

# **BL\_GERICHTE 720 20 149/322 vom 6. Juni 2016**

BL Gerichte, 2016-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_149\\_322](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_149_322)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 149/322 du 6 juin 2016

IT: BL\_GERICHTE 720 20 149/322 del 6 giugno 2016

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 4**

Der strittigen Angelegenheit liegen zahlreiche ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Berichte und Gutachten wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

#### **E. 4.1**

In ihrem Austrittsbericht vom 16. Juli 2014 verzeichneten Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, beide Spital Y.\_\_\_\_, die Diagnose eines akuten anterolateralen ST-Hebungsinfarkts bei koronarer 2-Ast-Erkrankung mit Culprit Lesion im Bereich der Ramus interventricularis anterior (RIVA) Mitte, bei kardiovaskulären Risikofaktoren einer arteriellen Hypertonie sowie einer Dyslipidämie. Nach erfolgreicher Eröffnung des thrombotisch verschlossenen RIVA Mitte mit Thrombusaspiration und primärem Stenting imponierte der Patient durchwegs kreislaufstabil.

#### **E. 4.2**

Am 22. Juli 2014 bestätigten Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Nephrologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, beide Spital Z.\_\_\_\_, die Diagnose einer koronaren 2-Gefässerkrankung nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt mit Culprit Lesion im Bereich der RIVA Mitte. Daneben verzeichneten sie die Verdachtsdiagnose eines aktuell exazerbierten subacromialen Impingement-Syndroms links (adominant) mit subacromialer Infiltration. Während der Überwachung im Spital Z.\_\_\_\_ seien dabei keine weiteren Kammertachykardien aufgetreten und der Patient sei stets hämodynamisch stabil gewesen. Es werde insbesondere ein Ausbau der kardialen Medikation sowie die Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren, namentlich der arteriellen Hypertonie und der Dyslipidämie, empfohlen.

#### **E. 4.3**

Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Rehabilitationsschlussbericht vom 29. September 2014 die Diagnose einer koronaren 2-Gefässerkrankung nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt mit Culprit Lesion im Bereich der RIVA Mitte, die Verdachtsdiagnose eines subacromialen Impingement der Schulter links (adominant) sowie den Status nach Inguinalhernien-Operation rechts fest. Im Rahmen des kardialen Rehabilitationsprogramms habe der Patient gut integriert werden können, wobei durch das individuelle Ergometertraining seine Leistung habe gesteigert

werden können. Der Rehabilitationsverlauf gestalte sich komplikationslos. In der Austrittsergometrie habe sich eine relevante Belastungskoronarinsuffizienz ausschliessen lassen. EKG-Veränderungen, Herzrhythmusstörungen oder Beschwerden seien nicht aufgetreten. Eine duale Plättchenhemmung mit Aspirin und Efient für insgesamt zwölf Monate nach Primäreignis sowie eine möglichst optimale Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere durch regelmässige körperliche Aktivität, werde empfohlen.

#### **E. 4.4**

Mit Bericht vom 10. Februar 2015 hielt Prof. Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, dass der Patient anamnestisch unter nahezu täglichen linksthorakalen Schmerzen leide. Bei der körperlichen Untersuchung sei der Patient kardiopulmonal kompensiert und das Herz auskultatorisch unauffällig gewesen. Echokardiographisch bestehe eine knapp erhaltene systolische linksventrikuläre Funktion bei umschriebener septo-apikaler und antero-apikaler Akinesie. Die vom Patienten beschriebenen Beschwerden würden nicht auf eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung hinweisen und seien vom Charakter her eher atypisch. Es gebe keinen Hinweis auf eine Verschlechterung der Herzsituation und eine weiterführende Koronardiagnostik sei momentan nicht angezeigt.

#### **E. 4.5**

Am 16. Februar 2015 teilte Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, mit Schreiben an die IV-Stelle die bekannten Diagnosen mit. Der Patient arbeite seit dem 24. November 2014 zu 50%, wobei eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein solle. Der Patient klagt über etwas Schwindel, Müdigkeit und unklare Thoraxschmerzen, welche allerdings für eine koronare Herzkrankheit atypisch seien. Auch fühle er sich weniger leistungsfähig und habe Angst vor einem erneuten Myokardinfarkt. Der kardiologische Befund sei eigentlich gut, wobei aber entscheidend sei, wie der Patient das Ereignis psychisch verarbeite.

#### **E. 4.6**

In seinem Untersuchungsbericht vom 21. April 2015 wiederholte Dr. G.\_\_\_\_ die bekannten Diagnosen. Der Patient beschreibe nahezu tägliche linksthorakale Schmerzen, welche auch ohne Belastung auftreten würden. Darüber hinaus beklage er eine ausgeprägte Müdigkeit - differentialdiagnostisch allenfalls eine Nebenwirkung der Betablocker - die ihn an der Wahrnehmung eines höheren Arbeitspensums hindere. Klinisch präsentiere sich der Patient kardiopulmonal kompensiert, normoton und bradykard. Im Elektrokardiogramm würden sich bei bradykardem Sinusrhythmus T-Negativierungen in der anteroseptalen Ableitung zeigen. Echokardiographisch habe bei insgesamt leicht eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Auswurfsleistung und Nachweis einer anteroseptoapikalen, apikalen und inferoapikalen Hypo- bis Akinesie das Bild einer koronaren Herzerkrankung objektiviert werden können. Hinweise für neuerliche Wandbewegungsstörungen, für eine höhergradige diastolische Dysfunktion oder relevante Klappenvitien hätten sich hingegen nicht ergeben. Stressechokardiographisch sei die Leistung des Patienten objektiv leicht eingeschränkt gewesen, wobei sich bildgebend bis zum Belastungsabbruch aufgrund von Beinermüdung - ohne vollständige Erreichung der Herzfrequenzkriterien - keine Hinweise für eine prognostisch relevante Myokardischämie gezeigt hätten. Zusammenfassend seien diese Befunde als gutartig einzustufen, wobei ein Zusammenhang mit einer koronaren

Mikrozirkulationsstörung im Randbereich der Myokardnarbe denkbar sei.

#### **E. 4.7**

Mit Austrittsbericht vom 14. Juli 2015 rapportierten Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K.\_\_\_\_, beide Spital Z.\_\_\_\_, die Diagnose einer koronaren 2-Gefässerkrankung nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt bei arterieller Hypertonie und Dyslipidämie. Der Patient berichte von linksseitigen atypischen Thoraxschmerzen ohne Ausstrahlung, welche manchmal in Ruhe, manchmal bei Belastung auftreten und circa für eine Stunde andauern würden. Dyspnoe-Beschwerden habe er keine; ebenso keine Orthopnoe, Palpitationen, Tachykardie oder Orthostase. Dieser Befund sei dabei nicht interventionsbedürftig gewesen und der Patient habe bei komplikationslosem Verlauf in gutem Allgemeinzustand am Folgetag entlassen werden können. Die Medikation mit Efient werde nun ein Jahr nach Stenteinlage eingestellt und eine Weiterführung der konservativen kardialen Therapie werde empfohlen.

#### **E. 4.8**

Am 8. und 15. Juli 2015 wiederholte Dr. G.\_\_\_\_ die bekannten Diagnosen. Der Patient beklage weiterhin praktisch täglich auftretende, insgesamt aber atypisch anmutende Thoraxbeschwerden. Es habe sich in der angiographischen Untersuchung ein gutes Ergebnis bei Status nach Stent in der RIVA bei unverändert hämodynamisch belangloser Stenose im Bereich der Ramus circumflexus (RCX) ergeben, wobei auch die fraktionelle Flussreserve (FFR) keine Hinweise für eine hämodynamische Relevanz gezeigt habe. Die Beschwerdesymptomatik sei am ehesten als muskuloskelettal bedingt zu interpretieren, wobei differentialdiagnostisch eine koronare Mikrozirkulationsstörung denkbar wäre. Die duale Plättcheninhibition mit Aspirin und Efient könne ab sofort zugunsten einer Aspirinmonotherapie aufgehoben werden. Im Übrigen empfehle er eine nächste Verlaufskontrolle in zwölf Monaten.

#### **E. 4.9**

Zu Händen des Krankentaggeldversicherers teilte Dr. I.\_\_\_\_ mit Bericht vom 16. Juli 2015 die Diagnose einer koronaren 2-Gefässerkrankung bei Status nach anterolateralem ST-Hebungsinfarkt mit. Dabei stellte er fest, dass prognostisch momentan nicht mit einer weiteren Steigerung der derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 60% zu rechnen sei. Diese negative Prognose sei durch die Müdigkeit des Patienten begründet, welche ihm eine volle Arbeitsaufnahme verunmögliche.

#### **E. 4.10**

Am 7. und 8. Oktober 2015 erstellte Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, zu Händen des Krankentaggeldversicherers eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Dabei wurden die Diagnosen einer persistierenden belastungsabhängigen Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und Kraftlosigkeit nicht geklärt. Die Ätiologie, einer koronaren 2-Gefässerkrankung nach Vorderwandinfarkt, atypischer Thoraxbeschwerden, belastungsabhängiger Rückenbeschwerden, Schulterschmerzen rechts mehr als links sowie arterieller Hypertonie, Dyslipidämie und Adipositas festgestellt. Die Hauptproblematik stelle dabei die chronische Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit und Kraftlosigkeit dar, hinsichtlich welcher es bisher an Abklärungen fehle. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer anderen beruflichen Tätigkeit sei derzeit bei 60%, in drei Monaten bei 80% sowie in sechs Monaten bei 100% anzusetzen. Die deutliche Dekonditionierung lasse eine grössere Belastung aktuell nicht zu.

Insbesondere werde dem Patienten empfohlen, aktive Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie sowie eine Fortsetzung der Schulterbehandlung zu verfolgen.

#### **E. 4.11**

Mit Bericht vom 12. November 2015 verzeichnete Dr. G.\_\_\_\_\_ zu Händen des Krankentaggeldversicherers, dass beim Patienten ein Status nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt mit Culprit Lesion im Bereich der RIVA vorliege, welche mittels eines medikamentenbeschichteten Stents versorgt worden sei. Residuelle Stenosen im Bereich der RCX seien als hämodynamisch belanglos taxiert und entsprechend belassen worden. Aufgrund wiederholter Thoraxbeschwerden sei im Frühjahr 2015 eine Kontrollangiographie durchgeführt worden, welche keine Hinweise für eine Instent-Restenose bei hämodynamisch grenzwertiger Stenose der RCX gezeigt habe. Ergometrisch sei die Leistung des Patienten objektiv leicht eingeschränkt gewesen. In der Gesamtschau der Befunde mit residuellen wenngleich nicht signifikanten Stenosen und objektiv eingeschränkter ergometrischer Belastungsfähigkeit halte er eine Steigerung des Arbeitspensums auf 80% bis 100% nicht für vertretbar.

#### **E. 4.12**

Am 21. März 2016 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, RAD beider Basel, dass keine medizinischen Befunde oder plausiblen Funktionseinschränkungen ausgewiesen seien, welche eine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit des Patienten im Umfang von 40% nachvollziehbar begründen könnten. Der Hausarzt stütze sich bei der fortlaufenden Attestierung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 40% offensichtlich ausschliesslich auf die subjektiven Beschwerden seines Patienten ab. Objektive kardiale Befunde nach erfolgreichem Stenting, welche eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit in dieser Höhe begründen könnten, würden letztlich keine präsentiert. Die Kontrollangiographie habe keine pathologischen Befunde ergeben und in der Stressechokardiographie sei nur eine "leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit" ausgewiesen worden. Bei kritischer Betrachtung der kardiometrischen Befunde liege dabei eine Selbstlimitierung des Patienten nahe, da der jeweilige Abbruch der Fahrradergometrie aufgrund von Beinermüdung ohne Erreichung der Herzfrequenzkriterien erfolgt sei. Die bisherige Tätigkeit sei nicht als derart körperlich anspruchsvoll einzustufen, dass sich gemessen an den letztlich objektivierbaren medizinischen Befunden - exklusive der rein subjektiven Beschwerden - eine massgebliche und dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit plausibel ergeben könne. Ab dem Entlassungszeitpunkt aus der ambulanten Herzrehabilitation vom 19. September 2014 sei deshalb bei ausdrücklich ausgeschlossener Belastungskoronarinsuffizienz in der Austrittsergometrie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zu begründen. Zugestanden werden könne allenfalls ein schrittweiser beruflicher Wiedereinstieg mit initial 50% Arbeitsfähigkeit, die aber spätestens nach einem Monat und damit ab 20. Oktober 2014 auf ein Vollzeitpensum ausdehnbar wäre. Mit Bericht vom 14. April 2016 bestätigte Dr. M.\_\_\_\_\_ seine Beurteilung vom 21. März 2016. 4.13.1 In seinem Untersuchungsbericht vom 19. September 2016 stellte Dr. G.\_\_\_\_\_ erneut die Diagnose einer koronaren 2-Gefässerkrankung nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt mit Culprit Lesion im Bereich der RIVA Mitte, die Verdachtsdiagnose eines subacromialen Impingement der Schulter links (adominant) sowie den Status nach Inguinalhernien-Operation rechts. Subjektiv beschreibe der Patient fast täglich auftretende, vom Charakter her atypisch anmutende Thoraxbeschwerden bei einer

insgesamt eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit bei Anstrengungsdyspnoe NYHA II. Klinisch präsentiere sich der Patient kardiopulmonal kompensiert, situativ bedingt leicht hyperten und normokard. Im Elektrokardiogramm würden sich bei normokardem Sinusrhythmus keine wegweisenden Befunde zeigen. In der transthorakalen Echokardiographie zeige sich hingegen eine weitere Abnahme der Auswurfsleistung bei unveränderter Akinese anteroseptal, apikal und inferoapikal mit beginnendem Aneurysma im Herzspitzenbereich. Geometriebedingt entstehe beim Patienten eine leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz, welche zusammen mit der linksventrikulären Funktionseinschränkung zu einer linksatrialen Dilatation führe. Fahrradergometrisch sei die Leistung des Patienten deutlich eingeschränkt gewesen und habe aufgrund von Dyspnoe und Beinermüdung abgebrochen werden müssen. Die kardialen Ausbelastungskriterien seien dadurch nicht erreicht worden. Stressechokardiographisch habe sich eine regelrechte, wenngleich träge Zunahme der myokardialen Wandkontraktibilität bei Persistenz der Akinesie im Herzspitzenbereich gezeigt. Zusammenfassend würden sich bei der genannten weiteren Abnahme der Auswurfsleistung keine sicheren Hinweise für eine relevante Myokardischämie ergeben. Die Beschwerdesymptomatik sei am ehesten als relativ bedingt bei Vorliegen eines apikalen Aneurysmas mit möglicher Randischämie zu interpretieren, weshalb die etablierte sekundärprophylaktische Therapie unverändert beizubehalten sei. Er erachte deshalb eine Reevaluation der Arbeitsfähigkeit als gerechtfertigt. 4.13.2 Am 19. September 2016 reichte Dr. G.\_\_\_\_\_ zudem zu Händen des Krankentaggeldversicherers ein Schreiben mit dem Titel "Wiedererwägungsgesuch" ein. Demnach habe sich die Leistung des Patienten seit der letzten Kontrolle im Juli 2015 weiter verschlechtert, so dass er kaum mehr beschwerdefreie Tage erlebe. Bei bereits geringer Anstrengung komme es zu Atemnot sowie zu rezidivierenden, atypisch anmutenden thorakalen Beschwerden. Objektiv zeige sich auch eine Verschlechterung seiner Leistung beziehungsweise der linksventrikulären Auswurfleistung bei neuem Nachweis eines Aneurysmas im Herzspitzenbereich. Dies erkläre die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sowie einen Teil seiner Thoraxbeschwerden. Zusammenfassend handle es sich somit um eine progrediente koronare Herzerkrankung, deren Prognose im Falle einer künftig möglichen Herzinsuffizienz insgesamt schlecht sei. Die Registerdaten würden aus den grossen internationalen Studien dokumentierte 5-Jahres-Mortalitäten um 30% bis 50% ergeben. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen beziehungsweise der Befunde der kardialen Funktionsdiagnostik sei der Patient aus kardialer Sicht für seinen bisherigen Beruf zu mindestens 60% arbeitsunfähig. Daher erachte er eine Wiedererwägung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise eine erneute Anmeldung bei der IV-Stelle für gerechtfertigt und er bitte den Hausarzt, eine Revision einzuleiten.

#### **E. 4.14**

In seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2016 teilte Dr. M.\_\_\_\_\_ mit, dass es sich bei den subjektiven Beschwerden des Patienten ausdrücklich um atypische Thoraxschmerzen handle, welche nur "am ehesten" und lediglich "relativ bedingt" mit einem apikalen Aneurysma erklärt würden. Gegen eine funktionelle Relevanz würden jedoch die objektiven Messdaten, beispielsweise einer regelrechten myokardialen Wandkontraktibilität, sprechen. Die fahrradergometrische Leistungseinschränkung spiegle eine Selbstlimitierung des Patienten wider, da der jeweilige Abbruch aufgrund subjektiver Beschwerden in Form von Beinermüdung und Dyspnoe, ohne Erreichung der Herzfrequenzkriterien und ohne Ischämiezeichen, erfolgt sei. Durch den behandelnden Arzt unberücksichtigt sei geblieben, dass die körperlich leichte Arbeit des Patienten nicht andeutungsweise kardiopulmonale

Belastungsspitzen wie jene der genannten Fahrradergometrie aufweise. Auch erscheine es inkohärent, dass der behandelnde Arzt im Juli letzten Jahres die Beschwerden als am ehesten muskuloskelettaler Natur interpretierte, während er nun trotz fehlender wegweisender Befunde eher eine kardiale Diagnose in den Vordergrund stelle.

#### **E. 4.15**

Am 8. November 2017 berichteten die Abteilungen Kardiologie und Nuklearmedizin des Spital Y.\_\_\_\_ über die gleichentags durchgeführte Myokardperfusionsszintigraphie. Dabei hätten sich eine adäquate, asymptotische kombinierte Belastung mit Adenosin bei Nichterreichen der benötigten Herzfrequenz unter Betablockade, eine adäquate Blutdruck- und Pulsreaktion sowie eine klinisch und elektrisch negative Belastung gezeigt. Szintigraphisch sei der Nachweis einer inferolateralen und anteroapikalen Narbe sowie einer umschriebenen inferolateralen Ischämie erbracht worden. Die linksventrikuläre Auswurfleistung sei leicht eingeschränkt, jedoch ohne regionale Motilitätsstörungen.

#### **E. 4.16**

Prof. Dr. N.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, Spital Y.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2017 eine koronare 1-Gefässerkrankung bei Status nach anteroapikalem ST-Hebungsinfarkt. Bei atypischer pektanginöser Beschwerdesymptomatik aber bekannter koronarer Herzkrankheit und aktuell nachgewiesener inferolateraler Ischämie habe sich beim Patient ein gutes angiographisches Langzeitergebnis im Stent ohne relevante Stenosen in den Bereichen Arteria coronaria dextra (ACD) und RCX ergeben. Allerdings würden Wandunregelmässigkeiten in den Bereichen RCX distal sowie Ramus posterolateralis dexter (RPLD) bestehen. Es werde deshalb eine Weiterführung der etablierten medikamentösen Therapie sowie der Sekundär-Prophylaxe empfohlen.

#### **E. 4.17**

In seinem Bericht vom 18. Dezember 2017 bestätigte Dr. G.\_\_\_\_ erneut die bekannten Diagnosen. Aktuell gäbe es angiographisch keine Hinweise für ein epikardiales Korrelat der myokardperfusionsszintigraphisch nachgewiesenen geringgradigen Ischämie. Es würden sich insbesondere keine Hinweise für eine In-stent-Restenose oder relevante De-novo-Stenosen im Bereich der Nativgefässe zeigen. Die gesehene Ischämie stamme somit am ehesten aus der koronaren Mikrozirkulation und solle primär konservativ therapiert werden.

4.18.1 Am 9. Januar 2019 erstattete die MEDAS Bericht über das bei ihr in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten. Im kardiologischen Teilgutachten verzeichneten Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, und med. pract P.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, die Diagnosen einer koronaren 2-Gefäss-Herzkrankheit (ICD-10 I25.12) nach akutem anterolateralem ST-Hebungsinfarkt und nach erfolgreicher Eröffnung des thrombotisch verschlossenen RIVA Mitte mit Thrombusaspiration und primärem medikamentenbeschichtetem Stenting. Der Befund sei seit 2017 aus kardialer Sicht stabil und die 2015 und 2017 durchgeführten Koronarangiographien würden keine Progression der koronaren Herzkrankheit zeigen. Auch zeige sich in der aktuellen Echokardiographie eine erhaltene linksventrikuläre Funktion mit Auswurfleistung von 50% bei Narbe im Versorgungsgebiet der RIVA und ohne relevanten Klappenfehler. In der Spiroergometrie habe sich eine schwere Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit entsprechend einer schweren Einschränkung der kardiorespiratorischen Fitness gezeigt. Bei einer Respiratory Exchange

Ratio von 0.8 sei der Patient jedoch nicht ausbelastet und habe den Belastungstest somit frühzeitig aufgrund nicht kardialer Ursache abgebrochen. Bei einem NT-pro BNP von 96 pg/ml könne eine kardiale Ursache der Dyspnoe bei intakter systolischer und diastolischer linksventrikulärer Funktion ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Damit sei die Prognose hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung beim Patienten gut. Es bestehe deshalb keine Kontraindikation für eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch jeder anderen Arbeitstätigkeit mit entsprechender Belastung. 4.18.2 Im rheumatologischen Teilgutachten stellte Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, im Vordergrund der Beschwerden stünden ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom aufgrund einer beginnenden, nicht ausgeprägten degenerativen Diskopathie LWK3-SWK1, mit diskreter Anterolisthesis LWK5 und bilateralen Spondylarthrosen LWK4-SWK1 beidseits ohne Hinweise auf eine kompressiv wirkende Diskusherniation oder Zeichen einer Spinalkanalstenose. Für die bisherige Tätigkeit sei der Versicherte bleibend ab September 2016 zu 50% arbeitsunfähig. In einer angepassten, leichten bis knapp mittelschweren Arbeitstätigkeit sei hingegen eine Leistungsminderung von maximal 10 bis 15% infolge einer nachgewiesenen Dekonditionierung gegeben. 4.18.3 Im psychiatrischen Teilgutachten stellten Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und med. pract. S.\_\_\_\_ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung, welche chronifiziert anmutet, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die durch den Patienten gezeigte depressive Reaktion habe sich im Zuge des Verlustes seiner Arbeitsstelle im September 2016 bemerkbar gemacht. Es könne von einer Leistungsminderung von circa 25% im Rahmen der derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 50%, also einer Gesamtarbeitsfähigkeit von circa 40% ausgegangen werden. Diese könne auch bei Behandlung kurz- bis mittelfristig aus psychiatrischer Sicht nicht über 60% hinaus gesteigert werden.

## **E. 5**

Unbestritten ist vorliegend, dass der Beschwerdeführer ab dem 12. September 2016 aufgrund von rheumatologischen und psychischen Beschwerden zu 60% arbeitsunfähig ist. Streitig ist zwischen den Parteien jedoch, ob der Beschwerdeführer bereits zwischen dem 1. April 2016 und dem 31. August 2016 aufgrund kardialer Beschwerden eine wartefristerfüllende Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen hat. 6.1 Zunächst ist der Zeitraum vor dem 6. Juni 2016 zu betrachten. Mit Verfügung vom 6. Juni 2016 stellte die IV-Stelle fest, dass "ab dem 20. Oktober 2014 [...] aus versicherungsmedizinischer Sicht in der beruflichen Tätigkeit als Polymechaniker keine Arbeitsunfähigkeit mehr [bestehe]". Die einjährige Wartezeit sei somit nicht erfüllt und damit nicht abgelaufen. Aus diesem Grund werde das Leistungsbegehren auf eine Rente der Invalidenversicherung abgewiesen. Diese Verfügung wurde vom Beschwerdeführer in der Folge nicht angefochten und erwuchs deshalb in formelle Rechtskraft. 6.2 Die Rechtskraft von Verfügungen über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherungen, wozu auch Renten der Invalidenversicherung gehören, ist grundsätzlich zeitlich unbeschränkt. Dies gilt nicht zuletzt für Anspruchsvoraussetzungen, soweit sie im Entscheidungszeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache ( res iudicata ) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen können daher vorbehaltlich einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung des rechtskräftigen Entscheids (Art. 53 Abs. 1 bzw. Abs. 2 ATSG) nicht bei jeder neuen Bezugsperiode in Frage gestellt und

überprüft werden (BGE 136 V 373 E. 3.1.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 18. Mai 2017, 8C\_842/2016, E. 5.1.1, vom 29. April 2015, 9C\_36/2015, E. 5.1, vom 18. August 2014, 8C\_349/2014, E. 3.2 und vom 18. Oktober 2011, 9C\_920/2010, E. 2.2). Die in der Verfügung vom 6. Juni 2016 festgestellte volle Arbeitsfähigkeit ab dem 20. Oktober 2014 stellt ein (negatives) Element der materiellen Anspruchsvoraussetzung (BGE 142 V 550 E. 3.2) für eine Invalidenrente dar, da sie die (Nicht-)Erfüllung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG beschlägt. Sie ist deshalb nur in der Form einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision überprüfbar. 6.3.1 Der Versicherungsträger kann nach Art. 53 Abs. 2 ATSG auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellose Unrichtigkeit meint dabei, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist (BGE 138 V 328 E. 3.3). Dies ist dann der Fall, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (BGE 141 V 414 E. 5.2). Die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist im Bereich der invaliditätsmässigen Leistungsvoraussetzungen - insbesondere hinsichtlich der ermessensgeprägten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 195 E. 3.1, 137 V 253 E. 3.4.2.3) - nur unter Vornahme der gebotenen Zurückhaltung zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_886/2017, E. 3.2 und vom 13. Juli 2017, 9C\_309/2017, E. 3.2 in fine). Das Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung liegt dabei grundsätzlich im Ermessen des Versicherungsträgers (BGE 133 V 54 E. 4.2.1). Bei der Wiedererwägung einer Verfügung wegen ursprünglicher Unrichtigkeit ist einzig auf die Verhältnisse und den Wissensstand zum damaligen Zeitpunkt abzustellen. Führen erst spätere Beweismittel zu dieser Erkenntnis, kommt einzig eine prozessuale Revision zum Tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 16. September 2008, 8C\_517/2007, E. 4.1; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 14. September 2016, C-2520/2014, E. 3.1 und vom 14. März 2013, C-8902/2010, E. 4.1). 6.3.2 Keine zweifellose Unrichtigkeit kann der Beschwerdeführer durch das Beibringen der Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. September 2016 und hernach begründen. Diese stellen spätere Beweismittel im Sinne der vorgenannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung dar und sind deshalb einzig unter dem Gesichtspunkt der prozessualen Revision zu betrachten. Vielmehr müsste sich aus der Beurteilung der der IV-Stelle vor Verfügungserlass vorliegenden Berichte ergeben, dass als einziger denkbarer Schluss eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch bis zum 6. Juni 2016 vorgelegen habe. Mit anderen Worten müsste die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. M.\_\_\_\_ auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung beruhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2020, 8C\_277/2020, E. 4.1 und vom 20. Januar 2020, 8C\_235/2019, E. 2.2). Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall: In seiner Stellungnahme vom 21. März 2016 stellte Dr. M.\_\_\_\_ zu Recht fest, dass die von Dr. G.\_\_\_\_ verzeichnete leichte Leistungseinschränkung in der Stressechokardiographie problematisch sei, da der Beschwerdeführer den Abbruch der fahrradergometrischen Untersuchung - ohne Erreichung der Herzfrequenzkriterien - aufgrund von Beinermüdung und damit infolge Selbstlimitierung getätigt habe. Objektive pathologische kardiale Befunde hätten sich jedoch weder aus der angiographischen Untersuchung noch anderweitig ergeben. Die Schlussfolgerung, wonach von den subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres auf eine Arbeitsunfähigkeit von 40% zu schliessen sei, überzeugt ebenso. Mindestens für die Zeit ab dem 1. April 2016 stimmt die Prognose von Dr. M.\_\_\_\_ zudem

auch mit jener von Dr. L. \_\_\_\_ vom 7. und 8. Oktober 2015 überein, welcher ab diesem Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsfähigkeit in Aussicht gestellt hat. Damit aber stellt ein Abstellen auf den Standpunkt des Beschwerdeführers, wonach eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit im strittigen Zeitraum vorgelegen habe, nicht den im rechtsprechungsgemäss verlangten Masse "einzig denkbaren Schluss" dar. Vielmehr liegt eine Einschätzung durch Dr. M. \_\_\_\_ vor, welche zwar von jener der Dres. G. \_\_\_\_ und I. \_\_\_\_ divergiert, jedoch grundsätzlich nachvollziehbar ist. Insbesondere kann allein aufgrund des Vorliegens divergierender medizinischer Meinungsäusserungen in der Regel hernach nicht wiedererwägungsweise gesagt werden, es sei zweifellos unrichtig gewesen, auf die eine und nicht auf die andere abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 16. September 2008, 8C\_517/2007, E. 4.3; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 14. September 2016, C-2520/2014, E. 3.1 und vom 14. März 2013, C-8902/2010, E. 4.1). 6.3.3 Ebenso geht der Beschwerdeführer fehl, wenn er geltend macht, dass das Versicherungsgericht [recte: Kantonsgericht] im erwähnten Urteil vom 17. Oktober 2017 in der Auswertung der Berichte keine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit habe feststellen können. Die in den Erwägungen 4.1 ff. aufgeführten Berichte wurden lediglich wiedergegeben und durch ihre blosse Abbildung noch keiner inhaltlichen Würdigung unterzogen. Die Erwägungen 5.1 f. nehmen zwar eine materielle Beurteilung vor; diese bezieht sich jedoch einzig auf die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nach dem 6. Juni 2016 im Sinne der Erwägung 3.5 des besagten Urteils. Eine verbindliche Feststellung, wonach der Bestand einer wartefristerfüllenden Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitraum vor dem 6. Juni 2016 zweifellos den einzigen denkbaren Schluss im Sinne der Rechtsprechung darstelle, wurde auch damit nicht getätigt. 6.3.4 Das gleiche gilt für die vom Beschwerdeführer sinngemäss vorgebrachten Behauptung, die Beschwerdegegnerin habe das Fehlen einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit im besagten Zeitraum in dem von ihr erstellten "Assessment und Eingliederungsplan" vom 10. Februar 2015 sowie im "Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen" vom 16. Juli 2015 anerkannt. Die darin festgestellten Arbeitsunfähigkeiten stellen anamnestic Angaben dar, welche lediglich wiedergegeben werden und keinerlei Bewertung im Sinne einer Anerkennung beinhalten. Insbesondere in letzterem Bericht stellt ein Vermerk klar, dass die aufgelistete Arbeitsunfähigkeit von 40% ab dem 21. April 2015 "gem[äss] V[ersicher]t[en] weiter andauern [wird]". Zudem wird auch in der Mitteilung vom 23. Juli 2015 betreffend die Ablehnung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen explizit verzeichnet, dass es der Beschwerdeführer sei, welcher mitgeteilt habe, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes bis auf weiteres keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich wäre. Damit geht jedoch noch keine Anerkennung einer durchgehend bestehenden wesentlichen Arbeitsunfähigkeit einher, weshalb auch hieraus keine zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 6. Juni 2016 abgeleitet werden kann. 6.3.5 Des Weiteren kann auch aus den durch den Krankentaggeldversicherer erbrachten Leistungen respektive den darin anerkannten Arbeitsunfähigkeiten des Beschwerdeführers keine zweifellose Unrichtigkeit der Schlussfolgerungen von Dr. M. \_\_\_\_ und damit der Verfügung vom 6. Juni 2016 abgeleitet werden. Hierfür müsste nämlich eine Bindungswirkung der arbeitsfähigkeitsbezogenen Sachverhaltsabklärung respektive der diesbezüglichen Beweiswürdigung und Leistungszusprechung durch den Krankentaggeldversicherer für die Invalidenversicherung bestehen. Eine solche Bindungswirkung besteht nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung jedoch gerade nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2015, 9C\_905/2014,

E. 5), weshalb auch dieses Vorbringen des Beschwerdeführers fehl geht. 6.3.6 Eine zweifellose Unrichtigkeit kann schliesslich auch durch den Dr. M.\_\_\_\_ fehlenden Facharztstitel für Kardiologie nicht begründet werden. Rechtsprechungsgemäss bedarf es eines spezifischen Facharztstitels des beurteilenden RAD-Arzttes nämlich nur, wenn dieser einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV erstellen soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2017, 9C\_643/2016, E. 4.3; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. November 2018, C-7296/2016, E. 6.3.1.6; Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 14. Dezember 2017, VSBES.2017.145, E. 3.5.1). Dies aufgrund der Tatsache, dass solche Untersuchungsberichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV im Beweiswert mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Mai 2020, 9C\_102/2020, E. 4.2, vom 18. April 2019, 9C\_669/2018, E. 3.2 und vom 22. September 2016, 8C\_262/2016, E. 4.2). Beim Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 21. März 2016 handelt es sich vorliegend jedoch um einen Bericht nach Art. 49 Abs. 1 IVV, für welchen nach obengenannter Rechtsprechung gerade eben kein Facharztstitel notwendig ist. Das Kantonsgericht hat sich denn auch im Urteil vom 17. Oktober 2017 einer Bewertung des durch den Beschwerdeführer diesbezüglich vorgebrachten Einwandes enthalten (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 17. Oktober 2017, 720 17 209/275, E. 5.1). Auch ist Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_ FMH Hämatologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Leiter RAD beider Basel, dahingehend recht zu geben, als die Beurteilung bereits erhobener kardiologischer Eckdaten unter ergonomisch-funktionellen Kriterien - im Gegensatz zur eigentlichen Erhebung, Diagnostik und Interpretation eines komplexen kardiologischen Beschwerdebildes an sich - nicht zwingend einer kardiologisch-fachärztlichen Ausbildung bedarf. Damit kann aber auch aus dieser Rüge des Beschwerdeführers keine zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 6. Juni 2016 abgeleitet werden. 6.3.7 In Ermangelung einer zweifellosen Unrichtigkeit der medizinischen Sachverhaltsfeststellung im Vorgang zum Erlass der Verfügung vom 6. Juni 2016 ist deshalb eine Wiedererwägung derselben nicht angezeigt gewesen und durch die Beschwerdegegnerin auch zu Recht nicht vorgenommen worden. 6.4.1 Formell rechtskräftige Verfügungen müssen gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG dann in prozessuale Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder neue Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Neu entdeckt sind Tatsachen, wenn sie sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung bereits verwirklicht haben, indessen noch nicht bekannt waren. Neue Beweismittel haben dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind (BGE 144 V 249 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. auch Ueli Kieser , Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4. Aufl. Bern 2020, Art. 53, Rz. 24 ff.). Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung - vorliegend die wartefristbezogene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers -, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung und Beweiswürdigung beruht und damit notwendigerweise Ermessenszüge aufweist, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend

anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen (BGE 144 V 249 E. 5.3; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 10. April 2019, 9C\_21/2019, E. 3, vom 23. Februar 2018, 8C\_658/2017, E. 3). Neue medizinische Expertisen, die im Verfahren, das zur früheren Verfügung geführt hat, lediglich eine retrospektiv abweichende Einschätzung eines gleichgebliebenen Sachverhalts, jedoch keine gravierende und unvertretbare Fehldiagnose feststellen, erfüllen das Kriterium der Erheblichkeit nicht (BGE 144 V 249 E. 5.4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2013, 9C\_955/2012, E. 3.3.4 und vom 18. August 2014, 8C\_349/2014, E. 5.3).

6.4.2 Bei der prozessualen Revision sind nach dem oben dargelegten die nach dem 6. Juni 2016 verfassten Berichte zur Beurteilung heranzuziehen, ob die bisherigen Entscheidungsgrundlagen - insbesondere der Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 21. März 2016 - objektiv mangelhaft (BGE 143 V 108 E. 2.3, 138 V 328 E. 3.2) und geradezu unvertretbar anzusehen und deshalb das der Verwaltung zustehende Ermessen zwingend anders auszuüben gewesen wäre. Der Beschwerdeführer stützt sich dabei auf die Berichte der Dres. I.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ ab, während die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen das - die von Dr. M.\_\_\_\_ getätigte Einschätzung bestätigende - Gutachten der MEDAS vom 9. Januar 2019 heranzieht. Unbestritten zwischen den Parteien ist, dass die internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten, respektive die darin getätigten Befunderhebungen und -beurteilungen, der Rechtsprechung entsprechend erstellt wurden und auf sie abgestellt werden kann. Auch dem Kantonsgericht drängen sich keine Hinweise auf, welche die dort getätigten Feststellungen einer rheumatologisch respektive psychiatrisch bedingten (Teil-)Arbeitsunfähigkeit je ab September 2016 in Frage stellen würden. Damit kann vorliegend auf diese Teilgutachten abgestellt werden, ohne dass Weiterungen hierzu notwendig wären. Umstritten ist hingegen das kardiologische Teilgutachten, welches für den vorliegend relevanten Zeitraum eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Dem kardiologischen Teilgutachten ist dabei den bundesgerichtlichen Grundsätzen entsprechend (siehe Erwägung 3.2 f. hiervor) grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, da dieses nach ausführlicher Kenntnisnahme der Vorakten und vertiefter Befragung des Patienten unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und nach eingehender Beobachtung und Untersuchung desselben abgegeben worden ist und dabei grundsätzlich in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge schlüssig und hinsichtlich der Einordnung der medizinischen Situation einleuchtend erscheint. Es kann deshalb nach der genannten Rechtsprechung hierauf abgestellt werden, soweit nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche liegen, entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers, nicht vor, wie nachfolgend darzulegen ist.

6.4.3.1 Zunächst bringt der Beschwerdeführer vor, die Gutachter hätten hinsichtlich der Wartezeit eine Aktenbeurteilung abgegeben, dabei aber nicht alle relevanten Berichte und Bescheinigungen berücksichtigt respektive berücksichtigen können. Zwar würden sie in Kapitel 4.7 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung verzeichnen, dass er "gemäss den Akten" von Anfang 2015 bis Ende August 2016 vollständig arbeitsfähig gewesen sei. Allerdings habe das Gutachten die von der Beschwerdegegnerin aufgelisteten Arztzeugnisse mit den jeweiligen Bescheinigungen unter dem Titel "Wartezeit und attestierte Arbeitsunfähigkeiten" ohne nähere Prüfung übernommen. Diese Liste sei jedoch unvollständig und gebe nicht die gegenüber den Krankentaggeldversicherern abgegebenen Arbeitsfähigkeitszeugnisse respektive die dazugehörenden ärztlichen Berichte wider.

6.4.3.2 Einerseits ist festzustellen, dass unter dem Titel "Wartezeit und attestierte Arbeitsunfähigkeiten" diverse Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigungen erwähnt werden. Es

ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen, dass diese von den Gutachtern übereinstimmend aus der - weder chronologischen noch antichronologischen und zudem suboptimal formatierten - Auflistung der Beschwerdegegnerin übernommen wurden. Dabei wird für den Zeitraum vom 19. Juli 2014 bis zum 23. November 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 24. November 2014 bis zum 11. September 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und vom 12. September 2016 an fortlaufend eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (durch Dr. I.\_\_\_\_) respektive von 60% (durch Dr. G.\_\_\_\_) postuliert. Wenn der Beschwerdeführer hiergegen geltend macht, dass die den Krankentaggeldversicherern zugesandten Arbeitsfähigkeitszeugnisse nicht berücksichtigt worden seien, kann dieser hieraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die besagten zugesandten Arbeitsfähigkeitszeugnisse der Dres. I.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ verzeichnen nämlich vom 24. Juli 2014 bis zum 5. Oktober 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 6. Oktober 2014 bis zum 23. November 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 60%, vom 24. November 2014 bis zum 12. April 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und vom 13. April 2015 bis mindestens zum 9. Januar 2016 von 40%, unterbrochen durch eine sechstägige Arbeitsunfähigkeit von 100% zwischen dem 13. Juli 2015 und dem 18. Juli 2015. Für den darauffolgenden Zeitraum lagen in den Akten der Krankentaggeldversicherer keine weiteren Arbeitsfähigkeitszeugnisse im eigentlichen Sinne vor. Auch gewährten diese (zur fehlenden Bindungswirkung siehe Erwägung 6.3.5 hiervor) gemäss Zahlungsübersicht vom 11. Januar 2018 - bestätigt mit E-Mail vom 7. April 2020 - für den Zeitraum vom 1. Februar 2016 bis zum 21. September 2016 keine Leistungen im Zusammenhang mit der behaupteten Arbeitsunfähigkeit. Die durch die Beschwerdegegnerin erstellte Auflistung war also, in Anbetracht der ausgestellten Arbeitsfähigkeitszeugnisse, gar noch zu Gunsten des Beschwerdeführers formuliert worden. 6.4.3.3 Andererseits ist festzuhalten und dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen, dass in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung tatsächlich keine ärztlichen Berichte mit Datierung vor dem 19. September 2016 erwähnt werden. Allerdings lagen den Gutachtern, wie den jeweiligen Kapiteln "2. Aktenauszug" in den vier Teilgutachten zu entnehmen ist, die oben widergegebenen (siehe Erwägungen 4.1 bis 4.12 hiervor) sowie weitere Berichte des Hausarztes, der behandelnden Ärzte und der versicherungsinternen Ärzte zwischen dem 13. Juli 2014 und dem 19. September 2016 vor. Einzig ein Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ an die IV-Stelle vom 15. Januar 2015, ein Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ an den Krankentaggeldversicherer vom 23. März 2015 sowie ein Bericht von Prof. Dr. H.\_\_\_\_ an Dr. G.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2015 finden sich nicht in den Aktenauszügen. Während letzterer Bericht von Prof. Dr. H.\_\_\_\_ jedoch inhaltlich ohnehin im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015 (siehe Erwägung 4.8 hiervor) enthalten ist, stimmt der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 23. März 2015 im Wesentlichen mit dessen ausführlicheren Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 16. Februar 2015 (siehe Erwägung 4.5 hiervor) überein. Der stichwortartig gehaltene und äusserst knappe Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 verweist schliesslich gänzlich auf dessen früheren Bericht vom 29. September 2014 (siehe Erwägung 4.3 hiervor). Es lagen deshalb - entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers - den Gutachtern im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung alle zur Beurteilung relevanten Vorakten über ihn vor. Wenn deshalb in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung davon die Rede ist, dass der Beschwerdeführer "gemäss den Akten" von Anfang 2015 bis Ende August 2016 vollständig arbeitsfähig gewesen sei, dann gründet diese Feststellung auf einer vollständigen Voraktengrundlage. 6.4.4.1 Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, dass auf das kardiologische Teilgutachten nicht abzustellen sei, weil dieses sich an keiner Stelle mit den echtzeitlichen Befunden des behandelnden

Kardiologen auseinandersetze. Auch diesbezüglich ist wiederum dem Beschwerdeführer in dem Sinne recht zu geben, als die Gutachter tatsächlich an keiner Stelle ausdrücklich auf die Feststellungen von Dr. G.\_\_\_\_\_ verweisen. Nicht bestritten werden kann allerdings auch, dass die besagten Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_, wie oben festgestellt, in der Auflistung des Aktenauszuges des betreffenden Teilgutachtens vollständig aufgeführt worden sind. Für den Beweiswert des Gutachtens ist denn auch nicht entscheidend, ob es sich mit jeder einzelnen abweichenden, sich bei den Akten befindlichen medizinischen Einschätzung in einlässlicher Weise auseinandergesetzt hat, sondern vielmehr, ob es - bei im Wesentlichen gleichen Diagnosen - in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C\_709/2019, E. 4.2.2 in fine; Urteil des EVG vom 13. September 2004, U 36/04, E. 3.2.3). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und dem Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (BGE 137 V 224 E. 1.2.4, 135 V 470 E. 4.5; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2019, 8C\_143/2019, E. 4.4.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 10. Juni 2020, 9C\_256/2020, E. 3.2.4 und vom 18. Mai 2020, 9C\_119/2020, E. 3.2.3). Insbesondere aus den in Kapitel "7.2 Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen [...]" gemachten Äusserungen geht eine zumindest implizite inhaltliche Auseinandersetzung mit den durch Dr. G.\_\_\_\_\_ vorgenommenen Abklärungen hervor. So wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass eine kardiale Ursache des Abbruchs des Belastungstests wie auch der Dyspnoe nicht gegeben und deshalb die Prognose der koronaren Herzerkrankung des Beschwerdeführers gut sei. Damit nimmt das kardiologische Teilgutachten explizit den Standpunkt von Dr. M.\_\_\_\_\_ vom 21. März 2016 ein und distanziert sich vom Standpunkt von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 19. September 2016, wonach eine kardial bedingte Beschwerdesymptomatik vorliege. Auch verweisen die Gutachter darauf, dass aufgrund der erhaltenen linksventrikulären Auswurfleistung keine Progression der koronaren Herzkrankheit erkennbar sei und deshalb auch keine Kontraindikation für eine Arbeitsfähigkeit von 100% vorliege. Wenngleich die Begründungstiefe eher prägnant und konzis gehalten ist, kann daraus, dass das kardiologische Teilgutachten nicht jeden Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ einzeln respektive namentlich ausführlich bestätigt respektive widerlegt, im Lichte der oben zitierten Rechtsprechung kein konkreter Zweifel hieran abgeleitet werden.

6.4.4.2 Der Beschwerdeführer macht in der Folge zudem sinngemäss geltend, dass auch deswegen nicht auf das kardiologische Teilgutachten abzustellen sei, weil dieses die im Bericht vom 19. September 2016 durch Dr. G.\_\_\_\_\_ attestierte Verschlechterung nicht widerlegen könne. Allerdings ist der Argumentation des Beschwerdeführers auch diesbezüglich nicht zu folgen. Am 21. Oktober 2016 wies Dr. M.\_\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass Dr. G.\_\_\_\_\_ ohne neue medizinische Befunde oder kardiologische Parameter am 19. September 2016 zu einem diametral zu früheren Berichten stehenden Ergebnis gekommen sei. Tatsächlich schloss Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. September 2014 eine relevante Belastungskoronarinsuffizienz ausdrücklich aus und folgerte am 21. April 2015 - nach gleichlautendem Bericht von Prof. Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2015 - explizit, dass sich keine Hinweise auf eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung respektive eine Verschlechterung der Herzsituation feststellen haben lassen. Prof. Dr. H.\_\_\_\_\_ und Dr.

G.\_\_\_\_ rapportieren erneut in ihren Berichten vom 13. und 15. Juli 2015, dass ein gutes Ergebnis ein Jahr nach Stentierung vorliege und keine hämodynamisch relevanten Pathologien ausgewiesen seien. Insbesondere wird erwähnt, dass die Beschwerdesymptomatik am ehesten muskuloskelettal bedingt sei. Im November 2015 erklärte Dr. G.\_\_\_\_, dass - bei ergometrisch leicht eingeschränkter Leistung - die residuellen Stenosen zwar hämodynamisch grenzwertig, jedoch belanglos respektive nicht signifikant zu taxieren seien. Am 19. September 2016 schliesslich stellte Dr. G.\_\_\_\_ eine kardial bedingte Beschwerdesymptomatik bei progredienter koronarer Herzerkrankung in den Raum, wengleich er ausdrücklich darauf hinweist, dass sich - mit Ausnahme einer weiteren Abnahme der linksventrikulären Auswurfleistung und der ergometrischen Leistung sowie einem beginnenden Aneurysma im Herzspitzenbereich - keine wegweisenden Befunde haben finden lassen. Insbesondere unter Berücksichtigung der erneuten Bestätigung eines guten Verlaufes im Bericht von Prof. Dr. N.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2017 kann deshalb nicht nachvollzogen werden, inwiefern Dr. G.\_\_\_\_ bei gleichbleibenden Befunden auf eine nunmehr andere Ursache und eine schwerere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schliessen konnte. 6.4.4.3 Wenn der Beschwerdeführer insbesondere die linksventrikuläre Auswurfleistung und die spiroergometrische Leistung vorbringt, um eine wegweisende Verschlechterung in kardiologischer Hinsicht zu beweisen, ist ihm nicht zu folgen. Hinsichtlich der linksventrikulären Auswurfleistung ist darauf hinzuweisen, dass diese zu keinem Zeitpunkt als reduziert ( $< 40\%$ ), sondern stets lediglich als geringgradig eingeschränkt ( $40\%$  bis  $49\%$ ) oder gar erhalten ( $\geq 50\%$ ) anzusehen war (vgl. Nationale Versorgungsleitlinie "Chronische Herzinsuffizienz" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al., 3. Auflage Berlin 2019, Ziff. 1.2): So wurde die Auswurfleistung im Bericht vom 29. September 2014 bei  $60\%$ , im Bericht vom 10. Februar 2015 bei  $55\%$ , im Bericht vom 21. April 2015 bei  $50\%$ , am 19. September 2015 bei  $40\%$  bis  $45\%$ , am 8. November 2017 bei  $40\%$  (mit möglicher Unterschätzung von bis zu  $8\%$ ) und im Gutachten vom 9. Januar 2019 wiederum bei  $50\%$  angesiedelt. Auch hinsichtlich der spiroergometrischen Leistungserhebungen ist zu erwähnen, dass aus diesen nicht ohne Weiteres eine Verschlechterung respektive wegweisende Befunde abgeleitet werden können. Wie Dr. M.\_\_\_\_ zu Recht hinweist, kann nur bedingt auf diese Befunde abgestellt werden, da zwar der Wert von  $145$  Watt im Bericht vom 29. September 2014 noch bei der kardialen Belastungsgrenze erzielt wurde, die späteren Werte von  $125$  Watt im Bericht vom 21. April 2015, von  $100$  Watt in den Berichten vom 19. September 2016 und vom 8. November 2017, sowie von  $68$  Watt im Gutachten vom 9. Januar 2019 allesamt aufgrund von Ermüdung respektive Erschöpfung erzielt wurden. Auch das kardiologische Teilgutachten verzeichnet ausdrücklich, dass der Abbruch des Belastungstests nicht aufgrund kardialer Ursachen vorgenommen wurde. Eine Vergleichbarkeit in der spiroergometrischen Leistungserhebung ist allerdings lediglich dann anzuerkennen, wenn diese aufgrund des gleichen Abbruchgrundes, namentlich dem Erreichen der kardialen Belastungsgrenze, beendet wurde; dies war vorliegend aber offensichtlich nicht der Fall. Eine derart schwere Einschränkung respektive Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit, wie sie der Beschwerdeführer deshalb geltend macht, lässt sich auch aus diesen Berichten somit nicht in nachvollziehbarer Weise entnehmen, sodass auch diesbezüglich keine konkreten Zweifel am kardiologischen Teilgutachten erweckt werden können. 6.4.4.4 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, dass aufgrund der Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ ebenfalls erstellt sei, dass eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit im umstrittenen Zeitraum vorgelegen

habe. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. I.\_\_\_\_ als Hausarzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin im Hinblick auf den kardialen Gesundheitszustand im Wesentlichen nicht auf eigene Befunderhebungen, sondern lediglich auf eine Rezeption der durch Dr. G.\_\_\_\_ vorgenommenen Beurteilungen gestützt hat. Soweit sich die darin enthaltenen Beurteilungen deshalb mit jenen von Dr. G.\_\_\_\_ decken, können aus diesen - aus den gleichen Gründen wie bereits oben dargelegt wurde - keine Zweifel am kardiologischen Teilgutachten abgeleitet werden. 6.4.4.5 Dem Beschwerdeführer ist immerhin dahingehend Recht zu geben, dass zwischen dem 13. Juli 2015 und dem 18. Juli 2015 - also während und im direkten Anschluss an seine stationäre Untersuchung im Spital Z.\_\_\_\_ - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie von Dr. G.\_\_\_\_ attestiert, vorgelegen hat. Diesbezüglich geht das kardiologische Teilgutachten deshalb fehl, wenn es eine durchgehende Arbeitsfähigkeit auch während des besagten (kurzen) Zeitraums attestiert. Allerdings vermag diese sechstägige Arbeitsunfähigkeit die Beurteilung des kardiologischen Teilgutachtens als Ganzes nicht infrage zu stellen. Auch in dieser Hinsicht ergeben sich deshalb am grundsätzlichen Tenor, wonach von Anfang 2015 bis September 2016 keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, keine konkreten Zweifel im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. 6.4.5 In Ermangelung eines Revisionsgrundes, wonach die entscheidende Behörde ihr Ermessen aufgrund objektiver Mangelhaftigkeit der bisherigen Entscheidungsgrundlagen zwingend anders hätte ausüben müssen, ist deshalb eine prozessuale Revision der Verfügung vom 6. Juni 2016 nicht angezeigt gewesen und durch die Beschwerdegegnerin auch zu Recht nicht vorgenommen worden. 6.5 Da weder die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG noch jene für eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt sind, muss sich der Beschwerdeführer die in der Verfügung vom 6. Juni 2016 vorgenommene rechtskräftige Feststellung des Grades der Arbeits(un)fähigkeit für den Zeitraum bis zum 6. Juni 2016 entgegenhalten lassen. Damit ist eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 13. Juli 2014 bis zum 19. September 2014, eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 20. September 2014 bis zum 20. Oktober 2014 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 0% vom 21. Oktober 2014 bis zum 6. Juni 2016 erstellt.

#### **E. 7**

Des Weiteren ist der Zeitraum vom 7. Juni 2016 bis zum 11. September 2016 zu betrachten, welcher nach dem oben dargelegten nicht von der besagten res iudicata betroffen ist. Auch für diesen Zeitraum stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS ab. Der Beschwerdeführer bringt keine neuen Rügen für den besagten Zeitraum vor, welche eine andere Beurteilung als die oben ausführlich dargelegte (siehe Erwägungen 6.3 und 6.4 hiervor) gebieten würden. Auch das Kantonsgericht sieht keine Gründe für eine abweichende Beurteilung des Sachverhaltes in der Zeit nach dem 6. Juni 2016. Da somit auch keine konkreten Zweifel am Gutachten hinsichtlich des Zeitraums zwischen dem 7. Juni 2016 und dem 11. September 2016 bestehen, ist auf dieses auch diesbezüglich abzustellen. Damit ist eine Arbeitsunfähigkeit von 0% vom 7. Juni 2016 bis zum 11. September 2016 und eine Arbeitsunfähigkeit von 60% vom 12. September 2016 an mit fortlaufender Wirkung erstellt.

#### **E. 8**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG besteht ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung nur, wenn während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von 40% vorgelegen hat. Da wie oben

dargelegt zwischen der ursprünglichen Arbeitsunfähigkeit vom 13. Juli 2014 bis zum 20. Oktober 2014 und der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit ab dem 12. September 2016 offensichtlich ein wesentlicher Unterbruch gemäss Art. 29 ter IVV vorgelegen hat, ist für die Berechnung des Beginns der Wartezeit auf den 12. September 2016 abzustellen. Damit endet die Wartefrist im September 2017. Soweit der Beschwerdeführer vorliegend die Bestimmung von Art. 29 bis IVV geltend macht, wonach früher zurückgelegte Wartezeiten unter bestimmten Umständen angerechnet werden können, kann er hiervon nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zum einen wurde vorliegend keine früher bestehende Invalidenrente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, weshalb bereits deswegen keine Anrechnung stattfinden darf. Selbst wenn jedoch ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestanden hätte und dieser hernach aufgehoben worden wäre, ist keine Anrechnung möglich, da entsprechend der erwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Anrechnung nur im Rahmen gleicher Leiden zulässig wäre (siehe Erwägung 2.1 hiervor). Vorliegend ist die Arbeitsunfähigkeit bis zum 20. Oktober 2014 jedoch kardiologischer Natur, während die Arbeitsunfähigkeit ab dem 12. September 2016 rheumatologisch und psychiatrisch bedingt ist. Somit hat der Beschwerdeführer auch nach Berücksichtigung von Art. 29 bis IVV die Wartefrist von einem Jahr ohne wesentlichen Unterbruch erst im September 2017 zurückgelegt.

#### **E. 9**

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen vom 18. März 2020 und vom 20. April 2020 das Ende der Wartefrist zu Recht auf September 2017 festgelegt und damit einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab September 2017 zuerkannt, einen Rentenanspruch für den davorliegenden Zeitraum vom 1. April 2017 bis zum 31. August 2017 jedoch abgelehnt hat. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 10.1 Gemäss 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei präsidialen Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 400.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.-- ihm aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.-- verrechnet. 10.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.-- verrechnet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.