

# **FR\_GERICHTE 605 2021 112 vom 3. März 2022**

FR Kantonsgericht, 2022-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2021\\_112](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_112)

FR: FR\_GERICHTE 605 2021 112 du 3 mars 2022

IT: FR\_GERICHTE 605 2021 112 del 3 marzo 2022

## **Regeste**

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 7. Mai 2021 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 22. März 2021 ist unter der Berücksichtigung des Fristenstillstandes über die Osterfeiertage (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], welches hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] zur Anwendung kommt) fristgerecht durch einen ordentlich bevollmächtigten Vertreter bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf eine Rente hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

Die Bestimmungen der Weiterentwicklung der IV (WEIV), welche am 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, kommen vorliegend nicht zur Anwendung, da in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend sind, welche bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 445). Zudem stellt das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt der Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab und hat später erfolgte Gesetzesänderungen oder Änderungen im Sachverhalt nicht zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 Erw. 3.1.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

Im Sinne von Art. 8 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine

Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind.

### **E. 3.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität i. S. v. Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Die Anerkennung des Vorliegens einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit setzt auch eine fachärztliche auf der Grundlage der Kriterien eines anerkannten Klassifikationssystems gestellten Diagnose voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1 und 2.1.1 mit Hinweisen). Grundsätzlich müssen alle psychischen Störungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 unterzogen werden (BGE 143 V 418).

### **E. 3.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (Urteil BGer 8C\_347/2015 vom 20. August 2015 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.1 f. und BGE 132 V 93 E. 4). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 114 V 281 E. 1c mit Hinweisen). Bei lang-dauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden des Versicherten abzustellen, hätte es doch dieser ansonsten in der Hand, seinen Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG i. V. m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (Urteil BGer 9C\_407/2019 vom 28. August 2019 E. 2 mit

Hinweis auf Urteil BGer 9C\_63/2018 vom 9. November 2018 E. 4.4.2).

Kantonsgericht KG Seite 5 von 14

### **E. 3.4**

Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil BGer 8C\_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweisen).

### **E. 4**

Es ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente oder berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung hat.

#### **E. 4.1**

Die IV-Stelle stützte sich für ihren Entscheid auf das Gutachten der H.\_\_\_\_\_ vom

#### **E. 4.2**

In einem ersten Punkt bringt der Beschwerdeführer vor, das kardiologische Teilgutachten und die aktuellen Stellungnahmen des RAD seien mangelhaft bzw. nicht verwertbar. So fehle es sowohl dem Gutachter als auch den konsultierten RAD-Ärzten an der notwendigen fachlichen Qualifikation, da es sich bei ihnen nicht um Fachärzte der Kardiologie handle. Zwar ist es richtig, dass der für das kardiologische Teilgutachten (IV-Akten, S. 626 ff.) zuständige Arzt, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, bei der Konsensbeurteilung als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, interdisziplinärer Schwerpunkt Sportmedizin, genannt wurde. Jedoch ergibt sich aus dem Ärzteverzeichnis der FMH (<https://www.doctorfmh.ch/>, besucht am 21. Februar 2022), dass Dr. med. N.\_\_\_\_\_ seit 2020 auch Facharzt der Kardiologie ist. Ferner arbeitet er gemäss der Internetseite des I.\_\_\_\_\_ (W.\_\_\_\_\_; besucht am 21. Februar 2022) seit 2016 an der Klinik für Kardiologie des I.\_\_\_\_\_ und ist aktuell Oberarzt der Kardiologie, weshalb nicht gehört werden kann, der Gutachter verfüge nicht über die nötige fachliche Qualifikation. Was die RAD-Ärzte betrifft, wurde das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, geprüft und der kardiologische Teil von der RAD-Ärztin. Bei ihr handelt es sich zwar nicht um eine Fachärztin der Kardiologie, dennoch kann ihr nicht jegliche Kenntnis des Fachgebiets abgesprochen werden. So beinhaltet das Weiterbildungs-

programm des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zum Facharzt- titel Physikalische Medizin und Rehabilitation ([https://www.siwf.ch/files/pdf16/physikalische\\_medi- zin\\_version\\_internet\\_d.pdf](https://www.siwf.ch/files/pdf16/physikalische_medi- zin_version_internet_d.pdf), besucht am 21. Februar 2022) auch die Kardiovaskuläre Rehabilitation an anerkannten Weiterbildungsstätten für Kardiologie, mit u. a. der Erlernung des fachspezifischen diagnostischen Verfahrens: Systematische Anamnese zur Erkennung einer kardialen, extrakardi- alen oder funktionellen Erkrankung, insbesondere bei der Differenzialdiagnose einer ischämischen Herzkrankheit, einer Herzklappen-Erkrankung oder anderer Herzkrankheiten und Herzrhythmusstö- rungen.

### **E. 4.3**

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, nach sechsstündigen retrosternalen Schmerzen sei er am 8. Mai 2010 hospitalisiert worden und es sei die Diagnose einer vasospastischen Angina pec- toris gestellt worden. Diese Prinzmetal-Angina (Mischform mit endothelialer Dysfunktion, ED Januar 2018) sei eindeutig nachgewiesen. Seit 2014 sei es zu einer Progredienz der Symptomatik mit häufi- geren sowie länger andauernden pectanginösen Beschwerden gekommen. Die IV-Stelle habe den rechtserheblichen Sachverhalt unrichtig festgestellt. Sie habe die zahlreichen ärztlichen Berichte in

Kantonsgericht KG Seite 7 von 14 den Akten, zumeist von anerkannten Fachärzten, die eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfä- higkeit bescheinigen würden, ignoriert und verweise einzig auf das kardiologische Teilgutachten sowie aktuelle RAD-Berichte. Jedoch bestehe kein Zweifel am Vorliegen einer vasospastischen Angina pectoris mit erheblichen Einfluss auf die Restarbeitsfähigkeit. Die blossе Tatsache, dass er sich weigere, sich einer PET-CT Untersuchung zu unterziehen, reiche nicht aus, um die Herzproble- me zu leugnen. Zumal diese Untersuchung für ihn mit Risiken verbunden sei und die IV-Stelle selber zu verstehen gegeben habe, diese sei nicht notwendig. Wenn ihm die Nichtdurchführung dieser Untersuchung nun vorgeworfen werde, verstosse die IV-Stelle gegen Treu und Glauben.

#### **E. 4.3.1**

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose einer vasospastischen Angina pectoris auch im Gutachten der H. \_\_\_\_\_ festgehalten wurde. Jedoch bedeutet das Vorliegen einer Diagnose nicht automatisch, dass dies mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbunden ist. Bezüglich des Begriffs der Prinzmetal-Angina verweist das Klinische Wörterbuch Pschyrembel (268. Aufl. 2020) auf den Artikel zum Koronarspasmus. Dabei handelt es sich um einen meist in Ruhe auftretender, Sekunden bis Minuten anhaltender Krampf (Vasospasmus) eines oder mehrerer Herzkranzgefässe mit passagerer Myokardischämie als Sonderform einer Angina pectoris (Prinz- metal-Angina, Variantangina, vasospastische Angina). Typisch sind kurzzeitige ST-Hebungen im EKG ohne Troponin-Anstieg. Behandelt wird entsprechend der Angina pectoris.

Differentialdiagnose ist der Herzinfarkt. Gemäss dem Bericht des L. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2010 (Beschwerdebeilage Nr. 10) zeigte der Beschwerdeführer seit Stunden wechselnd intensive Thoraxschmerzen und wechselnde Ausprä- gung einer ST-Hebung vor allem in den infero-lateralen Ableitungen bei negativem Troponinwert; die koronare Anatomie sei erstaunlicherweise unauffällig. Da sich die Situation mit der Gabe von Nitroglycerin normalisierte, gingen die Ärzte von reinen Koronarspasmen aus. Im weiteren Verlauf wurde zwar die Diagnose der Prinzmetal-Angina jeweils übernommen, vorge- nommene Untersuchungen konnte diese aber nicht bestätigen. Ferner wies der behandelnde

Kardiologe darauf hin, es handle sich um eine funktionelle Störung. Unspezifische Schmerzzustände (funktionelle Störungen) ohne objektivierbare organische Ursachen sind nur unter bestimmten einschränkenden Voraussetzungen krankheitswertig i. S. des Gesetzes und damit invalidisierend. Es bedarf in solchen Fällen einer eingehenden medizinischen Abklärung und einer nachvollziehbaren (spezial-) ärztlichen Begründung der allfälligen Arbeitsunfähigkeit, insbesondere einer fachärztlich (psychiatrisch) gestellten Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikations-system (9C\_273/2008 vom 15. Dezember 2008 E. 4.4 mit Hinweisen). Dies ist hier nicht der Fall.

#### **E. 4.3.2**

Am 24. Dezember 2015 (IV-Akten, S. 41 ff.) erklärte der behandelnde Kardiologe, bei welchem der Beschwerdeführer seit März 2015 in Behandlung ist, seit Frühjahr 2014 sei es vermehrt zu Beschwerden gekommen. Die pectanginösen Beschwerden würden unvermittelt auftreten, oft bei emotionaler Belastung. In letzter Zeit habe der Beschwerdeführer mehr Stress wegen der sich im Gange befindenden Scheidung gehabt. Da es sich um eine funktionelle Störung handle, die vorwiegend bei mentalem Stress zu Beschwerden führe, sei eine Heilung nicht in Aussicht. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Filialleiter, weil es in dieser Zeit zu verstärkten pectanginösen Beschwerden gekommen sei. Als Fotograf sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. In einer angepassten nicht stressbelasteten Arbeit mit eigener Einteilungsmöglichkeit der Arbeitsbelastung und der Pausen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 3h/Tag. Am 7. September 2017 (IV-Akten, S. 181 ff.) gab der behandelnde Kardiologe an, seit anfangs 2017 habe sich die Situation verschlechtert mit häufigeren und intensiveren Anfällen von Thoraxschmer-

Kantonsgericht KG Seite 8 von 14 zen. Die bisherige Medikation sei praktisch nicht mehr wirksam, weshalb jetzt ein Versuch mit Verapamil gemacht werde. Die Problematik könne nicht grundsätzlich gelöst werden, weswegen auch in Zukunft das Risiko einer lebensbedrohlichen Kammerarrhythmie unter einer spastisch bedingten Koronarischämie bestehen bleibe. Seit anfangs Februar 2017 liege als selbstständiger Fotograf eine Arbeitsunfähigkeit von 70% vor. Aktuell arbeite der Beschwerdeführer etwa 10h/Woche, wobei er nur noch Büroarbeiten erledige. Im Folgebericht an die IV-Stelle vom 26. September 2018 (IV-Akten, S. 325 ff.) bestätigte der Facharzt seine Angaben und nannte neu eine endotheliale Dysfunktion (ED Januar 2018). Die Situation sei unverändert. Es gebe keine Revaskularisationsmöglichkeit für die vasospastische Angina, da es sich um passagere Gefässkrämpfe handle, die sich wieder lösen würden. Trotz zwischenzeitlich stark dosierter krampflösender Medikation komme es täglich zu Beschwerden, weshalb der Beschwerdeführer sein Arbeitspensum auf 20% reduzieren müssen (1½h/Tag). Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 20%. In den Folgeberichten vom 1. Oktober 2018 (IV-Akten, S. 337 f.) und vom 12. August 2019 (IV-Akten, S. 434 ff.) bestätigte er seine Sichtweise. Im letztgenannten präzierte er, trotz hochdosierter Verapamil-Therapie bestehe seit anfangs 2019 zunehmend die Notwendigkeit der Applikation von Nitrokapseln (2–4/Tag, max. 8/Tag). Bei den Berichten des behandelnden Kardiologen fehlen jeweils Hinweise auf durchgeführte Untersuchungen. Es liegt nur ein Bericht zu einem TTE vom 10. September 2018 (IV-Akten, S. 335 f.) vor mit einem vollständig normalen echokardiographischen Herzbefund. Zudem scheinen sich die jeweils angegebene Arbeitsfähigkeiten auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu stützen und sind auch nicht immer widerspruchsfrei. So ging er in seinem Erstbericht vom Dezember

2015 in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von einer niedrigeren Arbeitsfähigkeit, als in der aktuellen Arbeit als selbstständiger Fotograf aus. Diesen Berichten kann deshalb nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Es ist daran zu erinnern, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil BGer 8C\_871/2018 vom 25. März 2019 E. 4.4). Dies ist hier nicht der Fall. Der kardiologische Gutachter hatte Kenntnis der umfangreichen Unterlagen. Zudem nahm er diverse Untersuchungen vor und notierte, das TTE vom 13. August 2020 sei vollständig normal. Bei der Spiroergometrie zeige sich ein regelrechtes Blutdruckverhalten, im EKG keine Rhythmusstörungen unter Belastung und auch keine Hinweise für eine Koronarinsuffizienz (keine ST-Streckenveränderung, niedrige Sensitivität). Zusammenfassend bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit sowie kardiopulmonal eine mittelgradig eingeschränkte Leistungsfähigkeit, was möglicherweise auf die kardiale Limitation eines unzureichend zunehmenden Schlagvolumens zurückzuführen sei, jedoch bei fehlender Ausbelastung nicht abschliessend beurteilbar sei. Differenzialdiagnostisch bestehe eine Tachykardie unter Belastung aufgrund Dekonditionierung, welche wiederum nur ein geringes Schlagvolumen ermögliche. Da der Beschwerdeführer eigenanamnestisch unter ischämischen Dauerbeschwerden leide, die durch Stresssituationen weiter verschlechtert werden können und gemäss früherer Beurteilung durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ zu einem Infarkt oder malignen Rhythmusstörungen führen können, sei die Durchführung eines bildgebenden nichtinvasiven Ischämietestes dringend erforderlich. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, im Rahmen der fehlenden Objektivierbarkeit sowie der Ablehnung einer objektiven Diagnostik mittels PET-CT falle es schwer, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Kardiologen zu bestäti-

Kantonsgericht KG Seite 9 von 14 gen. Ein eindeutiger Nachweis einer koronaren Vasospastik sowie einer reduzierten koronaren Flussreserve liege nicht vor. Umso bedauerlicher und unverständlicher sei die Ablehnung eines PET-CT. Aus leistungsphysiologischer Sicht müsse retrospektiv nach heutiger Spiroergometrie vermutet werden, dass immer mindestens eine mittelschwere körperliche Belastbarkeit bestanden habe. Diese Ausführungen überzeugen. Zudem erfüllt das kardiologische Gutachten die Anforderungen der Rechtsprechung. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

#### **E. 4.3.3**

Keine andere Sichtweise ergibt sich aus den übrigen kardiologischen Berichten. Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie des F. \_\_\_\_\_, hielt am 16. Januar 2017 (IV-Akten, S. 128 ff.) in der von der IV-Stelle angeordneten Abklärung fest, der Beschwerdeführer sei durch praktisch täglich auftretende pectanginöse Beschwerden, vor allem vormittags, eingeschränkt. Provoziert würden die Episoden durch hektische Situationen im Berufsalltag als freischaffender Fotograf. Das TTE vom

Dezember 2016 habe einen Normalbefund gezeigt, die Spiroergometrie vom 20. Dezember 2016 eine formal schwer reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit (47% vom Soll) bei jedoch ungenügender Ausbelastung (54% vom Soll). Das 7-Tage-EKG vom 27. Dezember 2016 zeige Sinusrhythmus mit normalem Frequenzspektrum, keine relevanten Herzrhythmusstörungen und keine signifikanten ST-Strecken-Veränderungen während den typischen pectanginösen Beschwerden. Zusammenfassend bestehe durch die Prinzmetal-Angina eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte es, sich auf die Anamnese zu verlassen, was in der aktuellen Situation mit erhofftem Krankheitsgewinn schwierig sei. Eine Beeinträchtigung liege vor allem in den Morgenstunden bei Hektik und körperlicher Anstrengung (rascher Positionswechsel beim Fotografieren) vor, so dass von einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 50% als freischaffender Fotograf auszugehen sei. Auf Nachfrage der IV-Stelle ergänzte der Facharzt am 28. Februar 2017 (IV-Akten, S. 148), in einem idealen Arbeitsumfeld ohne zeitkritische Aufgaben sei von einer Arbeitsfähigkeit von ca. 80% auszugehen. Damit ging er in einer angepassten Tätigkeit nur von einer geringen Einschränkung aus. Weiter gab er zwar an, eine Prinzmetal-Angina lasse sich nicht objektivieren und fehlende ST-Streckenveränderungen während den Thoraxschmerzen würden einen Vasospasmus nicht ausschliessen. Er belegte diese Aussage aber nicht weiter. Demgegenüber wird in den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Begutachtung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit (<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html>, besucht am 21. Februar 2022) festgehalten, eine Angina pectoris werde als instabil bezeichnet, wenn sie zum ersten Mal auftrete, wenn die Beschwerden aus der Ruhe heraus auftreten oder eine Zunahme der Anfallsdauer, Anfallshäufigkeit oder Schmerzintensität eintrete. Im Ruhe-EKG würden sich keine oder innerhalb von 24 Stunden reversible ST-Streckenalterationen finden. Der Troponin-Test sei negativ. Die Unterform der Prinzmetal-Angina imponiere mit typischen akuten reversiblen ST-Streckenhebungen im EKG ohne nachfolgende Ausbildung von Q-Zacken und fehlender Enzymerhöhung. Die Prinzmetal-Angina trete meist unter Ruhebedingungen auf. Als Ursache würden sich Spasmen an meist veränderten Koronargefässen finden. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass im Rahmen eines 7-Tages-EGK die subjektiven Beschwerden objektivierbar gewesen wären. Weiter war der Beschwerdeführer bei Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie des R.\_\_\_\_\_, in Behandlung. Am 22. Januar 2018 (IV-Akten, S. 278) erklärte diese, der Beschwerdeführer sei im Alltag durch häufige pectanginöse Beschwerden, sowohl nachts, als auch belastungsabhängig, stark eingeschränkt. Er befinde sich weiterhin in Behandlung, weshalb eine

Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 abschliessende Beurteilung von Seiten der Kardiologie noch nicht möglich sei. Das Arbeitspensum sei jedoch aktuell unter 50% anzusetzen. In einem Bericht vom gleichen Tag an die Hausärztin (IV-Akten, S. 332 ff.) stellte die Fachärztin u. a. die Diagnosen einer Prinzmetal-Angina, Mischform mit endothelialer Dysfunktion sowie einer essentiellen Hypertonie. Sie erachtete ein regelmässiges körperliches Ausdauertraining für sinnvoll und empfahl den langsamen Aufbau eines moderaten Ausdauertrainings. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Schmerzexazerbation verständlicherweise verunsichert, was ihn jedoch nicht davon abhalten sollte, im beschwerdefreien Intervall ein Training aufzunehmen. Die Fachärztin erwähnte ferner ein PET-CT vom 4. Oktober 2017 (Bericht nicht vorhanden), welches Kalk- und stenosefreie Koronarien, keine Hinweise auf Ischämien oder Narben des

linksventrikulären Myokards, keine Koronarverkalkungen, global normale koronare Flussreserve sowie global normale linksventrikuläre Funktion zeigte. In einem weiteren Bericht vom 6. Februar 2018 (IV-Akten, S. 329 ff.) stellte die Fachärztin fest, unter Crestor sei es zu einer gewissen Beschwerdeverbesserung gekommen, was sie im Rahmen einer Verbesserung der endothelialen Funktion wertete. Eine weitere Option zur Verbesserung der endothelialen Funktion, sei die Aufnahme eines moderaten Ausdauertrainings. Somit ging die Fachärztin nicht von einer Endsituation aus und äusserte sich nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit. Ferner war der Beschwerdeführer für ein kardiologisches Konsilium bei Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, der T. \_\_\_\_\_. Im dazugehörigen Bericht vom 29. Juni 2017 (IV-Akten, S. 224 ff.) wurde angegeben, klinisch präsentiere sich ein kardial kompensierter, normofrequenter, jedoch hypertoner Patient. In der echokardiographischen Untersuchung habe eine strukturelle Herzerkrankung ausgeschlossen werden können. Es zeigte sich eine gute linksventrikuläre Funktion ohne regionale Wandbewegungstörung. Eine linksventrikuläre Hypertrophie oder ein relevantes Vitium lägen nicht vor. In einem Bericht an die IV-Stelle vom 3. Oktober 2017 (IV-Akten, S. 241 ff.) präziserte die Fachärztin, der Beschwerdeführer habe sich zur Beratung einer anthroposophischen Therapie vorgestellt. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht.

#### **E. 4.3.4**

Angesichts der dargestellten Unterlagen ist es nicht zu beanstanden, dass sich die IV-Stelle auf das überzeugende Gutachten der H. \_\_\_\_\_ abstützte. Die Diagnose einer Prinzmetal-Angina wird nicht in Abrede gestellt. Jedoch konnten die Beschwerden, mit Ausnahme bei der Erstuntersuchung im L. \_\_\_\_\_, nicht objektiviert werden. So zeigten namentlich die TTE von 2016, 2018 und 2020 als auch das PET-CT von 2017 sowie das vom F. \_\_\_\_\_ im Dezember 2016 vorgenommene 7-Tages-EKG keine relevanten Befunde. Dies war auch im Rahmen des Gutachtens der Fall. Der kardiologische Gutachter war zwar der Ansicht, falls sich mit einem PET-CT das Vorliegen einer schmerzauslösenden Dauerischämie bestätige, betrage die Arbeitsfähigkeit noch 20%. Jedoch lehnte der Beschwerdeführer diese Abklärung ab. Es ist richtig, dass die IV-Stelle am 16. Dezember 2020 (IV-Akten, S. 651) in der Antwort auf ein Schreiben des Beschwerdeführers vom 6. Dezember 2020 (IV-Akten, S. 640 f.), in welchem dieser sich erneut gegen ein PET-CT aussprach, erklärte, das Gutachten sei zur Prüfung beim RAD, eine weitere medizinische Untersuchung sei nicht notwendig. Jedoch kann im Umstand, dass in der hier streitigen Verfügung festgehalten wurde, der Beschwerdeführer habe die Durchführung eines PET-CT abgelehnt, nicht eine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben durch die IV-Stelle gesehen werden. Zum einen wäre es möglich gewesen, dass der RAD weitere Abklärungen verlangt hätte. Zum anderen ist für die Falllösung ein PET-CT nicht absolut notwendig. Jedoch muss in diesem Fall von einem objektivierbaren Zustand ausgegangen werden, gemäss welchem eben gerade keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen bzw. in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit besteht und die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers können nicht berücksichtigt werden.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer sich 2017 bereits einem PET-CT unterzogen hat, erstaunt seine aktuelle Weigerung, diese Untersuchung erneut durchführen zu lassen. Schon im vorerwähnten Schreiben vom 6. Dezember 2020 gab er diesbezüglich an, es handle sich beim PET-CT um einen

Provokationstest, welcher schwerwiegende Komplikationen auslösen könne (Herzinfarkt, Herzstillstand etc.), weshalb es sich um ein nicht akzeptables Risiko handle, um Dinge "festzustellen" die schon lange gesichert seien. Ferner sei es bekannt, dass selbst verifizierte Prinz- metal-Patienten negativ auf den Test ansprechen können. So würden sich Spasmen nicht immer gleich verhalten. In seiner Beschwerde bringt er erneut vor, ein PET-CT könne einen Herzstillstand auslösen. Jedoch legt er kein ärztliches Attest vor, welches bestätigen würde, dass ein PET-CT für den Beschwerdeführer mit Risiken verbunden ist. Die IV-Stelle hätte hier auch die Möglichkeit gehabt, den Beschwerdeführer an seine Mitwirkungspflicht zu erinnern und das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen. Insofern der Beschwerdeführer aber wiederholt explizit erklärt hat, er weigere sich ein PET-CT durchführen zu lassen, ist es nicht zu kritisieren, dass die IV-Stelle darauf verzichtet hat.

#### **E. 4.4**

In einem weiteren Punkt kritisiert der Beschwerdeführer die Behauptung, keine medizinische Studie würde einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Häufigkeit von Prinz- metal-Angina-Episoden belegen. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die Annahme des RAD, eine schwere, nicht behandelbare komplexe Schlafapnoe habe auf die Dauer keinen massiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenso habe sich das Krankheitsbild in Bezug auf das Prostatakarzinom verschlechtert, und weitere Massnahmen hätten ergriffen werden müssen. Hinsichtlich der Frage eines allfälligen Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastung und der Häufigkeit von Prinzmetal-Angina Episoden notierte die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 11. Juni 2019 (IV- Akten, S. 401 f.), ein solcher Zusammenhang sei nie mit einer Studie belegt worden. Der Beschwerdeführer ist anderer Ansicht und begründet dies damit, dass sich ein solcher Zusammenhang klar aus den Unterlagen ergebe. So sei es logisch, dass die Häufigkeit der Anfälle bei anhaltenden Belastungen steige. Insofern dies nichts am Umstand ändert, dass die geltend gemachten Beschwerden nicht objektivierbar sind, erübrigen sich Weiterungen dazu. Was das mittelschwere bis schwere gemischte obstruktive und zentrale Schlafapnoe-Syndrom betrifft, wurde dieses im Gutachten der H. \_\_\_\_\_ bei den kardiovaskulären Risikofaktoren erwähnt und in der Konsensbeurteilung bei der Diskussion der Belastungsfaktoren und Ressourcen darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer sei nicht nur durch die kardiologische Problematik, sondern auch durch das Schlafapnoe-Syndrom, welches wegen der Prinzmetal-Angina nicht behandelbar sei, mit Tagesschläfrigkeit eingeschränkt. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde dies jedoch nicht berücksichtigt, was angesichts der vorliegenden Berichte des behandelnden Pneumologen Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, nicht zu kritisieren ist. So gab dieser am 8. November 2018 (IV-Akten, S. 364 ff.) gegenüber der IV-Stelle an, die Behandlung sei abgeschlossen. Die relevante nächtliche Atemstörung i. S. eines möglicherweise komplexen Schlafapnoe Syndroms oder eines vor allem obstruktives Schlafapnoe Syndroms betreffe im allgemeinen die Leistungsfähigkeit und die Tagesvigilanz des Beschwerdeführers. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit könne er keine Prognosen stellen. Die Schlafapnoe sei im allgemeinen nie Ausgangslange für eine Arbeitsunfähigkeit ausser bei sehr spezifischen Berufen wie Piloten. Subjektiv gebe der Beschwerdeführer keine Tagesschläfrigkeit an. Am 19. September 2019 (IV-Akten, S. 497 f.) weist der Facharzt darauf hin, ein Versuch mit Sauerstoff habe nicht funktioniert, da anamnestisch Spasmen ausgelöst worden seien. Das Problem sei aber nicht das Schlafapnoe-Syndrom, sondern die Grunderkrankung. Damit verneinte er explizit einen

## Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 durch das Schlafapnoe-Syndrom und es liegen auch keine anderen Berichte eines Pneumologen vor, aus welchen sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht ergeben würde. Bezüglich des geltend gemachten Prostatakarzinoms lag gemäss dem Bericht der V. \_\_\_\_\_ des F. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2015 (IV-Akten, S. 191 f.) einzig ein Verdacht auf ein Karzinom vor und es wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei. Es liegen denn auch keine weiteren Berichte eines Urologen vor. Auch der behandelnde Kardiologe notierte jeweils, zuletzt in seinem vorerwähnten Bericht vom 12. August 2019, als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nur einen Verdacht auf ein Prostatakarzinom. Ferner hat die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 23. Juni 2021 ausführlich dargestellt, dass bis anhin keine histologische Abklärung vorgenommen wurde und der Verdacht eines Karzinoms nicht durch einen Facharzt der Urologie bestätigt worden sei, worauf verwiesen werden kann.

### E. 4.5

Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, der in der streitigen Verfügung festgestellte IV- Grad von 11.74% sei auch deshalb nicht nachvollziehbar, da die IV-Stelle in ihrem Vorbescheid vom 4. Juli 2017 (IV-Akten, S. 168 ff.) von einem Invaliditätsgrad von 31.5% ausgegangen sei. Der Beschwerdeführer verkennt, dass aufgrund der von ihm gegen den Vorbescheid von 2017 erhobenen Einwänden die IV-Stelle weitere Abklärungen vorgenommen hat. Mit dem nun vorliegenden Gutachten der H. \_\_\_\_\_ ist die Aktenlage nicht mehr dieselbe, wie jene, die zum Vorentscheid von 2017 geführt hat, weshalb die darin gemachten Ausführungen nicht mehr massgebend sind.

### E. 4.6

Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der IV-Stelle nichts auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades hat die IV-Stelle wohl aus Versehen trotz der richtigen Angabe (LSE 2016, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer), was einem Betrag von CHF 5'340.- entsprechen würde, den Betrag von CHF 5'502.-, entsprechend dem Total Produktion, Niveau 1, Männer, genommen. Ansonsten ist die Berechnung korrekt und es ist offensichtlich, dass sich auch unter Berücksichtigung des richtigen Grundlohnes keine relevante Änderung des von der IV-Stelle auf 12% festgesetzten Invaliditätsgrades ergibt. 5. In ihrer Stellungnahme vom 15. November 2021 ersuchte die K. \_\_\_\_\_ das Gericht um die Behandlung der Frage der Eröffnung des Wartejahres. Insofern der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 12% hat, erübrigen sich Ausführungen zum genauen Beginn des Wartejahres. 6. Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht gestützt auf das überzeugende Gutachten der H. \_\_\_\_\_ den Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf einen Invaliditätsgrades von 12% verneint. Die Verfügung vom 22. März 2021 ist zu bestätigen und die Beschwerde (605 2021 112) abzuweisen. 7. Der Beschwerdeführer stellte zusammen mit seiner Beschwerde ein URP-Gesuch.

Kantonsgericht KG Seite 13 von 14 7.1. Gemäss Art. 61 Ingress Satz 1 ATSG bestimmt sich das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht, unter Vorbehalt von Art. 1 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren

(VwVG; SR 172.021), nach kantonalem Recht, welches gewissen bundesrechtlichen Anforderungen zu genügen hat. Art. 61 Bst. f ATSG sieht vor, dass das Recht, sich verbeiständen zu lassen, gewährleistet sein muss und der beschwerdeführenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt wird, wo die Verhältnisse es rechtfertigen. Wer nicht genügend Mittel besitzt, um ohne Beschränkung des notwendigen Lebensunterhaltes für sich oder seine Familie die Kosten eines Verfahrens bestreiten zu können, hat Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege. Die unentgeltliche Rechtspflege wird nicht gewährt, wenn das Verfahren von vornherein aussichtslos erscheint (Art. 142 Abs. 1 und 2 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; SGF 150.1]). 7.2. Auch wenn die Beschwerde abgewiesen wird, kann das Beschwerdeverfahren nicht als aussichtslos betrachtet werden. Ferner ist die Voraussetzung der finanziellen Bedürftigkeit gegeben, da der Beschwerdeführer 2019 nur ein Betriebsergebnis von CHF 14'826.95 erzielt hat. Überdies war die Vertretung angesichts der Komplexität der Materie und der fehlenden Kenntnisse des Beschwerdeführers auf dem Gebiet der Sozialversicherungen notwendig. Es rechtfertigt sich somit das URP-Gesuch (605 2021 113) gutzuheissen, dem Beschwerdeführer die vollständige unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und Rechtsanwalt Philipp Corbataux als Rechtsbeistand zuzuweisen. 7.3. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt. Von deren Erhebung wird aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen. Rechtsanwalt Philippe Corpataux hat in seiner Funktion als amtliche Rechtsbeistand Anspruch auf eine Entschädigung. Er hat am 22. Juli 2021 eine Kostenliste über einen Betrag von CHF 3'208.01 eingereicht, welche ein Honorar von CHF 2'836.80 (15.76 Stunden à CHF 180.-), eine Kleinspesen- pauschale (5% des Honorars) von CHF 141.85 sowie CHF 229.36 für die Mehrwertsteuer (7.7%) umfasst. Der fakturierte Stundenaufwand erweist sich nicht als unangemessen. Die geltend gemachten Pauschalspesen sind hingegen gesetzlich nicht vorgesehen. Die Auslagen sind daher ex aequo et bono auf CHF 70.- festzusetzen. Dies ergibt einen Betrag für Honorar und Auslagen von CHF 2'906.80 zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 223.80 (7.7% von CHF 2'906.80). Der Gesamtbetrag von CHF 3'130.60 ist vom Staat Freiburg zu übernehmen. (Dispositiv auf der nächsten Seite)

Kantonsgericht KG Seite 14 von 14 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde (605 2021 112) von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen. II. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (605 2021 113) wird gutgeheissen. III. Die Verfahrenskosten zu Lasten von A. \_\_\_\_\_ werden auf CHF 800.- festgesetzt. Von deren Erhebung wird aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen. IV. Rechtsanwalt Philippe Corbataux wird im Rahmen der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege eine Entschädigung für Honorar und Auslagen von CHF 2'906.80 zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 223.80 (7.7% von CHF 2'906.80) zugesprochen. Der Totalbetrag von CHF 3'130.60 geht zu Lasten des Staates Freiburg. V. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 3. März 2022/bsc Der Präsident:  
Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter:

## E. 9

Dezember 2020. In der Konsensbeurteilung (IV-Akten, S. 595 ff.) stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Vasospastische Angina pectoris, bestehend seit 2010: L. \_\_\_\_\_ 2010: normaler Koronarstatus, im EKG jedoch bei akuten Thoraxschmerzen ST-Hebungen inferior und lateral (EKG Rohdaten nicht vorliegend im Gutachten), aktenanamnestisch (Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie) seit anfangs 2017 verschlechterte Beschwerdesituation mit häufigeren und intensiveren Anfällen von Thoraxschmerzen, bisherige Medikation mit Norvasc, Duspatalin, Nitroglycerin in Reserve praktisch nicht mehr wirksam, deshalb Medikation mit bis 480 mg Verapamil täglich. Seit anfangs 2019 selbst unter hochdosierter Verapamil-Therapie zunehmende Notwendigkeit der Applikation von Nitrokapseln (2-4/Tag, max. 8/Tag), transthorakale Echokardiographie (TTE) 10. September 2018 weiterhin vollständig normaler echokardiographischer Herzbefund. 2. Endotheliale Dysfunktion (Erstdiagnose [ED] Januar 2018), unter Coversumtherapie, Kardiovaskuläre Risikofaktoren: mittelschweres bis schweres gemischtes obstruktives und zentrales Schlafapnoe-Syndrom (ED 27. Juni 2018), arterielle Hypertonie, Status nach Nikotinkonsum bis 23. Lebensjahr. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose gestellt werden. Erst wenn es sicher sei, dass die bezüglich des Herzens geschilderten Symptome keine körperliche Ursache haben, sei zu klären, ob vielleicht einige der Konflikte, wie z. B. am letzten Arbeitsplatz oder im Zusammenhang mit der Trennung von seiner Ehefrau, unbewusst eine psychosomatische Symptombildung auf der Herzebene begünstigt habe. Weiter erklärten die Gutachter, anlässlich der aktuellen kardiologischen Begutachtung präsentiere sich der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert mit unauffälligem Ruhe-EKG. Spirometrisch zeige sich keine Obstruktion und keine Restriktion. Echokardiographisch fänden sich biventrikulär normale Dimensionen und Funktionen ohne hämodynamisch relevante Klappenvitien, auch die diastolische Funktion sei altersentsprechend normal. In der Spiroergometrie erreiche er keine adäquate Ausbelastung wegen thorakaler Oppression, welche bereits in Ruhe begonnen habe. Aufgrund der

Kantonsgericht KG Seite 6 von 14 objektivierbaren spiroergometrischen Untersuchungsergebnisse ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten wie auch in der angestammten Arbeit als Fotograf/Filialleiter. Die bis anhin nicht objektivierbare thorakale Schmerzsymptomatik, die der Beschwerdeführer auf eine Angina pectoris im Rahmen einer Prinzmetal-Angina zurückführe, würde zu einer ausgeprägten Leistungs- und Stressintoleranz führen, wobei bei fehlender Objektivierbarkeit hierzu keine Stellung bezüglich allfälliger funktioneller Einschränkungen genommen werden könne. Sollte mittels PET-CT eine schmerzauslösende Dauer-Ischämie oder auch eine Ischämie nach Adenosin-Gabe nachgewiesen werden können, sei in einer selbständigen Tätigkeit von einer maximal 20%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer habe ein PET-CT verweigert, weshalb die subjektiv beklagten Beschwerden nicht objektiviert werden könnten, und die Frage der Arbeitsfähigkeit offen bleibe. Die IV-Stelle ging in der hier streitigen Verfügung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (ideales Arbeitsumfeld ohne zeitkritische Angaben), wie z. B. in der leichten industriellen Produktion, aus und errechnete einen Invaliditätsgrad von gerundet 12%.

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