

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.53 vom 11. Oktober 2018

SO Obergericht, 2018-10-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.53\\_d20181011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.53_d20181011)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.53 du 11 octobre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.53 del 11 ottobre 2018

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1969 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 4. November 2009 wegen einer eingeschränkten Belastbarkeit für schwere körperliche Arbeiten aufgrund eines am 8. März 2009 erlittenen Herzinfarkts bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Daraufhin tätigte die Beschwerdegegnerin Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Mit Mitteilung vom 30. November 2009 sprach sie dem Beschwerdeführer Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche durch die Stellenvermittlung der IV-Stelle [ ] zu (IV-Nr. 19). Nachdem der Beschwerdeführer per 1. Mai 2010 eine Tätigkeit als Rollstuhlmonteur bei der Firma B.\_\_\_\_ in [...] angetreten hatte, schloss die Beschwerdegegnerin die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 22. März 2011 ab und wies zugleich auch das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente ab (IV-Nr. 31). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.2 Am 15. Oktober 2015 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 32), woraufhin die Beschwerdegegnerin abermals Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vornahm. Nach Vorlage der medizinischen Unterlagen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 60, 69) stellte sie dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 3. Mai 2017 die Zusprache einer Viertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2016 in Aussicht (IV-Nr. 71). Die dagegen erhobenen Einwände vom 16. Juni 2017 wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Februar 2018 ab (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

### E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 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. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C\_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

### E. 3

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen

Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

#### **E. 4**

4.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

4.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen.

5.1 Im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 22. März 2011 (IV-Nr. 31) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf folgende Akten:

5.1.1 Im Bericht vom 30. Oktober 2009 stellte Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_, Leitender Arzt Kardiologie, folgende Diagnosen (IV-Nr. 29 S. 7):

Bei der klinischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer kompensiert gewesen. Echokardiographisch habe unverändert eine weitgehend erhaltene ventrikuläre Funktion bei kleiner Narbe inferior dokumentiert werden können. In der Ergometrie schliesslich hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer belastungsabhängigen Myokardischämie finden lassen, wobei die Aussagekraft des Tests wegen der infolge Beinschmerzen verminderten körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt sei. Aufgrund der vorliegenden Befunde seien die Thoraxbeschwerden und die Atemnot in Ruhe nicht im Rahmen der bekannten koronaren Herzkrankheit zu erklären. Die Schmerzen schienen muskuloskelettaler Genese zu sein. Die Atemnot trete möglicherweise auch bei Angstsymptomatik auf, der Beschwerdeführer sei seit dem Infarkt ereignis stark verunsichert. Die Ursache der limitierenden beidseitigen Beinschmerzen sei nicht klar, Hinweise für eine PAVK würden klinisch nicht bestehen und die Symptomatik persistiere auch nach Pausierung des Statins. Die Weiterführung der bisherigen kardialen Therapie werde empfohlen. Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer sicher für leichte

und mittelschwere körperliche Betätigungen als arbeitsfähig anzusehen (IV-Nr. 29 S. 8).

5.1.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2010 aus, er betreue den Beschwerdeführer seit Juli 2010 und habe ihn nur wegen kurzen, akuten Erkrankungen gesehen. Daher könne er keine Auskunft über ihn geben. Seines Wissens arbeite der Beschwerdeführer seit Sommer 2010 bei der B.\_\_\_\_ in [...] (IV-Nr. 28).

5.1.3 In seinem Bericht vom 19. Januar 2011 führte Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 29 S. 5):

Aufgrund der vorliegenden Befunde sei aus kardiologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Tätigkeiten gegeben. Zu berücksichtigen seien weiterhin die bei der letzten Konsultation bestehenden unklaren belastungsabhängigen Beinschmerzen. Inwieweit diese persistieren würden oder weiter abgeklärt worden seien, sei Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht bekannt (IV-Nr. 29 S. 6).

5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

5.2.1 Dem Austrittsbericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2015 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 22. bis 29. April 2015 hospitalisiert worden war. Folgende Diagnosen wurden gestellt (IV-Nr. 36 S. 2):

Der Beschwerdeführer habe sich elektiv zur Koronarangiographie bei zunehmenden Thoraxschmerzen im Rahmen einer instabilen Angina pectoris vorgestellt. In der Koronarangiographie habe sich ein gutes Langzeit-Ergebnis im Bereich der mittels Stents versorgten ACD gezeigt. Weiter habe sich eine subtotal bis intermittierend total langstreckig verschlossene RIVA Mitte gefunden. Diese Stenose habe als culprit lesion für die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden identifiziert werden können. Mittels CTO Intervention sei das chronisch subtotal verschlossene Gefäss wiedereröffnet worden. Im Rahmen der Intervention sei es zu einem intermittierenden Gefässverschluss am ehesten als Folge von Protrusion von Plaquematerial durch die Stent-Maschen gekommen. Die RIVA habe langstreckig von apikal bis nach proximal mittels drug eluting Stents versorgt werden müssen. Schlussendlich habe sich ein angiographisch guter Fluss in der RIVA gezeigt. Ein subtotal verschlossener Diagonalast 1 sei interventionell nicht angegangen worden und sei abschliessend verschlossen. Aufgrund starker periinterventioneller Schmerzen sei der Beschwerdeführer postinterventionell auf die Intensivstation verlegt worden. Es habe sich ein relevanter CK-Anstieg bis maximal 1597 U/l im Sinne eines periinterventionellen Myokardinfarkts gezeigt. Im Verlauf seien die Beschwerden deutlich regredient und der Beschwerdeführer sei stets hämodynamisch stabil gewesen. In der abschliessenden transthorakalen Echokardiographie habe sich eine normale Pumpfunktion mit Hypokinesie anteroapikal bis mittventrikulär und einem kleinen Perikarderguss gezeigt. Am 29. April 2015 sei der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (IV-Nr. 36 S. 3).

5.2.2 Dem Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 12. August 2015 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 36 S. 9):

Koronare 2-Ast-Erkrankung mit

Dyslipidämie

Leichtes Schlafapnoesyndrom (ED 5/2012)

St.n. Tympanoplastik links 2004

St.n. Helicobacter-Eradikation 2011 bei

Nach komplexer und schwieriger PTCA und Stentimplantation im April 2015 sei eine Kontrollkoronarographie geplant worden. Der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit die Rehabilitation im KARAMBA-Programm erfolgreich absolviert und habe keine kardialen Beschwerden gehabt. Die heutige Koronarographie zeige ein sehr schönes Resultat bei St.n. PTCA und Stentimplantation im RIVA proximal bis apical. Die 2006 gestentete ACD weise geringe Instent-Restenosen auf, die aktuell nicht revaskularisiert werden müssten. Die linksventrikuläre Funktion sei bei einer Auswurffraktion von 52 % leicht eingeschränkt. Mit lokaler anteriorer Akinesie und diskreter lokalisierter Hypokinesie inferior. Insgesamt also gutes Resultat bei St.n. PTCA und Stentimplantation im RIVA im April dieses Jahres (IV-Nr. 36 S. 9).

5.2.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin Pneumologie, stellte in ihrem Bericht vom 30. Oktober 2015 folgende Diagnosen (IV-Nr. 36 S. 13):

Polygraphisch habe ein klares obstruktives Schlafapnoe-Syndrom dokumentiert werden können, welches mit deutlichen Sättigungsabfällen einhergehe und therapiebedürftig sei. Der Beschwerdeführer werde daher für eine CPAP-Einschulung kurzhospitalisiert werden. Trotz des langjährigen Nikotinkonsums und der gelegentlich auch am Tage beklagten Luftnot seien die Lungenvolumina und der Gasaustausch normal gewesen (IV-Nr. 36 S. 14).

5.2.4 Im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 11. November 2015 wurde ausgeführt, aufgrund des Vorliegens von Niedergeschlagenheit, Freudeverlust, Lustlosigkeit, reduziertem Antrieb, starker Müdigkeit, Einschlafproblemen durch Gedankenkreisen, subjektiv vermindertem Konzentrationsvermögen und gereizter Stimmung sei diagnostisch von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) auszugehen. Da gemäss kardiologischer Abklärung keine kardiale Ischämie bestehe und da die beklagten körperlichen Symptome im Rahmen von psychischen Belastungssituationen verstärkt aufträten, sei zudem von einer ängstlichen Symptomatik auszugehen. Vor dem Hintergrund der somatischen Diagnose des Herzinfarktes könne eine Herzneurose (ICD-10: F45.30) jedoch ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei durch die Symptome in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und seine gedrückte und gereizte Stimmung würden ihn und seine Familie belasten. Er habe ein gutes soziales Umfeld, welches ihn unterstütze. Bei Bedarf hole sich der Beschwerdeführer dort oder bei externen Stellen selbständig Unterstützung. Die Therapiemotivation sei gegeben (IV-Nr. 53 S. 13).

5.2.5 Dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitende Ärztin, vom 18. April 2016 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 13. bis 15. April 2016 hospitalisiert worden war. Folgende Diagnosen sind diesem Bericht zu entnehmen (IV-Nr. 53 S. 6):

Es sei eine stationäre CPAP Einschulung erfolgt. Unter der CPAP Anwendung habe sich in der ersten Nacht ein Apnoe-Hypopnoe-Index von 1.4/h gezeigt. In der zweiten Nacht sei der Apnoe-Hypopnoe-Index mit 5.0 wegen Compliance Gründen etwas schlechter. Die Maske sei angepasst mit einem Druck von fünf bis zehn Zentimetern H2O. Die Hospitalisation habe sich komplikationslos gestaltet. Insgesamt sei von einer multifaktoriellen Ursache der jetzigen Beschwerden auszugehen. Bei der bereits

eingeleiteten ambulanten psychiatrischen Therapie werde ein eventueller Ausbau oder gegebenenfalls eine Re-Evaluation der medikamentösen Therapie bezüglich der depressiven Entwicklung empfohlen (IV-Nr. 53 S. 7).

5.2.6 Dr. med. D. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 19. Juli 2016 folgende Diagnosen (IV-Nr. 53 S. 1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Koronare 2-Ast-Erkrankung, St. n. 9 Stenteinlagen

Mittelschweres, in Rückenlage schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom:

Depressive Entwicklung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diabetes mellitus Typ II, nutritiv eingestellt

Im Weiteren attestierte er dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 21. April bis 31. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab dem 1. September 2015 eine solche von 50 % für die zuletzt ausgeübte und jede weitere leidensangepasste Tätigkeit. Der weitere Verlauf bleibe unklar, es sei jedoch keine Besserung zu erwarten. Der Beschwerdeführer wünsche sich eine Aufrechterhaltung seines Arbeitsplatzes, allerdings aufgrund seiner verminderten Leistungsfähigkeit nur im Rahmen eines Pensums von 50 %, damit er auch eine Tagesstruktur wahren könne (vgl. IV-Nr. 53 S. 2 ff.).

5.2.7 Dr. med. I. \_\_\_, Oberarzt Pneumologie, stellte im Verlaufsbericht vom 7. Oktober 2016 die Diagnose eines mittelschweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner hielt er fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers besserungsfähig sei (IV-Nr. 56 S. 1 ff.).

5.2.8 Dr. med. C. \_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2016 aus, die letzte kardiologische Untersuchung bei ihm habe im September 2015 stattgefunden, weshalb er zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers keine Stellung nehmen könne (IV-Nr. 55 S. 1).

5.2.9 Dem Bericht der G. \_\_\_ vom 8. November 2016 lässt sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) entnehmen (IV-Nr. 57 S. 2). Im Weiteren wurde dargelegt, dass sich diese depressive Episode nicht einschränkend auf die gegenwärtige 50%ige Arbeitsfähigkeit auswirke und eher im Hintergrund stehe. Von prognostisch grösserer Bedeutung dürften die verschiedenen somatischen Diagnosen sein. Es hätten sich auch keine Hinweise darauf gefunden, dass die wiederkehrenden Krisen mit u.a. Schwindel und Herzklopfen primär psychisch bedingt wären; vielmehr scheine eine somatische Ursache wahrscheinlich, wenngleich die diesbezügliche Beurteilung durch die behandelnden somatischen Ärzte zu erfolgen habe. Zu erwähnen sei der hohe Stellenwert, den die Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers einnehme und die sehr hohe Arbeitsmotivation. Er zeige eine hohe Motivation, die bestehenden körperlichen wie psychischen Beeinträchtigungen, wenn immer möglich, zu überwinden, um der Arbeit nachgehen zu können; er scheine festen Willens, die traditionelle Vaterrolle ausfüllen zu wollen, wozu aus seiner festen Überzeugung die Ausübung einer Arbeitstätigkeit und der Erwerb des Familienunterhaltes gehörten. Diese Eigenschaft der Übernahme von Verantwortung stelle sicherlich eine psychische Ressource dar. Andererseits zeige der Beschwerdeführer kaum weitere psychische Ressourcen, um längerfristig mit der

Krankheitsbewältigung konstruktiv umgehen zu können. Er sei kaum introspektionsfähig und es fehle an einer psychischen Flexibilität, um sich an die sich verändernde Lebenssituation adäquat anpassen zu können. Es sei mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es kurz- bis mittelfristig zu einer schlagartigen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes kommen dürfte, sofern eine weitere, auch nur geringfügige Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes bzw. eine Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit hinzutreten würde und damit gewissermassen die bestehende Abwehr ■durchbrochen■ werde. Die Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes auf ein 100 %-Arbeitspensum sei nicht eindeutig zu beantworten (IV-Nr. 57 S. 6 f.).

5.2.10 Am 5. Dezember 2016 nahm sodann Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zur medizinischen Situation. Dabei stellte er folgende Diagnosen (IV-Nr. 60 S. 2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Koronare Herzkrankheit

Obstruktives Schlafapnoesyndrom

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diabetes mellitus Typ II

Im Weiteren hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest, dem Beschwerdeführer sei eine körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Tätigkeit zumutbar ohne Einnahme von Zwangshaltungen, in Wechselposition, aber vorwiegend sitzend. Bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit seien ausreichende Arbeitspausen einzulegen, um durchhalten zu können. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit kam er zum Schluss, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch eine Verweistätigkeit, die den gesundheitlichen Gegebenheiten optimal Rechnung trage, liege eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vor (IV-Nr. 60 S. 3).

5.2.11 Dem Arztbrief des Spitals E.\_\_\_\_, Kardiologie, vom 31. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zur elektiven Koronarangiographie aufgrund bekannter koronarer Herzkrankheit, typischer Angina pectoris und nachgewiesener Ischämie zugewiesen worden sei. Angiographisch habe sich ein gutes Langzeitresultat nach PTCA/Stenting der linksseitigen Herzkranzgefässe gezeigt. Die rechte Koronararterie zeige unmittelbar proximal vom Stent eine höchstgradige Stenose, was die nachgewiesene Ischämie erkläre. Es sei gelungen, diese Läsion mit einem weiteren medikamentös beschichteten Stent zu sanieren. Distal davon imponiere im alten Stent eine diffuse, teils signifikante Re-Stenose, welche über die ganze Stentlänge nachdilatiert und schlussendlich mit Drug-Eluting-Balloons behandelt worden sei. Es sei ein gutes angiographisches Ergebnis resultiert. Der Beschwerdeführer habe die Intervention gut überstanden und am folgenden Morgen beschwerdefrei nach Hause austreten können (IV-Nr. 67 S. 5).

5.2.12 Am 27. März 2017 nahm sodann Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, Stellung zur medizinischen Situation. Sie führte im Wesentlichen aus, aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen ändere sich die Beurteilung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 nicht. Der Beschwerdeführer habe sich Ende Januar einer neuerlichen Koronarangiografie mit Stent Einlage in der rechten Herzkranzarterie wegen ischämischer Herzbeschwerden unterziehen müssen. Der Eingriff sei gut verlaufen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf die RAD-Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 zu verweisen

(IV-Nr. 69).

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 5. Februar 2018 in der Hauptsache auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (IV-Nr. 60) stützt, ist im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen.

6.1 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche **■**"nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange **■**"nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3. mit Hinweisen).

6.2 Da der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht und daher eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ist festzuhalten, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Die Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt von Dr. med. J.\_\_\_\_ wird diesen Anforderungen in mehrfacher Hinsicht nicht gerecht, weshalb seine Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 als Entscheidungsgrundlage nicht tauglich ist. Aus seiner nur wenige Zeilen umfassenden Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 ist nicht klar ersichtlich, auf welche Berichte er sich bei seiner Schlussfolgerung abstützt, wonach in der zuletzt ausgeübten und einer leidensangepassten Tätigkeit eine 60%ige Restarbeitsfähigkeit ausgewiesen gewesen sei. So hat eine Abklärung des medizinischen Sachverhalts mit Blick auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und damit die Rentenberechtigung nur am Rande stattgefunden. Zur Arbeitsfähigkeit haben sich neben dem RAD-Arzt einzig der behandelnde Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 19. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor, IV-Nr. 53 S. 2 ff.) sowie die Ärzte der G.\_\_\_\_ mit Bericht vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor, IV-Nr. 57) geäußert. Dr. med. D.\_\_\_\_ ging von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Ärzte der G.\_\_\_\_ führten aus, derzeit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine relevante psychische Einschränkung für die Ausübung der aktuellen 50%igen Arbeitstätigkeit. Die Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes auf ein 100 %-Arbeitspensum könnten sie nicht eindeutig beantworten. Ferner massen **■** im Unterschied zum RAD-Arzt **■** die behandelnden Ärzte dem Schlafapnoe-Syndrom keinen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Charakter zu (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor). Eine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie eine Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens auf der Grundlage einer (aktuellen) klinischen Untersuchung im Hinblick auf die kardiologischen Beschwerden fehlt sodann gänzlich.

Im Hinblick darauf, dass der Beschwerdeführer an mehreren Beschwerden aus unterschiedlichen Fachdisziplinen leidet, fehlt es vorliegend gänzlich an einer fachärztlichen interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in internistischer, kardiologischer, pneumologischer sowie psychiatrischer Hinsicht. Der RAD-Bericht vom 5. Dezember 2016 beruht folglich nicht auf einem feststehenden medizinischen Sachverhalt, welcher für eine Aktenbeurteilung vorausgesetzt ist. Unter diesen Umständen bildet eine Aktenbeurteilung durch einen Allgemeinmediziner vom RAD keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

7. Nach dem Gesagten beruht die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2018, worin dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2016 zugesprochen wurde, auf einer unvollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Die angefochtene Verfügung ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie sowie Psychiatrie veranlasse und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. Mit BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht sodann erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Auch diesem Grundsatz ist im Rahmen der noch nötigen Abklärungen und der erneuten Entscheidung Rechnung zu tragen. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall wurde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ungenügend bis gar nicht abgeklärt. Die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer arbeits- und leistungsfähig ist, bleibt aufgrund der fehlenden fachärztlichen Angaben ungeklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre in Nachachtung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verpflichtet gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

## **E. 5**

Status nach Tympanoplastik links 2004 wegen chronischer Otitis media

## **E. 6**

Depressive Entwicklung bei psychosozialer Belastungssituation Es sei eine stationäre CPAP Einschulung erfolgt. Unter der CPAP Anwendung habe sich in der ersten Nacht ein Apnoe-Hypopnoe-Index von 1.4/h gezeigt. In der zweiten Nacht sei der Apnoe-Hypopnoe-Index mit 5.0 wegen Compliance Gründen etwas schlechter. Die Maske sei angepasst mit einem Druck von fünf bis zehn Zentimetern H<sub>2</sub>O. Die Hospitalisation habe sich komplikationslos gestaltet. Insgesamt sei von einer multifaktoriellen Ursache der jetzigen Beschwerden auszugehen. Bei der bereits eingeleiteten ambulanten psychiatrischen Therapie werde ein eventueller Ausbau oder gegebenenfalls eine Re-Evaluation der medikamentösen Therapie bezüglich der depressiven Entwicklung empfohlen (IV-Nr. 53 S. 7). 5.2.6 Dr. med. D. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 19. Juli 2016 folgende Diagnosen (IV-Nr. 53 S. 1): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Koronare 2-Ast-Erkrankung, St. n. 9 Stenteinlagen - STEMI inferior 3/2009, PTCA/Stent ACD 3/2009; - periinterventioneller Myokardinfarkt bei Stenting des RIVA 23.4.2015; Koro

wegen instabiler Angina pectoris - Ergometrie mit ungenügender Belastbarkeit, vorzeitige Erschöpfung - Koro 08/2015: Leichte Instent-Restenose (60%) in Stent ACD Mittel/distal, leicht eingeschränkte LV-Funktion (52%) bei lokalisierter anteriorer Akinese und diskreter Hypokinesie - CVRF: Positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Status nach Nikotinabusus Mittelschweres, in Rückenlage schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom: - Pathologische Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung - CPAP seit 1/2016 Depressive Entwicklung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Diabetes mellitus Typ II, nutritiv eingestellt Im Weiteren attestierte er dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 21. April bis 31. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab dem 1. September 2015 eine solche von 50 % für die zuletzt ausgeübte und jede weitere leidensangepasste Tätigkeit. Der weitere Verlauf bleibe unklar, es sei jedoch keine Besserung zu erwarten. Der Beschwerdeführer wünsche sich eine Aufrechterhaltung seines Arbeitsplatzes, allerdings aufgrund seiner verminderten Leistungsfähigkeit nur im Rahmen eines Pensums von 50 %, damit er auch eine Tagesstruktur wahren könne (vgl. IV-Nr. 53 S. 2 ff.). 5.2.7 Dr. med. I. \_\_\_\_, Oberarzt Pneumologie, stellte im Verlaufsbericht vom 7. Oktober 2016 die Diagnose eines mittelschweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner hielt er fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers besserungsfähig sei (IV-Nr. 56 S. 1 ff.). 5.2.8 Dr. med. C. \_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2016 aus, die letzte kardiologische Untersuchung bei ihm habe im September 2015 stattgefunden, weshalb er zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers keine Stellung nehmen könne (IV-Nr. 55 S. 1). 5.2.9 Dem Bericht der G. \_\_\_\_ vom 8. November 2016 lässt sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) entnehmen (IV-Nr. 57 S. 2). Im Weiteren wurde dargelegt, dass sich diese depressive Episode nicht einschränkend auf die gegenwärtige 50%ige Arbeitsfähigkeit auswirke und eher im Hintergrund stehe. Von prognostisch grösserer Bedeutung dürften die verschiedenen somatischen Diagnosen sein. Es hätten sich auch keine Hinweise darauf gefunden, dass die wiederkehrenden Krisen mit u.a. Schwindel und Herzklopfen primär psychisch bedingt wären; vielmehr scheine eine somatische Ursache wahrscheinlich, wenngleich die diesbezügliche Beurteilung durch die behandelnden somatischen Ärzte zu erfolgen habe. Zu erwähnen sei der hohe Stellenwert, den die Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers einnehme und die sehr hohe Arbeitsmotivation. Er zeige eine hohe Motivation, die bestehenden körperlichen wie psychischen Beeinträchtigungen, wenn immer möglich, zu überwinden, um der Arbeit nachgehen zu können; er scheine festen Willens, die traditionelle Vaterrolle ausfüllen zu wollen, wozu aus seiner festen Überzeugung die Ausübung einer Arbeitstätigkeit und der Erwerb des Familienunterhaltes gehörten. Diese Eigenschaft der Übernahme von Verantwortung stelle sicherlich eine psychische Ressource dar. Andererseits zeige der Beschwerdeführer kaum weitere psychische Ressourcen, um längerfristig mit der Krankheitsbewältigung konstruktiv umgehen zu können. Er sei kaum introspektionsfähig und es fehle an einer psychischen Flexibilität, um sich an die sich verändernde Lebenssituation adäquat anpassen zu können. Es sei mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es kurz- bis mittelfristig zu einer schlagartigen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes kommen dürfte, sofern eine weitere, auch nur geringfügige Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes bzw. eine Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit hinzutreten würde und damit gewissermassen die bestehende Abwehr 'durchbrochen' werde. Die Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes auf ein

100 %-Arbeitspensum sei nicht eindeutig zu beantworten (IV-Nr. 57 S. 6 f.). 5.2.10 Am 5. Dezember 2016 nahm sodann Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zur medizinischen Situation. Dabei stellte er folgende Diagnosen (IV-Nr. 60 S. 2): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Koronare Herzkrankheit Obstruktives Schlafapnoesyndrom Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Diabetes mellitus Typ II Im Weiteren hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest, dem Beschwerdeführer sei eine körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Tätigkeit zumutbar ohne Einnahme von Zwangshaltungen, in Wechselposition, aber vorwiegend sitzend. Bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit seien ausreichende Arbeitspausen einzulegen, um durchhalten zu können. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit kam er zum Schluss, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch eine Verweistätigkeit, die den gesundheitlichen Gegebenheiten optimal Rechnung trage, liege eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vor (IV-Nr. 60 S. 3).

5.2.11 Dem Arztbrief des Spitals E.\_\_\_\_, Kardiologie, vom 31. Januar 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zur elektiven Koronarangiographie aufgrund bekannter koronarer Herzkrankheit, typischer Angina pectoris und nachgewiesener Ischämie zugewiesen worden sei. Angiographisch habe sich ein gutes Langzeitresultat nach PTCA/Stenting der linksseitigen Herzkranzgefäße gezeigt. Die rechte Koronararterie zeige unmittelbar proximal vom Stent eine höchstgradige Stenose, was die nachgewiesene Ischämie erkläre. Es sei gelungen, diese Läsion mit einem weiteren medikamentös beschichteten Stent zu sanieren. Distal davon imponiere im alten Stent eine diffuse, teils signifikante Re-Stenose, welche über die ganze Stentlänge nachdilatiert und schlussendlich mit Drug-Eluting-Balloons behandelt worden sei. Es sei ein gutes angiographisches Ergebnis resultiert. Der Beschwerdeführer habe die Intervention gut überstanden und am folgenden Morgen beschwerdefrei nach Hause austreten können (IV-Nr. 67 S. 5).

5.2.12 Am 27. März 2017 nahm sodann Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, Stellung zur medizinischen Situation. Sie führte im Wesentlichen aus, aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen ändere sich die Beurteilung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 nicht. Der Beschwerdeführer habe sich Ende Januar einer neuerlichen Koronarangiografie mit Stent Einlage in der rechten Herzkranzarterie wegen ischämischer Herzbeschwerden unterziehen müssen. Der Eingriff sei gut verlaufen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf die RAD-Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 zu verweisen (IV-Nr. 69).

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 5. Februar 2018 in der Hauptsache auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (IV-Nr. 60) stützt, ist im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen.

6.1 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche „nicht ohne zwingende Gründe“ von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange „nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit“ der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3. mit Hinweisen).

## **E. 6.2**

Da der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht und daher eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ist festzuhalten, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage beweiskräftig sein kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Die Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt von Dr. med. J.\_\_\_\_ wird diesen Anforderungen in mehrfacher Hinsicht nicht gerecht, weshalb seine Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 als Entscheidungsgrundlage nicht tauglich ist. Aus seiner nur wenige Zeilen umfassenden Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 ist nicht klar ersichtlich, auf welche Berichte er sich bei seiner Schlussfolgerung abstützt, wonach in der zuletzt ausgeübten und einer leidensangepassten Tätigkeit eine 60%ige Restarbeitsfähigkeit ausgewiesen gewesen sei. So hat eine Abklärung des medizinischen Sachverhalts mit Blick auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit und damit die Rentenberechtigung nur am Rande stattgefunden. Zur Arbeitsfähigkeit haben sich neben dem RAD-Arzt einzig der behandelnde Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 19. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.2.6 hiavor, IV-Nr. 53 S. 2 ff.) sowie die Ärzte der G.\_\_\_\_ mit Bericht vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.2.9 hiavor, IV-Nr. 57) geäußert. Dr. med. D.\_\_\_\_ ging von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Ärzte der G.\_\_\_\_ führten aus, derzeit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine relevante psychische Einschränkung für die Ausübung der aktuellen 50%igen Arbeitstätigkeit. Die Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes auf ein 100 %-Arbeitspensum könnten sie nicht eindeutig beantworten. Ferner massen – im Unterschied zum RAD-Arzt – die behandelnden Ärzte dem Schlafapnoe-Syndrom keinen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Charakter zu (vgl. E. II. 5.2.7 hiavor). Eine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie eine Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens auf der Grundlage einer (aktuellen) klinischen Untersuchung im Hinblick auf die kardiologischen Beschwerden fehlt sodann gänzlich. Im Hinblick darauf, dass der Beschwerdeführer an mehreren Beschwerden aus unterschiedlichen Fachdisziplinen leidet, fehlt es vorliegend gänzlich an einer fachärztlichen interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in internistischer, kardiologischer, pneumologischer sowie psychiatrischer Hinsicht. Der RAD-Bericht vom 5. Dezember 2016 beruht folglich nicht auf einem feststehenden medizinischen Sachverhalt, welcher für eine Aktenbeurteilung vorausgesetzt ist. Unter diesen Umständen bildet eine Aktenbeurteilung durch einen Allgemeinmediziner vom RAD keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

## **E. 7**

Nach dem Gesagten beruht die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2018, worin dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2016 zugesprochen wurde, auf einer unvollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Die angefochtene Verfügung ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie sowie Psychiatrie veranlasse und danach über den Leistungsanspruch des

Beschwerdeführers neu entscheide. Mit BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht sodann erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Auch diesem Grundsatz ist im Rahmen der noch nötigen Abklärungen und der erneuten Entscheidung Rechnung zu tragen. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall wurde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ungenügend bis gar nicht abgeklärt. Die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer arbeits- und leistungsfähig ist, bleibt aufgrund der fehlenden fachärztlichen Angaben ungeklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre in Nachachtung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verpflichtet gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

### **E. 7.29**

Stunden auf die Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018, wobei im Beschwerdeverfahren auch nur der Aufwand für eben dasselbe geltend gemacht werden kann. Insofern sind diese 7.29 Stunden zu streichen. Im Weiteren ist reine Kanzleiarbeit (z. B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können folgende Aufwendungen nicht entschädigt werden: 9. Februar 2018 (Schreiben an K., 0.17 Std.), 13. Februar 2018 (Schreiben an K. m. Entwurf, 0.10 Std.), 28. Februar 2018 (Schreiben an K., 0.05 Std.), 25. April 2018 (Eingabe m. HN an Gericht, 0.17 Std.), 9. Juli 2018 (Schreiben an K., 0.17 Std.), 14. August 2018 (Fristerstreckung a. VerGer, 0.08 Std.), 11. September 2018 (Eingabe an Versicherungsgericht, 0.05 Std.). Somit sind zusätzlich 0.79 Stunden abzuziehen. Der verbleibende Aufwand von 8.56 Stunden erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00, der Auslagen ab dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung sowie der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'433.35 (Honorar von CHF 2'140.00, Auslagen von CHF 119.40 und MwSt. von CHF 173.95).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

### **E. 8**

8.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. d ATSG).

Nach der Rechtsprechung gilt es im kantonalen Verwaltungsgerichtsverfahren unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre

Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f. mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist dementsprechend eine Parteientschädigung zuzusprechen.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Die beiden von der Vertreterin eingereichten Kostennoten (A.S. 30 ff. / 45 ff.) weisen einen Kostenaufwand von insgesamt CHF 4'682.45 auf. Vom angeführten Zeitaufwand von 16.64 Stunden entfallen 7.29 Stunden auf die Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018, wobei im Beschwerdeverfahren auch nur der Aufwand für eben dasselbe geltend gemacht werden kann. Insofern sind diese 7.29 Stunden zu streichen. Im Weiteren ist reine Kanzleiarbeit (z. B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können folgende Aufwendungen nicht entschädigt werden: 9. Februar 2018 (Schreiben an K., 0.17 Std.), 13. Februar 2018 (Schreiben an K. m. Entwurf, 0.10 Std.), 28. Februar 2018 (Schreiben an K., 0.05 Std.), 25. April 2018 (Eingabe m. HN an Gericht, 0.17 Std.), 9. Juli 2018 (Schreiben an K., 0.17 Std.), 14. August 2018 (Fristerstreckung a. VerGer, 0.08 Std.), 11. September 2018 (Eingabe an Versicherungsgericht, 0.05 Std.). Somit sind zusätzlich 0.79 Stunden abzuziehen. Der verbleibende Aufwand von 8.56 Stunden erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00, der Auslagen ab dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung sowie der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'433.35 (Honorar von CHF 2'140.00, Auslagen von CHF 119.40 und MwSt. von CHF 173.95).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Bundesgerichtsgesetzes, BGG).Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

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