

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/346 vom 13. November 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_346

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/346 du 13 novembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/346 del 13 novembre 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Beweiswürdigung Administrativgutachten. Validität eines in eigener Unternehmung angestellten Chief Operating Officers. Der Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt kann nicht anhand der im individuellen Konto eingetragenen Löhne (einschliesslich Bonuszahlungen) bestimmt werden, da diese erheblich von validitätsfremden bzw. erwerbsfähigkeitsfremden Gesichtspunkten beeinflusst waren. Bezugspunkt für die Bemessung des Verlusts an Erwerbsmöglichkeiten bzw. der Invalidität ist ein ausgeglichener Arbeitsmarkt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. November 2020, IV 2018/346).

Volltext

Entscheid vom 13. November 2020 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2018/346 Parteien Erbegemeinschaft A.____ sel., bestehend aus: - B.____, - C.____, Beschwerdeführerinnen, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Bösch, AMPARO Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 26. Januar 2012 wegen einer Herzkrankheit zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dr. med. D.____, Chefarzt an der medizinischen Klinik E.____ (gemeinnützige Gesellschaft) zählte im Bericht vom 12. März 2012 folgende Diagnosen auf, denen er einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass: 1. Perikarditis, wahrscheinlich viraler Genese; 2. ein funktionell gutes Ergebnis nach transkoronarer Ablation der Septumhypertrophie bei bekannter hypertroph obstruktiver Kardiomyopathie (09/2011); 3. ein funktionell gutes Ergebnis nach PTCA und Stenting des Ramus interventrikularis anterior (05/2011) sowie des Ramus circumflexus (IV-act. 23; siehe auch den Bericht vom 5. Juni 2012 in IV-act. 27). Der behandelnde Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, G.____, berichtete am 22. Oktober 2012 (Datum Posteingang), der Versicherte leide aufgrund der Herzkrankheit an starken körperlichen und reaktiven psychischen Einschränkungen (IV-act. 33-2; siehe auch die Berichte vom 16. Oktober 2012, IV-act. 33-9 ff., und vom 22. Mai 2013, IV-act. 47). Die damals zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland verfügte am 15. August 2013 die Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen. Zur Begründung brachte sie gestützt auf eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 11. Juni 2013 (IV-act. 49) vor, dem Versicherten sei eine leidensangepasste körperlich leichte Tätigkeit zumutbar. Somit sei er in seiner bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer mit Berater- und Reisetätigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 59). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 30. August 2013 (IV-act. 66-5) hiess

das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 1. Dezember 2014, C-5286/2013, insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zurückwies (IV-act. 85). Im Verlaufsbericht vom 10. März 2015 gab Dr. D. ___ an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei gleich geblieben. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Da der Versicherte beruflich an Reisetätigkeiten gebunden sei und einen täglichen Ortswechsel vornehmen müsse, seien die stressbedingten Anforderungen an diese Tätigkeit bei den bestehenden Erkrankungen nicht mehr möglich. Auch andere Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht zumutbar (IV-act. 93). Vom 14. Juli bis 8. Dezember 2015 befand sich der Versicherte zu einer ambulanten Rehabilitation in der Klinik I. ___ in J. ___. Die Rehabilitation sei auf Betreiben des Versicherten zur Überprüfung der kardiopulmonalen Funktionsparameter und gewünschten Rekonditionierung erfolgt. Am 8. Dezember 2015 sei die ambulante Rehabilitation durch den Versicherten wegen akuter Verschlechterung des Allgemeinzustands und erneut aufgetretener pectanginöser Beschwerden beendet worden (Austrittsbericht vom 15. Januar 2016 [Datum Posteingang; IV-act. 108], IV-act. 109). Daraufhin hielt die RAD-Ärztin Dr. H. ___ fest, dass aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem 8. Dezember 2015 nicht mehr an der bisherigen Einschätzung des RAD festgehalten werden könne (Stellungnahme vom 22. Januar 2016, IV-act. 113). Gemäss dem am 9. Februar 2016 der seit der Wohnsitznahme des Versicherten im Kanton St. Gallen (siehe hierzu IV-act. 132-2) zuständigen IV-Stelle des Kantons St. Gallen zugestellten Bericht der Kliniken K. ___ hatte sich der Versicherte dort vom 3. bis 5. Dezember 2015 in Behandlung befunden. Die Aufnahme war bei Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom erfolgt. Die durchgeführte Koronarangiographie habe eine hochgradige proximale RIVA-Stenose im Bereich des implantierten Stents sowie proximal davon gezeigt. Es sei erfolgreich eine DES-Implantation ohne Reststenose durchgeführt worden (IV-act. 115-5 ff.). Im «Feststellungsblatt - Berufliche Massnahmen» vom 24. Mai 2016 hielt die zuständige Mitarbeiterin der IV-Stelle fest, Recherchen hätten ergeben, dass der Versicherte gemäss Auszügen aus dem Handelsregister am ___ 2015 in G. ___ eine neue Gesellschaft gegründet habe. Am ___ 2016 habe er eine weitere Gesellschaft ebenfalls in G. ___ gegründet (siehe zu den Rechercheergebnissen IV-act. 128). Aus dem individuellen Konto gehe überdies hervor, dass er trotz voller Arbeitsunfähigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin bis zu Fr. 220'838.-- verdient habe (IV-act. 134; zur Stellung des Versicherten in der L. ___ AG, und seiner Rolle als Gesellschafter siehe IV-act. 171). Die IV-Stelle wies in der Mitteilung vom 24. Mai 2016 das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da der Versicherte sich gesundheitlich nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken und einen Rentenentscheid wünsche (IV-act. 135). Im Verlaufsbericht vom 11. Juli 2016 gab Dr. F. ___ an, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Zurzeit liege eine intermittierende Sinustachykardie vor (IV-act. 141). Am 12. Juli 2016 machte der Versicherte Ausführungen zu seinem Wohnsitz im Kanton St. Gallen, zur Reiseunfähigkeit, zu seinen gesellschaftsrechtlichen Engagements und seinen stundenweisen Arbeitseinsätzen (IV-act. 140). Der Versicherte wurde am 30. Januar, 1. Februar und 14. Februar 2017 im Auftrag der IV-Stelle in der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär (allgemeininternistisch, kardiologisch und psychiatrisch) begutachtet. Die Gutachter diagnostizierten folgende Krankheiten, die zu einer wesentlichen Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führen würden: eine hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie, eine koronare Herzkrankheit und eine somatoforme autonome

Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10: F45.30). «Die angestammte Tätigkeit als CEO mit Reisetätigkeit und Führungsfunktionen ist dem Versicherten nicht mehr zumutbar, 100%ige Arbeitsfähigkeit [richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit], limitierend erweist sich diesbezüglich insbesondere die verminderte körperliche Belastbarkeit» (IV-act. 163-28 unten). «Inwieweit dem Versicherten eine körperlich leichte, vorwiegend sitzend auszuübende Bürotätigkeit aufgrund der verminderten psychischen Belastbarkeit zumutbar wäre, ist unsererseits (leider) nicht quantifizierbar - erst nach einer noch zu veranlassenden stationären und nachhaltigen psychosomatischen Rehabilitation werden dazu präzisere Angaben möglich sein» (IV-act. 163-29 oben; siehe zum Ganzen das Gutachten vom 23. Mai 2017, IV-act. 163). Die RAD-Ärzte Dres. med. M.____, Facharzt u.a. für Innere Medizin, und N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, würdigten in der Stellungnahme vom 8./9. Juni 2017 die gutachterliche Beurteilung. Der RAD-Arzt Dr. M.____ hielt fest, für leidensangepasste Tätigkeiten verfüge der Versicherte über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der hohen Reisetätigkeit könne die vom kardiologischen Gutachter bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit nachvollzogen werden. Der RAD-Arzt Dr. N.____ vertrat aus psychiatrischer Sicht den Standpunkt, es bestünden erhebliche Inkonsistenzen bezüglich des Aktivitätsniveaus des Versicherten, die zuerst geklärt werden müssten, da - entgegen der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters - aufgrund des Realbeweises eventuell naheliege, dass der Versicherte seinen Arbeitsplatz ideal adaptiert habe und diese Tätigkeit ohne relevante Einschränkung ausführe. Diesbezüglich empfahl er eine Abklärung im Rahmen der Sachbearbeitung (IV-act. 167). Nachdem die IV-Stelle weitere Auskünfte bei der L.____ AG eingeholt hatte (IV-act. 171 und IV-act. 172), stellte sie dem Versicherten (vgl. zu dessen Stellungnahme vom 8. November 2017, IV-act. 179) mit Vorbescheid vom 7. Februar 2018 in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen, da er durch den Gesundheitsschaden keine «wirtschaftliche Erwerbseinbusse» erleide (IV-act. 189). Im Einwand vom 16. März 2018 beantragte der Versicherte die Zusprache der gesetzlichen Leistungen (IV-act. 190; siehe auch die ergänzende Eingabe vom 16. April 2018, IV-act. 192). Am 13. September 2018 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 193). Gegen die Verfügung vom 13. September 2018 erhob A.____ am 16. Oktober 2018 Beschwerde. Er beantragte darin deren Aufhebung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Er brachte vor, seit Krankheitsbeginn unterstütze er die L.____ AG zwar noch stundenweise mit seinem Fachwissen, jedoch bei weitem nicht mehr im gleichen Umfang und auch nicht mehr regelmässig. Die jeweilige Intensität sei abhängig vom Gesundheitszustand. Beim ausbezahlten Gehalt (einschliesslich Bonuszahlungen) handle es sich um einen Soziallohn. Nach Erhalt einer Invalidenrente der Pensionskasse wäre die Gehaltsstruktur angepasst worden. Gestützt auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen des psychiatrischen MEDAS-Gutachters und der behandelnden Ärzte resultiere ein 83%iger Invaliditätsgrad (act. G 1). Am ____ 2018 teilte der Rechtsvertreter mit, dass A.____ am ____ 2018 an einer Kardiomyopathie verstorben sei (act. G 3; zur Todesbescheinigung der Behörden der Republik O.____ siehe act. G 5.1). Am ____ 2018 gab er bekannt, dass die Erbgemeinschaft, bestehend aus der Ehegattin und der Tochter des Versicherten, das Beschwerdeverfahren fortführen wolle (act. G 8; zur Erbbescheinigung siehe act. G 15). Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2019 die Abweisung der Beschwerde. Sie hielt an der Auffassung fest, mangels invaliditätsbedingter Erwerbseinbusse habe der Verstorbene keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. G 10). In der Replik vom 22. Februar 2019 hielten die Beschwerdeführerinnen unverändert an der

Beschwerde fest (act. G 14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 17). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Verstorbenen. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif erstellt ist. Bezüglich des Herzleidens des Verstorbenen gelangte der kardiologische MEDAS-Gutachter zur Einschätzung, der Versicherte sei nur noch leicht bis mässig belastbar. Mittelschwere bis schwere Dauerbelastungen könnten ihm nicht mehr zugemutet werden. Der Versicherte sei als Chief Operating Officer (COO) tätig. Diese Arbeit erfordere eine hohe Reisetätigkeit (eingehend hierzu die Schilderungen des Versicherten in IV-act. 163-41). Für Reisetätigkeiten sei er eingeschränkt. Eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit sowie eine leicht belastende Tätigkeit auf dem Arbeitsweg könne ihm zugemutet werden, weshalb er in seiner Tätigkeit als COO nicht vollständig arbeitsunfähig sei. Dem Versicherten könne jede leicht belastende vorwiegend sitzend

ausgeführte Bürotätigkeit vollumfänglich ganzschichtig zugemutet werden (IV-act. 163-45). Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass vor allem die verminderte körperliche Belastbarkeit die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigte (siehe auch IV-act. 163-28) und die bezogen auf die angestammte Arbeit bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ihre Begründung im Wesentlichen in der hohen Reisetätigkeit fand (siehe auch IV-act. 163-29), wobei selbst nach Angaben des Versicherten keine absolute Reiseunfähigkeit bestanden habe, sondern (lediglich) eine «sehr intensive Reisetätigkeit» nicht mehr zumutbar gewesen sei (IV-act. 140-1). Für diese Sichtweise spricht auch, dass der Versicherte offenbar ausschliesslich in von seinem Wohnsitz weit entfernten Teilen von P.____ medizinische Behandlungen in Anspruch nahm (IV-act. 163-46). Der vom kardiologischen MEDAS-Gutachter schlüssig begründete unmittelbare Zusammenhang zwischen der Leistungsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit einer Tätigkeit wird durch die übrigen medizinischen Akten bestätigt. Bereits Dr. D.____ hielt im Bericht vom 5. Juni 2012 ausschliesslich die körperliche Belastbarkeit des Versicherten für eingeschränkt (IV-act. 27-4). Auch Dr. F.____ begründete die körperliche Leistungsbeeinträchtigung im Wesentlichen mit der «Reiseanforderung» und den vielen «Aussenterminen» (Bericht vom 22. Mai 2013, IV-act. 47-2; siehe auch dessen Angaben in IV-act. 80-2, IV-act. 93-3 Mitte, IV-act. 141-2 Mitte und act. G 14.2, S. 2). Die medizinischen Fachpersonen der Q.____ GmbH, wo sich der Versicherte am 29. Februar 2016 in Behandlung befand, führten im Bericht vom 1. März 2016 aus, er sei gut belastbar (IV-act. 192-6 Mitte). Der Versicherte vermochte sogar beschwerdefrei Ski zu fahren (IV-act. 192-5 unten; zu einem Aufenthalt «in den Alpen» siehe IV-act. 192-11), den Haushalt selbstständig zu erledigen (IV-act. 163-20; zu den Alltagsaktivitäten mit u.a. teilweise mehrmaligen täglichen ein- bis zweistündigen Spaziergängen siehe IV-act. 163-20 f.) und teilweise weiterhin in seinem Unternehmen tätig zu sein (siehe etwa IV-act. 171-2 f.). Aus den Berichten der behandelnden medizinischen Fachpersonen gehen ausserdem keine relevanten objektiven Gesichtspunkte hervor, die der kardiologische MEDAS-Gutachter ausser Acht gelassen hatte. Bezüglich der eher knapp begründeten Einschätzungen des in P.____ tätigen Dr. F.____ - der im Übrigen nicht über eine fachkardiologische Ausbildung zu verfügen scheint - ist anzufügen, dass sich diese auf den angestammten Arbeitsplatz bzw. auf die «Berufsunfähigkeit» konzentrierten (siehe etwa IV-act. 47-2 und act. G 14.2, S. 2). Mit Blick auf die ausgewiesene körperliche Belastungsabhängigkeit des Herzleidens (siehe vorstehende E. 2.1.1) können daraus keine Schlüsse für die Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten gezogen werden. Zumindest weckt die Einschätzung von Dr. F.____ keine Zweifel an der kardiologisch-gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten. Bei der Würdigung des kardiologischen Gutachtensteils fällt weiter ins Gewicht, dass er auf umfassenden persönlichen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der Vorakten erfolgte und die darin gezogenen Schlüsse nachvollziehbar begründet wurden. Gestützt darauf ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten, d.h. u.a. körperlich leichte Tätigkeiten in der angestammten Branche und Hierarchiestufe, die nicht mit starkem Reisen und vielen Aussenterminen verbunden sind, über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit verfügte (IV-act. 163-45). Diese Einschätzung gilt auch rückwirkend (IV-act. 163-29). Demgegenüber lässt sich eine über die kardiologische Einschätzung hinausgehende psychische Leistungsbeeinträchtigung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Hinweise darauf, dass der Versicherte in seinen kognitiven

Fähigkeiten beeinträchtigt gewesen wäre, lassen sich weder der gutachterlichen Beurteilung noch den übrigen medizinischen Akten entnehmen. Auch aus dem vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befund gehen keine Anhaltspunkte für ein die Leistungsfähigkeit dauerhaft einschränkendes psychisches Leiden hervor. Vielmehr erschien der Versicherte dem Gutachter als «psychisch kompensiert» (IV-act. 163-56). Auch im Rahmen des Ratingbogens «Mini-ICF-APP» wurden fast alle Fähigkeiten - ausser der Verkehrsfähigkeit und der Fähigkeit zu «Spontan-Aktivitäten» - als nicht beeinträchtigt markiert (IV-act. 163-63 f.; siehe auch IV-act. 163-61 f.). Dem Gutachten lässt sich denn auch keine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten entnehmen (IV-act. 163-29). Es findet sich lediglich die vage Aussage, in Tätigkeiten ohne Führungsfunktionen sei die Leistungsfähigkeit des Versicherten höher einzuschätzen (IV-act. 163-62). Dabei fehlen sowohl im psychiatrischen Teilgutachten als auch in den übrigen medizinischen Akten Hinweise auf eine über die körperliche Minderbelastbarkeit hinausgehende Beeinträchtigung der mentalen Belastbarkeit. Vielmehr ergaben sich - wie eben dargestellt - keine krankheitswertigen Befunde. Von Bedeutung ist des Weiteren, dass der psychiatrische Gutachter eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10: F45.30) diagnostizierte. Zur Begründung führte er aus, unter dem Aspekt, dass der Versicherte Ängste verdränge, sei aus psychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass bei der Genese der Tachykardien und der Schweissausbrüche psychische Faktoren eine Rolle spielen würden. In solchen Sequenzen stehe der Organismus unter einem hohen Disstress. Die dadurch induzierte erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit und die Schmerzen über der Brustwand seien teilweise durch die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten mit Neigung zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen unter Disstress erklärbar (IV-act. 163-59). Diese Symptomatik und die dadurch vom psychiatrischen Gutachter vermutete Leistungsbeeinträchtigung erscheinen reaktiv auf die kardiologische Symptomatik zu sein. Bereits Dr. F.____ beschrieb, dass mit der körperlichen Einschränkung eine «reaktive psychische Einschränkung» einhergehe (IV-act. 33-2 unten). So lässt sich denn auch den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters entnehmen, dass das Auftreten der psychogenen Beeinträchtigungen belastungsabhängig war und vor allem mit den Reisetätigkeiten in Verbindung stand (IV-act. 163-60). Der RAD-Arzt Dr. N.____ wies ebenfalls auf den Zusammenhang mit dem körperlichen Leiden hin und gab an, die somatoforme autonome Funktionsstörung führe zu einer relevanten Erschwernis im Umgang mit der als ausgeprägt ausgewiesenen Grunderkrankung (IV-act. 167-2). Die Aussage, dass sich der Versicherte - aus psychiatrischer Sicht - nicht mehr für Tätigkeiten mit Führungsverantwortung eigne (IV-act. 163-60), ist nicht näher begründet und steht im Widerspruch zu den vom psychiatrischen Gutachter bescheinigten Ressourcen (siehe hierzu vorstehende E. 2.2.1) und zum vom kardiologischen Gutachter bescheinigten Leistungspotenzial (siehe hierzu vorstehende E. 2.1.1). Diesbezüglich äusserte sich auch der RAD-Arzt Dr. N.____ kritisch und wies nachvollziehbar begründet auf erhebliche Inkonsistenzen hin (IV-act. 167-3). In damit zu vereinbarender Weise hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Versicherte sei während der ganzen zweistündigen Untersuchung gut gelaunt gewesen und habe keinen leidenden Eindruck gemacht (IV-act. 163-59 Mitte). Der Versicherte selbst erwähnte, bei der Tätigkeit für sein Unternehmen fühle er sich psychisch nicht belastet (IV-act. 163-52). Lediglich der Reisetätigkeit sei er nicht mehr gewachsen (IV-act. 163-41). Eine reine Bürotätigkeit komme für ihn aufgrund der Arbeitsauslastung nicht in Frage (IV-act. 163-41) und nicht etwa wegen gesundheitlicher Beschwerden. Den Haushalt vermochte er ebenfalls

noch selbst zu erledigen (IV-act. 163-20). Insgesamt ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte für eine dem kardiologischen Leiden angepasste Tätigkeit, d.h. körperlich leichte Tätigkeiten u.a. in der angestammten Branche und Hierarchiestufe (zu den leitenden Tätigkeiten vor der Gründung des eigenen Unternehmens siehe IV-act. 163-20), die nicht mit starkem Reisen und vielen Aussenterminen verbunden sind, über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit verfügte. Aus den Akten ergeben sich im Übrigen keine Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2018 wesentlich und dauerhaft verschlechtert hätte. Der Versicherte traute sich denn auch noch Langstreckenflüge und Ferien auf den O.____ zu. Da der Versicherte inzwischen leider verstarb, sind von weiteren Abklärungsmassnahmen ohnehin keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten. Des Weiteren ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt hinreichend Stellen für leidensangepasste Führungstätigkeiten finden, die sich hinsichtlich der Erwerbsmöglichkeiten nicht massgeblich von der vor dem Auftreten der kardiologischen Beeinträchtigungen bestehenden Situation unterscheiden. Somit resultiert im Rahmen eines Prozentvergleichs - selbst bei Gewährung des nach der Rechtsprechung höchstzulässigen 25%igen Tabellenlohnabzugs (BGE 126 V 75) - kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad. Selbst wenn kein Prozentvergleich vorgenommen, sondern die Vergleichseinkommen konkret bemessen würden, resultierte kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad. Entgegen der Auffassung der Parteien (IV-act. 193-1 und act. G 1, Rz 43) bilden die bis 2010 in der eigenen Unternehmung erzielten Einkommen, wie sie im individuellen Konto eingetragen wurden, keine verlässliche Grundlage für die Bestimmung der Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Valideneinkommen). Einerseits sind sie stark schwankend und erheblich durch «Bonuszahlungen» bedingt (IV-act. 9, siehe auch die Angaben im Lohnausweis für das Jahr 2010, IV-act. 18-9). In Anbetracht dessen, dass namhafte Bonuszahlungen auch nach dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgerichtet wurden (zu den im individuellen Konto eingetragenen Verdiensten der Jahre 2015 bis 2017 siehe IV-act. 186; siehe ferner die Ausführungen der L.____ AG in IV-act. 171-2), erscheint zweifelhaft, dass diese Ausdruck der Erwerbsfähigkeit des Versicherten waren. Dies gilt umso mehr, als es nach den Angaben des Versicherten bereits im Jahr 2010 «bergab gegangen» sei. Er sei über Monate schlapp und leistungsunfähig gewesen (IV-act. 163-34; vgl. auch zum Auftreten der Symptomatik im Jahr 2010 IV-act. 163-43). Hinzu kommt, dass das Jahr 2010 «ein schwierigstes Jahr» gewesen sei mit Verlust eines wichtigen Kunden, mit dem ein finanzieller Verlust einhergegangen sei (IV-act. 163-52), womit die Bonuszahlung von Fr. 52'000.-- in diesem Jahr offensichtlich nicht mit der Erwerbsfähigkeit des Versicherten als leitender Mitarbeiter zusammenhängt. Insgesamt scheinen die ausbezahlten Löhne und die Bonuszahlungen - zumindest zu einem wesentlichen Teil - auf validitätsfremden bzw. erwerbsfähigkeitsfremden Gründen zu beruhen. Sie dürften wesentlich durch die Stellung des Geschäftsführers als Gesellschafter und weniger durch seine Erwerbsfähigkeit geprägt gewesen sein. Für die Bestimmung des Valideneinkommens bzw. die Bemessung der Erwerbsfähigkeit ist denn auch nicht das Verdienstpotalential als Gesellschafter im konkreten wirtschaftlichen Umfeld, sondern sind die Erwerbsmöglichkeiten des Versicherten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt massgebend (Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG). Gestützt auf die Angaben der L.____ AG vom 23. Februar 2012 erscheint ein Lohn von Fr. 168'000.-- (IV-act. 18-3) als aussagekräftig für die Bewertung der Erwerbsmöglichkeiten des

Versicherten als Kadermitarbeiter auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Da der frühest mögliche Rentenbeginn auf das Jahr 2012 festzusetzen ist (Art. 29 Abs. 1 IVG; siehe zur IV-Anmeldung vom 26. Januar 2012 IV-act. 1), kann auf diesen Betrag abgestellt werden. Der Medianlohn für Geschäftsführer, leitende Funktionen in Verwaltung und gesetzgebenden Körperschaften, Total, Männer, betrug im Jahr 2012 Fr. 10'598.-- bei einer 40 stündigen Arbeitswoche (Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2012, Tabelle T17). Angepasst an eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (siehe hierzu Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019) resultiert ein Jahresmedianlohn von Fr. 132'581.-- ($(\text{Fr. } 10'598.-- / 40) \times 41.7 \times 12$). Daraus resultiert ein Verlust an Erwerbsmöglichkeiten von Fr. 35'419.-- ($\text{Fr. } 168'000.-- - \text{Fr. } 132'581.--$) bzw. ein Invaliditätsgrad von 21% ($\text{Fr. } 35'419.-- / \text{Fr. } 168'000.--$). Eine Rechtfertigung für einen Tabellenlohnabzug besteht nicht, nachdem sich die qualitativen Anforderungen (körperlich leichte Tätigkeiten ohne belastende Reisetätigkeiten) im Bereich Geschäftsführung nicht relevant lohnmindernd auswirken dürften und die beruflichen Erfahrungen als Kadermitarbeiter ihn für eine potenzielle Arbeitgeberin weiterhin attraktiv erscheinen liessen. Lediglich der Vollständigkeit halber bleibt anzufügen, dass selbst bei dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerinnen geltend gemachten Valideneinkommen von Fr. 207'000.-- (act. G 1, Rz 43) lediglich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 36% resultierte ($(\text{Fr. } 207'000.-- - \text{Fr. } 132'581.--) / \text{Fr. } 207'000.--$). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich den Beschwerdeführerinnen aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihnen daran anzurechnen. Ausgangsgemäss haben die Beschwerdeführerinnen keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerinnen bezahlen eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihnen daran angerechnet.

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