dr. E. \_\_\_\_\_ in ambulanter Behandlung, wobei ihm eine schwere COPD, eine Hypertonie und ein gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum diagnostiziert wurde. Aufgrund seiner Atemnot bzw. seiner Anstrengungsdyspnoe wurde er bereits seit Mitte August 2015 von Dr. D. \_\_\_\_\_ krankgeschrieben. Lungenfunktionell bestehe eine schwere, nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung mit relativer Lungenüberblähung und mittelschwerer Diffusionsstörung. Da der Beschwerdeführer nach wie vor zwei Pack Zigaretten pro Tag

rauche, sei ihm ein dringender Rauchstopp empfohlen worden. Sodann wurde der Beschwerdeführer für eine stationäre pulmonale Rehabilitation in der Klinik G.\_\_\_\_\_ angemeldet.

5.2 Während dem sich der Beschwerdeführer ab dem 12. Oktober 2015 bis am 24. Oktober 2015 im stationären Rehabilitationsaufenthalt befand, hielt der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 17. Oktober 2015 fest, dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht aufgrund der schweren Dyspnoe und der damit einhergehenden verminderten körperlichen Belastbarkeit nicht mehr ausgeführt werden könne. Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne er noch nicht beurteilen.

5.3 Mit Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 von Dr. E.\_\_\_\_\_ wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten und von 50 % für leichte körperliche Arbeit attestiert. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte körperliche Tätigkeit ohne wesentliche Staub- und Rauchexposition und ohne starke Temperaturschwankungen an vier Stunden pro Tag zumutbar. In behinderungsangepasster Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer rein sitzende Tätigkeiten zumutbar. Aufgrund der Lungenkrankheit sei er weder als Schreiner noch als Monteur für Wasserleitungen und Brunnenstuben wie bis anhin arbeitsfähig.

5.4 Gemäss dem provisorischen Austrittsbericht aus der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2015 konnte der Beschwerdeführer gute Fortschritte in der Oxigenierung wie auch im Geh-Test verzeichnen. Auch die native Blutgasanalyse zeigte eine deutliche Verbesserung der respiratorischen Partialinsuffizienz. Gemäss dem Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, FMH Pneumologie und Innere Medizin, vom November 2015 wurde beim Beschwerdeführer am 23. Oktober 2015 ein Spiroergometrie-Befund durchgeführt, welcher eine leichte bis mittelschwere eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund einer pulmonalen Limitation zeigte. Überdies wurde dem Beschwerdeführer ein dringender Rauchstopp und ein regelmässiges physisches Training empfohlen, da sich dadurch eine Stabilisierung der Leistungsfähigkeit erzielen lasse. Längerfristig werde es aber zu einer weiteren Progression der Leistungseinschränkung kommen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Monteur sei der Beschwerdeführer mindestens 20 % arbeitsunfähig. Vom 12. Oktober 2015 bis zum 24. Oktober 2015 (stationärer Rehabilitationsaufenthalt) sei er zudem zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe einzig eine körperliche Einschränkung aufgrund der reduzierten Lungenkapazität, jedoch keine geistige oder psychische. Die verminderte Leistungsfähigkeit führe zu einer Ateminvalidität von ca. 40 %, wobei die maximale Leistungsfähigkeit ca. 120 Watt betrage, was 69 % des Solls entspreche und somit um ca. 30 % vermindert sei. Hingegen sei es möglich, diese Einschränkungen durch die zuvor genannten medizinischen Massnahmen (Rauchstopp und physisches Training) zu vermindern.

5.5 Im Bericht vom 28. September 2016 hielt Dr. E.\_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer seit November 2015 für leichte körperliche Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig sei, womit ihm vier Stunden Arbeit pro Tag zumutbar wären. Eine Arbeitssteigerung sei auch durch medizinische Massnahmen nicht zu erreichen. Inwiefern der gesundheitsschädliche Alkoholkonsum die Arbeitsfähigkeit beeinflusse, könne nicht beurteilt werden. Auch der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 11. August 2017 fest, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit leichter körperlicher Arbeit zu 50 % und eine Büroarbeit sogar zu 100 % möglich wäre.

5.6 Gemäss dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2017 von Dr. E. \_\_\_\_\_ besteht seit August 2016 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für mittelschwere körperliche Arbeiten und als Monteur von Brunnenstuben. Eine leichte körperliche Arbeit von vier Stunden pro Tag, ohne wesentliche Staub- und Rauchexposition und ohne starke Temperaturschwankungen, sei ihm zumutbar. Zudem spreche nichts gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung für leichte körperliche Arbeiten in einem 50 %-Pensum.

5.7 An Weihnachten 2017 erlitt der Beschwerdeführer eine Lungenentzündung und eine Blutvergiftung, weshalb er sich vom 17. Januar 2018 bis zum 30. Januar 2018 erneut in der Pneumorehabilitation befand. Gemäss dem definitiven Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2018 von Dr. H. \_\_\_\_\_ zeigte sich beim Beschwerdeführer eine schwere fixierte obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 40 %) mit einer absoluten und relativen Überblähung. Die CO-Diffusionskapazität war mit 34 % schwergradig eingeschränkt. Die arterielle Blutgasanalyse zeigte eine respiratorische Partialinsuffizienz bei einer Sättigung von 91 % ohne Indikation zur Dauersauerstofftherapie. Die nächtlich durchgeführte Pulsoxymetrie ergab eine durchschnittliche Sättigung von 78 %, weshalb eine O2-Supplementation durchgeführt wurde. Beim Austritt aus der Rehabilitation zeigte der Beschwerdeführer eine deutliche Verbesserung im Geh-Test. In sechs Minuten konnte er eine Strecke von 415 m zurücklegen, währenddem es beim Eintritt in die Klinik noch 290 m waren. Trotzdem habe sich der Beschwerdeführer gegen einen Rauchstopp entschieden.

5.8 Mit Bericht vom 28. Februar 2018 attestierte Dr. D. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere körperliche Arbeiten ab dem 1. Dezember 2016 mit wiederkehrender Exazerbation trotz konsequenter Behandlung aufgrund der schweren COPD seit 2010. Eine Verbesserung sei nicht zu erwarten. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihm zu acht Stunden pro Tag möglich. Die Prognose zur Eingliederung sei wegen der Krankheit und der möglicherweise verminderten Motivation aufgrund des Alkoholkonsums jedoch schlecht.

5.9 Mit Bericht vom 18. Mai 2018 stellte Dr. E. \_\_\_\_\_ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers fest. Neu bestehe eine medizinisch theoretische Ateminvalidität der Klasse 5 bzw. eine Ateminvalidität von mehr als 75 %. Der Beschwerdeführer sei somit auch für leichte körperliche Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Jahr 2016 habe die Vitalkapazität um 690 ml und das FEV1 um 430 ml abgenommen.

## **E. 6**

6.1 Die Auswirkung der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wurde von den Lungenspezialisten Dr. E. \_\_\_\_\_ des Spitals F. \_\_\_\_\_ und Dr. H. \_\_\_\_\_ der Klinik G. \_\_\_\_\_ und vom Hausarzt Dr. D. \_\_\_\_\_ beurteilt. Entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit IV-relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat.

6.2 Nach Erlass der Verfügung vom 11. Juli 2018 hielt der Lungenspezialist Dr. E. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 5. September 2018 eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers fest. Dessen Lungenvolumen habe gegenüber dem Jahr 2016 um mehr als einen halben Liter abgenommen, weshalb er nun bereits im Ruhezustand unter Sauerstoffmangel leide. Unter Anstrengung würde der Sauerstoffmangel

akut zunehmen. Die schwere COPD habe sich seit einer Lungenentzündung und einer Blutvergiftung an Weihnachten 2017 gegenüber seinen Voruntersuchungen deutlich verschlimmert. Vor der Lungenentzündung sei der Beschwerdeführer noch nicht auf eine Langzeitsauerstoffbehandlung angewiesen gewesen. Neuerdings sei er aber sowohl in der Ruhe- als auch in der Belastungsphase dauernd von zusätzlichem Sauerstoff abhängig, welchen er in flüssiger Form ständig mit sich tragen müsse. Der Sauerstoffmangel habe bereits im Januar 2018 während der pulmonalen Rehabilitation in der Klinik G.\_\_\_\_\_ bestanden. Im Februar 2018 habe der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zwar untersucht, habe jedoch den Sauerstoffmangel des Beschwerdeführers nicht feststellen können, da ihm die dafür notwendigen Messmöglichkeiten in der Hausarztpraxis gefehlt hätten. Obwohl der Beschwerdeführer Fortschritte im Geh-Test vom 18. Mai 2018 verzeichnet habe und eine Strecke von rund 458 m zurücklegen habe können, habe sich der Sauerstoffmangel währenddessen akzentuiert, sodass die Sauerstoffsättigung am Schluss noch 77 % betrage, was zu einem lebensbedrohlichen Sauerstoffmangel geführt habe. Aufgrund der lungenfunktionellen Messwerte und dem bereits in der Ruhephase vorhandenen Sauerstoffmangel bestehe für den Beschwerdeführer eine medizinisch theoretische Ateminvalidität der Klasse 5, was konkret heisse, dass seine Ateminvalidität über 75 % betrage und er seit der Lungenentzündung Ende 2017 auch für leichte körperliche Arbeiten nicht mehr arbeitsfähig sei.

### **E. 6.3**

6.3.1 Der regionale ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin kann selber ärztliche Untersuchungen von versicherten Personen durchführen, wobei er die Untersuchungsergebnisse schriftlich festhält (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]). RAD-Berichte ohne eine eigene Untersuchung der versicherten Person vermögen lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen in den vorhandenen medizinischen Beurteilungen vertretenen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist. Es handelt sich mithin um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung eines Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (Susanne Bollinger, in Felix Frey/Hans-Jakob Mosimann/Susanne Bollinger, Kommentar zum AHVG und IVG, Zürich 2018, Art. 59 IVG N. 1). Die Berichte nach Art. 59 Abs. 2 bis IVG haben die Funktion, gestützt auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen die zumutbaren und die unzumutbaren Funktionen und Tätigkeiten zu bezeichnen. Die versicherte Person ist nicht zwingend zu untersuchen (BGer-Urteil 9C\_589/2010 vom 8. September 2010 E. 2). Insbesondere muss der RAD keine eigenen Untersuchungen tätigen, wenn der medizinische Sachverhalt feststeht.

6.3.2 Vorliegend steht der medizinische Sachverhalt wie dargelegt nicht fest bzw. vermag der Bericht des RAD nicht die zumutbaren und die unzumutbaren Tätigkeiten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Der RAD geht in seiner Stellungnahme davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit seit August 2015 von 100 % und seit Januar 2016 von 50 % bestehe. In angepasster Tätigkeit sei er vollständig arbeitsfähig. Zum Bericht vom 18. Mai 2018 von Dr. E.\_\_\_\_\_, welcher eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festhält, führt der RAD aus, dass darin keine neuen Befunde und medizinische Tatsachen genannt würden, welche nicht auch bereits zum Zeitpunkt der Beurteilung des Beschwerdeführers durch Dr. D.\_\_\_\_\_ am 28. Februar 2018 bekannt gewesen seien. Weiter geht er von einer Steigerung der funktionellen körperlichen

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, beachtet jedoch nicht, dass damit einhergehend die Atemnot zu einem lebensbedrohlichen Sauerstoffmangel beim Beschwerdeführer geführt hat. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands gemäss Bericht vom 18. Mai 2018 von Dr. E. \_\_\_\_\_ lässt der RAD dabei gänzlich ausser Acht. Dr. E. \_\_\_\_\_ geht in diesem Bericht ■ im Vergleich zu früheren Berichten ■ neuerdings von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch für leichte körperliche Tätigkeiten aus. Weshalb der Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2018 keine Zweifel an der bisherigen Beurteilung zu wecken vermag, legte der RAD in seinem Bericht nicht überzeugend dar.

6.3.3 Der RAD stellt bei seiner Beurteilung vor allem auf den Arztbericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 28. Februar 2018 ab, welcher äussert knapp ausfällt. Dr. D. \_\_\_\_\_ geht in diesem von einer zumutbaren Arbeit des Beschwerdeführers von täglich acht Stunden in angepasster Tätigkeit aus ohne dies jedoch genauer zu begründen. Unklar bleibt sodann, wieso der RAD für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur auf diesen Bericht abstellt, weist er doch selber darauf hin, dass der Hausarzt Dr. D. \_\_\_\_\_ kein Facharzt für Lungenkrankheiten ist. Es geht nicht an, alleine gestützt auf frühere Beurteilungen der möglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ das Leistungsbegehren abzuweisen, ohne die Veränderung des Gesundheitszustands genauer zu untersuchen, ergeben sich doch aufgrund des Berichts von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2018 und seines Schreibens vom 5. September 2018 erhebliche Zweifel an einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 % in einer angepassten Tätigkeit.

6.4 Daraus folgt, dass ein abschliessender materieller Entscheid aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht möglich ist. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit sind von der Beschwerdegegnerin nicht genügend abgeklärt worden.

## **E. 7**

7.1 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.).

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat es im Verwaltungsverfahren weitgehend unterlassen, den Gesundheitszustand bzw. dessen IV-relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzuklären. So hat sie die Berichte von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2018 und vom 5. September 2018, welche erhebliche Zweifel an einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wecken, nicht berücksichtigt. Daher erweist sich die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin als zulässig. Die Beschwerdegegnerin hat Auskunft über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter und angepasster Tätigkeit zu erteilen, wofür sie ein externes Gutachten einzuholen hat.

7.3 Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Juni 2018 ist aufzuheben und die Sache ist im Sinne der Erwägungen an diese zurückzuweisen.

### III.

#### 1.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 (VRG) i.V.m. Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Als Obsiegen gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen auch die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zum Neuentscheid an den Versicherungsträger (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 N. 205), weshalb die Gerichtskosten von pauschal Fr 600.- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

#### 2.

Der durch eine Institution der öffentlichen Sozialhilfe vertretene teilweise obsiegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 126 V 11).

#### 3.

Da die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind, ist das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

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