

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00428 vom 19. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00428](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00428)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00428 du 19 avril 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00428 del 19 aprile 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1971 und ohne Berufsausbildung, war zuletzt ab Februar 2015 als Schreiner bei der Y.\_\_\_\_ GmbH angestellt, wobei er im Handelsregister als deren alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer eingetragen war (vgl. [www.zefix.ch](http://www.zefix.ch)). Unter Hinweis auf einen am 31. Oktober 2018 erlittenen Herzinfarkt meldete er sich am 24. April 2019 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/6) und teilte dem Versicherten am 12. Juni 2019 unter Bezugnahme auf das gleichentags durchgeführte Standortgespräch (Urk. 7/11) mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft werde (Urk. 7/13). Im Rahmen ihrer diesbezüglichen Abklärungen holte die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk. 7/12) und Berufsunterlagen (Urk. 7/32, 7/36) des Versicherten sowie Arztberichte (Urk. 7/17, 7/22) und weitere Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/25-26, 7/28-29) ein. Mit Vorbescheid vom 18. März 2020 (Urk. 7/39) stellte sie X.\_\_\_\_

einen ablehnenden Rentenentscheid in Aussicht, wogegen dieser am 19. Mai 2020 unter Auflage von zusätzlichen

Arztberichten (Urk. 7/40-42) Einwand erhob (Urk. 7/43). Mit Verfügung vom 26. Mai 2020 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten mangels einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse.

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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).

### E. 1.2

) am 30. Oktober 2019 endete und die Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 24. April 2019 datiert (Urk. 7/3), mithin die sechs monatige Karenzzeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG im Oktober 2019 abließ, kommt ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1.

Oktober 2019 in Betracht

(vgl. dazu auch Art. 29 Abs. 3 IVG). 4.2 4.2.1

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers in einer leidens angepassten Tätigkeit.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem ablehnen den Rentenentscheid vom 26. Mai 2020 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit aus. Dabei stützte sie sich ebenfalls auf die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_, welcher sich in seinem Untersuchungsbericht vom 15. August 2019 in Bezug auf körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus (Schichtarbeit), atmosphärischem Über-/Unterdruck und Temperaturschwankungen sowie ohne Kälte- oder Hitzeexposition für eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgesprochen hatte (vorstehend E. 3.7). 4.2.2

Anhand der Akten ergeben sich keine relevanten Anhaltspunkte dafür, dass damit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht angemessen Rechnung getragen worden wäre.

Zunächst lassen die Akten nicht darauf schliessen, dass dem Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht eine Verweisungstätigkeit gemäss dem von Dr. D.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil nicht zumutbar wäre. Insbesondere lässt die vom Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) ins Feld geführte CPAP-/APAP-Therapie zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms

einen solchen Schluss nicht zu, zumal dadurch Atemaussetzer während des Schlafes unterdrückt und weitere Folgekrankheiten vermieden werden

können.

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Behandlungen im Stadtspital A.\_\_\_\_ vom März 2020 (vorstehend E. 3.11) geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe seinen aktuellen Krankheitszustand nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6), dringt er ebenfalls nicht durch.

Anhand der entsprechenden Berichte lässt sich nicht schlussfolgern, dass in kardialer Hinsicht weitergehende Einschränkungen als von der Beschwerdegegnerin angenommen bestünden. So waren im Rahmen der Untersuchungen vom 18. und 24. März 2020 die vom Beschwerdeführer geklagten Thoraxschmerzen nicht durch eine stenosierende koronare Herzkrankheit zu erklären und ein akutes Koronarsyndrom wurde ausgeschlossen. Die Beschwerden wurden vielmehr einer Bronchopneumonie zugeschrieben, welche sich medikamentös behandeln lässt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer nicht bescheinigt

(vorstehend E. 3.11). Auch aus dem Umstand, dass am 18. März 2020 weitere Abklärungen, insbesondere ein erneutes Holter-EKG und eine Evaluation einer Anmeldung

in der kardiopsychologischen Sprechstunde im B.\_\_\_\_, empfohlen wurden (vorstehend E. 3.11), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, zumal keine entsprechenden Weiterungen aktenkundig sind.

Es ist anzunehmen, der Beschwerdeführer hätte die Beschwerdegegnerin bei laufendem Verfahren benachrichtigt, wären im Rahmen der fraglichen Abklärungen wesentliche Erkenntnisse zu Tage gefördert worden. Soweit sich die mit dem Beschwerdeführer befassten Kardiologen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten, bescheinigten sie lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, wobei nicht zwischen angestammter und angepasster Tätigkeit differenziert wurde (vorstehend E. 3.1).

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) angerufenen Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ ist vorwegzuschicken, dass dieser im beschwerdeweise aufgelegten Bericht vom 16. Juni 2020 (Urk. 3/1) ausführte, er habe keine medizinischen Gründe, welche einer leichten Tätigkeit im Wege stünden; namentlich seien die kardialen und pulmonalen

(Spät-)Ereignisse behandelt und stünden

der Ausübung einer solchen Tätigkeit nicht entgegen.

Weshalb das körperliche Belastungsprofil auf leichte Tätigkeiten beschränkt sein sollte, legte der Hausarzt indes nicht dar und erhellt auch nicht aus den übrigen Akten. Im Übrigen verwies Dr. Z.\_\_\_\_ im vor genannten Bericht auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und vermeldete eine Zunahme der Antriebslosigkeit und Ängste nach wiederholten kardialen Ereignissen, dies nachdem er in seinem Bericht vom 17. Juli 2019 von einer im Vordergrund stehenden Depression mit Antriebslosigkeit ausgegangen war (vorstehend E. 3.6).

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ als Facharzt für Chirurgie nicht über das erforderliche Fachwissen zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers verfügt, weshalb auf seine diesbezügliche Einschätzung von vornherein nicht abgestellt werden kann. Dr. F.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer auf psychiatrische Empfehlung von Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8)

am 13. September 2019 verhaltensneurologisch-neuropsychologisch untersucht hatte, verneinte dagegen eine entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und hielt unter anderem fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und den objektiv nur diskret leistungseinschränkenden Befunden (vorstehend E. 3.9). Ihre Einschätzung erscheint nachvollziehbar und überzeugend, weshalb darauf abzustellen ist. Dass sich im weiteren Verlauf bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2020 (Urk. 2) – diese bildet praxisgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 mit Hinweis) – der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich

verschlechtert hätte und dessen Arbeitsfähigkeit nunmehr einschränken würde, ist mangels entsprechender Hinweise in den Akten nicht anzunehmen.

Insbesondere kann ein solcher Schluss nicht aus dem im Beschwerdeverfahren (Urk. 9) ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Oktober 2020 (Urk. 10) gezogen werden, bezieht sich doch dieser weder auf den massgebenden Beurteilungszeitraum noch lässt er Rückschlüsse darauf zu. Folglich kann offenbleiben, ob die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer aufgrund

der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), aufgetreten als Folge der schweren Belastung nach kardialer Erkrankung, sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit «aktuell 100 %» arbeitsunfähig sei, zu überzeugen vermag. 4.2.3

Zusammengefasst ist die dem angefochtenen Rentenentscheid zu Grunde liegende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu beanstanden.

Von ergänzenden Beweismassnahmen, namentlich einer polydisziplinären Begutachtung (Urk. 1 S. 2 und S. 3 Ziff. 7), ist kein entscheiderelevanten Aufschluss zu erwarten. Entsprechend ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung davon abzusehen (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). 5. 5.1

Strittig und zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Im angefochtenen Entscheid wurde zur Invaliditätsbemessung die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vorstehend E. 1.4.1) heran gezogen, was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht moniert wird. Die Beschwerdegegnerin stellte dabei einem

Valideneinkommen von Fr. 62'823.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 68'884.75 gegenüber (Urk. 2 S. 1; vgl. auch Urk. 7/37 und Urk. 7/38/4-5) und verneinte einen Rentenanspruch mangels einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse. 5.3

Das von der Beschwerdegegnerin erklärermassen gestützt auf die Einkünfte gemäss IK-Auszug und die Reingewinne der GmbH (jeweils Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2017) mit Fr. 62'823.-- bezifferte

Valideneinkommen (vorstehend E. 1.4.2; vgl. Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 5. März 2020 [Urk. 7/38/4-5] und Einkommensvergleich vom 18. März 2020 [Urk. 7/37]) wurde beschwerdeweise nicht bestritten. Es besteht kein Anlass zu einer näheren Prüfung, zumal dieses mit Blick auf die im IK verbuchten Einkommen (Urk. 7/12/2) jedenfalls nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausgefallen ist. 5.4 5.4.1

In Bezug auf das Invalideneinkommen bringt der Beschwerdeführer vor, dieses sei ohne Begründung und Belege, mithin willkürlich auf Fr. 68'884.75 festgesetzt worden (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5). Im angefochtenen Entscheid wurde diesbezüglich festgehalten, für das Invalideneinkommen werde «auf Werte des Bundesamtes für Statistik für Hilfsarbeitertätigkeiten in allen Branchen» (Urk. 2 S. 2 unten) abgestellt.

Aus den Akten, namentlich dem Einkommensvergleich vom 18. März 2020 (Urk. 7/37, vgl. auch Urk. 7/38/6), geht denn auch hervor, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen auf der Basis der vom BFS

periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelte. Da der Beschwerdeführer keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, es mithin an einem in Ausschöpfung der ihm verbleibenden Arbeitsfähigkeit tatsächlich erzielten Verdienst fehlt, steht der Bezug der LSE Tabellen im Einklang mit der Rechtsprechung (vorstehend E. 1.4.3).

Konkret zog die Beschwerdegegnerin

den

monatlichen Bruttolohn (Zentralwert)

aller Wirtschaftszweige («Total») von Männern auf dem Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) gemäss Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2016 heran, welcher indes nicht wie angegeben Fr. 5'430.--, sondern Fr. 5'340.-- beträgt. Angesichts dessen, dass praxisgemäss grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden sind (vorstehend E. 1.4.3) und der angefochtene Entscheid (Urk. 2) vom 26. Mai 2020 datiert, ist jedoch auf die am 21. April 2020 veröffentlichte LSE 2018 abzustellen, wonach der vorgenannte Zentralwert für das Jahr 2018 Fr. 5'417.-- beträgt.

Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2019 (BFS, Tabelle 03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2019 (Index 2018 105.1, Index 2019 106.0; vgl.

BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2019, Total), resultiert für das Jahr 2019 bei einem zumutbaren 100 %-Pensum ein Einkommen von Fr. 68'347.-- (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 / 105.1 x 106). Im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 62'823.-- (vorstehend E. 5.3) ergibt sich somit keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse.

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen, was vom Beschwerdeführer nicht substantiiert moniert wird und auch nicht zu beanstanden ist. Denn es ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer einen lohnrelevanten Nachteil zu gewärtigen hätte.

Selbst wenn indes das Invalideneinkommen von Fr. 68'347.-- um den maximal zulässigen Abzug von 25 % (vorstehend E. 1.4.4) gekürzt würde, resultierte bei ansonsten unveränderten Bemessungsfaktoren ein Invaliditätsgrad von lediglich rund 18 % ( $(\frac{Fr. 62'823.-- - \{ Fr. 68'347.-- \times 0.75 \}}{Fr. 62'823.--}) \times 100$ ), welcher unter dem anspruchsbegründenden Wert von 40 % (vorstehend E. 1.2) liegt und daher nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt.

#### 5.4.2

Auch die weiteren Einwände des Beschwerdeführers gegen die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin erweisen sich als nicht stichhaltig.

Zunächst ist in Erinnerung zu rufen, dass das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln

ist, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten (vgl. dazu Urk. 1 S. 3 Ziff. 5) keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind

(BGE 138 V 457 E. 3.1).

Die Beschwerdegegnerin hat dem Umstand, dass der Beschwerdeführer über keine Berufsausbildung verfügt (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1, Urk. 7/3/4 Ziff. 5.3), dadurch Rechnung getragen, dass sie zur Ermittlung des Invalideneinkommens das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) heranzog.

Dieses umfasst zahlreiche Tätigkeiten, für welche keine Ausbildung erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_803/2018 vom 6. Juni 2019 E. 6 mit Hinweisen). Im Übrigen ergibt

sich aus dem IK-Auszug (Urk. 7/12), dass der Beschwerdeführer durchaus auch ausserhalb der Holzbearbeitung gearbeitet hat und somit auch über anderweitige berufliche Kenntnisse verfügt.

Sodann umfasst der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2 mit Hinweisen), welche den festgestellten Limitierungen (vorstehend E. 4.2.1) Rechnung tragen. Demzufolge steht dem Beschwerdeführer ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten offen. Nebst Überwachungs-, Prüf- und Kontrollfunktionen fallen zahlreiche weitere Tätigkeiten wie Maschinenbedienungs- oder Montagearbeiten in Betracht, welche kein Heben bzw. Tragen von schweren Lasten erfordern und auch die übrigen Anforderungen an eine Verweisungstätigkeit (Wechselbelastung, keine Arbeiten mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus [Schichtarbeit], atmosphärischem Über-/Unterdruck, Temperaturschwankungen oder Kälte-/Hitzeexposition) erfüllen.

Ins Leere geht schliesslich auch das Vorbringen, es sei nicht nachvollziehbar, dass das Invalideneinkommen das Valideneinkommen übersteigen soll. Es gibt – wie vorliegend – durchaus Konstellationen, in welchen das Invalideneinkommen höher ist als das Valideneinkommen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_674/2019 vom 9. Dezember 2019 E. 3.4.4 und 8C\_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 11.2.2.1). 5.5

Nach dem Ausgeführten erweist sich der abschlägige Rentenentscheid der Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2020 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG

sind auf Fr. 800.-- anzu setzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Lüthi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9 und Urk. 10 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelMuraro

### **E. 1.3**

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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.4.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 1.4.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

#### **E. 1.4.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth ,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

#### **E. 1.4.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 , 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ). 2.

#### **E. 1.11**

2018 (RIVA Mitte 70 %-Stenose und DA1 70-90 % Stenose DK- crush [3x Drug- eluting Stents], RCX prox . 70-80 %-Stenose, RCA mit Wandunregelmässigkeiten, LVEF 65 % - Koronarangiographie vom 1.12. 2002 bei AP-Beschwerden: Ausschluss koronare Herzkrankheit - cvRF : anhaltender Nikotinabusus ca. 40py, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie

Die Ärzte berichteten, der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet . Der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei geblieben und noch am selben Tag zurück ins Spital C.\_\_\_\_ verlegt worden zur Nachbetreuung. Er sei arbeitsunfähig für mindestens eine Woche (Urk. 7/6/ 29- 30) .

Laut Austrittsbericht des Spitals C.\_\_\_\_ , Departement Innere Medizin, vom 12. November 2018 konnte der Beschwerdeführer am 3. November 2018 nach Hause entlassen werden (Urk. 7/6/32) . Die Ärzte nannten als Prozedere unter anderem ein erneutes Aufgebot zur perkutanen Koronarintervention (PCI) des Ramus

circumflexus (RCX) in zirka ein bis drei Wochen und attestierten

dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit bis zur nächsten Koronarangiographie (Urk. 7/6/33) . 3.2

Im

Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Pneumologie/ Somnologie, vom 17. November 2018 über die pneumologische und computertomographische Kontrolluntersuchung vom 5. November 2018 wurden als Diagnosen zusätzlich insbesondere eine COPD GOLD Stadium I, Phänotyp A, sowie ein dringender Verdacht auf ein relevantes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom genannt. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer fühle sich in seiner Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt. Eine Polygraphie werde durchgeführt. Bezüglich der obstruktiven Ventilationsstörung bestehe nach hoffentlich anhaltender Nikotinkarenz die Hoffnung, dass sich die Lungenfunktion erholen werde. Aktuell werde eine anti obstruktive Therapie empfohlen (Urk. 7/6/22-23). 3.3

Am

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 26. Juni 2020 Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine ganze Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % zuzusprechen. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten über seinen Krankheitszustand einzuholen und danach die ihm zustehende Invalidenrente festzulegen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 2). Letztere schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 9. September 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. September 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 29. Oktober 2020 (Urk. 9) reichte er einen weiteren Arztbericht zu den Akten (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren abschlägigen Rentenentscheid damit, dass der Beschwerdeführer seiner angestammten Tätigkeit in der Holz- und Baubranche aufgrund der diagnostizierten koronaren 2-Gefässerkrankung seit Oktober 2018 nicht mehr nachgehen könne. In einer angepassten, körperlich leichten

bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit sei er hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Andere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht, insbesondere liege in verhaltensneurologisch-neuropsychologischer Hinsicht kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden vor.

Bei Ausschöpfung seiner Restarbeitsfähigkeit verzeichne der Beschwerdeführer keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse, weshalb ihm keine Invalidenrente zustehe (Urk. 2 und Urk. 6).

### **E. 2.2**

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, er habe im Nachgang zu dem im November (richtig: Oktober) 2018 erlittenen Herzinfarkt keine berufliche Tätigkeit mehr aufnehmen können. Für eine leichtere als die angestammte, mit schwersten Belastungen einhergehende Tätigkeit als Schreiner und Universalhandwerker

habe er keine Ausbildung. Sein Hausarzt

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, attestiere ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Nebst den kardialen Einschränkungen leide er an einem mittelschweren Apnoesyndrom, welches ihn zu einer dauernden CPAP-Therapie zwingt (Urk. 1 S. 2). Soweit die Beschwerde gegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgeht, nenne sie keinerlei Tätigkeit, welche er in seinem Krankheitszustand ausüben könnte. Auch lege sie nicht dar, wie er ein Jahreseinkommen von Fr. 68'884.75 erzielen könnte. Die Annahme eines Invalideneinkommens in genannter Höhe sei ohne Begründung bzw. Belege erfolgt und damit willkürlich. Auch sei nicht nachvollziehbar, weshalb das Invalideneinkommen in einer angepassten Tätigkeit höher sein sollte als das von ihm bisher unter Leistung schwerer Arbeit erzielte Jahreseinkommen von Fr. 62'823.--. Sodann habe die Beschwerdeführerin seinen aktuellen Gesundheitszustand nicht berücksichtigt. Er habe immer wiederkehrende Thoraxschmerzen und Angina Pectoris. Im März 2020 habe er sich erneut im Städtischen Spital A.\_\_\_\_ behandeln lassen müssen. Diese Beschwerden (Schmerzen sowie Gefühl der Atemnot und Beendigung der Herzfunktionen) führten auch zu Angstzuständen. Sobald er wieder arbeiten aufnehme, die mehr als Alltagsbeschäftigungen darstellten, fürchte er, wieder einen Herzinfarkt zu erleiden. Er werde sich daher auch einer kardiopsychologischen Behandlung unterziehen. Falls nicht bereits aufgrund der bisherigen medizinischen Berichte von einer aktuell 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde, so wäre er unter Einbezug der koronaren, pulmonalen und psychischen Situation polydisziplinär zu begutachten (S. 3). 3.

### 3.1

Im Austrittsbericht des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Herzzentrum, vom 1. November 2018 wurde insbesondere folgende Diagnose gestellt (Urk. 7/6/29): - Nicht-ST-Hebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI) am 31.10. 2018 bei koronarer 2-Gefäss-Erkrankung mit erhaltener links-ventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) - Koronarangiographie vom

### E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art.

### E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### E. 13

Dezember 2

### E. 018

erfolgte im Herzzentrum des B.\_\_\_\_

die geplante

Re Koronarangiographie mit Intervention der bekannten RCX-Stenose (Versorgung mit 2 Drug-eluting Stents). Nach einem komplikationslosen postinterventionellen Verlauf konnte der Beschwerdeführer am Folgetag in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen

werden ( Austrittsbericht vom 14. Dezember 2018, Urk. 7/6/24+26). 3.4

In dem vom 29. April bis 1. Mai 2019 durchgeführten Langzeit -EKG

waren keine höhergradigen ventrikulären Rhythmusstörungen, kein Vorhofflimmern und keine relevanten Bradykardien nachweisbar (Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Kardiologie, vom 2. Mai 2019, Urk. 7/17/17).

Sodann ergaben sich in dem wegen unklarer thorakaler Beschwerden durchgeführten Myokardperfusions-SPECT vom 22. Mai 2019 keine Hinweise auf Ischämien oder Narben des linksventrikulären Myokards. Es zeigte sich eine global normale linksventrikuläre Funktion (Bericht des B.\_\_\_\_, Nuklearmedizin, Herzbildgebung, vom 22. Mai 2019, Urk. 7/17/10). 3.5

Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Pneumologie, vom 8. Juli 2019 wurde festgehalten, in der ambulanten Sprechstunde vom 3. Juli 2019 habe der Beschwerdeführer angegeben, sich trotz

CPAP - Therapie

aktuell immer noch müde, morgens «erschlagen» zu fühlen. Ein Mittagsschlaf von 30 Minuten werde häufig durchgeführt. Der Beschwerdeführer gehe zweimal täglich mit dem Hund jeweils zirka eine Stunde spazieren, fühle sich gleichwohl nicht körperlich belastbar. Der Nikotin-Konsum sei vor zwei Wochen beendet worden. Trotzdem habe er oft morgens Husten und weissen Auswurf. Alle Gelenke täten häufig weh, die Beine würden einschlafen. Er habe auch Angstzustände und könne überhaupt nicht alleine sein. Er müsse immer irgendein Geräusch oder eine Stimme hören (Urk. 7/17/89).

Der zuständige Kaderarzt Pneumologie beurteilte, der Beschwerdeführer sei motiviert, die APAP - Therapie durchzuführen, jedoch müsse die Geräte-Compliance noch verbessert werden. Differentialdiagnostisch sei auch an ein psychosomatisches Geschehen mit Müdigkeit und diffusen Schmerzen zu denken. Der Beschwerdeführer sei nicht mehr berufstätig. Bezüglich der COPD zeige sich aktuell ein gutes Ergebnis. Die antiobstruktive Therapie solle weitergeführt werden. Eine pneumologische und somnologische Kontrolluntersuchung sei in einem Jahr vorgesehen. Bei fortbestehender Müdigkeit werde eine Überprüfung der APAP-Therapie mittels Polygraphie oder Polysomnographie durchgeführt, gegebenenfalls inklusive MSLT (multipler Schlaflatenztest) zur Objektivierung der beklagten Tagesmüdigkeit. Parallel dazu werde gegebenenfalls die Vorstellung beim Psychosomatiker bzw. Psychiater empfohlen, da differentialdiagnostisch an eine depressive Verstimmung mit begleitender Neigung zu Angst- und Panikattacken zu denken sei (Urk. 7/17/9). 3.6

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte

in seinem Bericht vom 17. Juli 2019 an die Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere eine

Depression mit Antriebslosigkeit (ICD-F32.1), eine COPD, Gold Stadium 1, Phänomen 1 (J44.9) sowie ein NSTEMI bei koronarer 2-Gefässerkrankung mit erhaltener LVEF am 31. Oktober 2018 (I25.12; Urk. 7/17/4 Ziff. 2.5). Er hielt fest, im Vordergrund stünden die Antriebslosigkeit sowie die funktionellen Beschwerden mit Ansatz tendinosa an Schultern und Knien. Die kardiale Situation sei kompensiert; es bestehe weder eine Insuffizienz noch zusätzlicher Abklärungsbedarf. Das pulmonale Beschwerdebild sei besserungsfähig; es sei

mit einer CPAP-Therapie für das Schlafapnoe-Syndrom und mit einer dauermedikamentösen Unterstützung der COPD begonnen worden (Urk. 7/17/4 Ziff. 2.2).  
Dr. Z.\_\_\_\_

attestiert dem Beschwerdeführer eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis (einstweilen) zum 31. Juli 2019 (Urk. 7/17/3 Ziff. 1.3 ) und vermerkte, die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei vorwiegend abhängig von der psychischen Situation (Urk. 7/17/5 Ziff. 2.7 , vgl. auch Urk. 7/17/7 Ziff. 4.3 f. ).

Der Beschwerdeführer fühle sich schwach und sei lustlos; nach eigenen Angaben sei er auch ängstlich und wisse nicht genau, was er machen könne (Urk. 7/17/6 Ziff. 3.4 f. ) . 3.7

In seinem zuhanden des Krankentaggeldversicherers verfassten Bericht vom 15. August 2019 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom selben Datum stufte

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

die koronare 2-Gefässerkrankung (Zustand nach NSTEMI am 31.10.2018; Zustand nach RIVA-PTCA und 2x Drug-eluting -Stent am 1.11.2018; Zustand nach RCX-PTCA und Drug-eluting Stent am 13.12.2018; CVRF: Arterielle Hypertonie, pathologische Glukosetoleranz, Nikotinabusus, Dyslipidämie ) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein ( Urk. 7/26/3).

Der COPD GOLD Stadium I und dem mittelgradigen Schlafapnoe-Syndrom (Maskentherapie) mass er ebenso wie einer Thalassämia minor und dem nicht morbiden Übergewicht (BMI 29.6 kg/m<sup>2</sup>) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/26/3).

In seiner Beurteilung führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die COPD werde mit einem GOLD 1 Stadium als leicht eingestuft. Diesbezüglich sei die Arbeitsfähigkeit unbeeinträchtigt.

Bezüglich des Schlafapnoe-Syndroms bestehe seit Kurzem in Form einer nächtlichen Maskentherapie eine adäquate Behandlung, die auch weitgehend toleriert und sich nach einer Gewöhnungsphase als unproblematisch einspielen werde. Eine Verbesserung der Tagesmüdigkeit sei vom Beschwerdeführer aktuell bereits berichtet worden. Auch hierdurch sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben.

Als wesentliche und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose liege ein Zustand nach Myokardinfarkt bei manifester koronarer 2 Gefässerkrankung vor. Die Akut- und Nachbehandlung seien unproblematisch verlaufen. Pathologische Herzrhythmusstörungen oder Zeichen kardialer Dekompensation seien nicht dokumentiert bzw. gar ausgeschlossen worden. Selbst während der akuten Infarktphase sei eine normale Ejektionsfraktion dokumentiert worden. Kontrollen würden durchgeführt und Hinweise auf Malcompliance lägen nicht vor.

Die derzeitige Therapie sei mit einer Ausnahme, welche den vom Beschwerdeführer beklagten Schwindel plausibel erklären könnte, als lege artis anzusehen .

Trotz des guten Verlaufes sei dem Beschwerdeführer die bisherige, körperlich als schwer einzuschätzende Tätigkeit nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen (Urk. 7/26/3) .

Vermieden werden sollten dabei schwere und sehr schwere körperliche Tätigkeiten ebenso wie solche mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus (Schichtarbeit), atmosphärischem Über-/Unterdruck und Temperaturschwankungen sowie in Kälte oder Hitze. Möglich seien

de m Beschwerdeführer sehr leichte, leichte und mittelschwere Tätigkeiten, abwechseln d im Stehen, Gehen und Sitzen (Urk. 7/26/4). 3.8

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete

in seiner arbeitsprognostischen Standortbestimmung vom 28. August 2019 zuhanden des Krankentaggeldversicherers insbesondere von unauffälligen objektiven AMDP-Modalitäten im Rahmen der klinischen Momentaufnahme vom 20. August 2019. Er hielt fest, das subjektiv-erfragte Alltagsaktivitätsspektrum bzw. die Performance sei nicht in allen Teilen gleichermassen erheblich eingeschränkt. Die Beantwortung der Frage hinsichtlich des objektiven (effektiven) handlungsbezogenen Funktionspotenzials, der Zumutbarkeit einer leidens angepassten Tätigkeit bedürfte einer neuropsychologisch-leistungspsychologischen Funktionsdiagnostik in allen Modalitäten, welche eine vertiefte objektive funktionsorientierte und kategoriale Schätzung von berufsrelevanten Defiziten bzw. Ressourcen erst ermöglichen

(Urk. 7/28/2-3). 3.9

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, speziell Kognitive Neurologie, Verhaltensneurologie/Neuropsychologie, hielt in ihrem zuhanden des Krankentaggeldversicherers verfassten Bericht vom 28. September 2019 über die Abklärung vom 13. September 2019 fest (Urk. 7/25/2-6), bei dem interaktionell kooperativen Beschwerdeführer lasse sich klinisch-phänomenologisch ausserhalb einer leichtgradigen affektbetonten dysthymen Zeichnung kein relevantes depressogenes Störungsbild objektivieren (Denken, Antrieb, Spontanreaktivität, pragmatisches Kommunikationsverhalten, dynamischer Gesamteindruck, psychisches Energieniveau, kognitive Umstellfähigkeit, emotioneller Ausdruck/Modulier- und Auslenkbarkeit, Emotionsregulation, Ich-Stärke). Die Gedankengänge des Beschwerdeführers seien kohärent, seine psychische und

kognitive Belastbarkeit nicht beeinträchtigt. Die berufsbezogene neuropsychologisch-leistungspsychologische Abklärung ergebe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils lediglich eine diskrete verminderte Fehlerkontrolle. Insbesondere seien das Arbeitsgedächtnis, das episodische Gedächtnis, die kognitive Flexibilität, die sonstige Fehlerkontrolle sowie die Handlungs- und Planungskontrolle intakt. Relevante sonstige Auswirkungen des Schlafapnoe-Syndroms seien während der eineinhalbstündigen Abklärung nicht objektivierbar gewesen. Insbesondere habe sich auch kein Leistungsseinbruch gezeigt (Urk. 7/25/4).

Dr. F.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, aktuell lasse sich ein höchstens minimales neurokognitives Ausfallmuster objektivieren. Es würden sich insgesamt höchstens minimale Einschränkungen hinsichtlich der im angestammten Beruf gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten lassen. Die aufgeführten Befunde qualifizierten gemäss Mini-ICD-APP (Capacity) nicht für relevante Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus (Alltagsaktivitätsspektrum), dies korrelierend zum erfragten subjektiv geschilderten globalen Alltagsaktivitätsspektrum (Performance; Urk. 7/25/4-5). Die «harten» ICF-APP-Fähigkeitsdimensionen wie Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Anwendung von fachlichen Kompetenzen, Verkehrsfähigkeit sowie Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien allesamt

aus neuro kognitiver Sicht nicht limitiert. Es bestehe demnach eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und den objektiv nur diskret leistungseinschränkenden Befunden. Für die zuletzt ausge übte Tätigkeit als Schreiner/Küchenbauer wie auch für jede andere bildungs angepasste Tätigkeit bestehe aus neuropsychologisch-leistungspsychologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/25/5) . 3.10

Laut Bericht des Herzzentrums des B.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2019 (Urk. 3/4) zeigte sich in der Kontrollangiographie vom 26. September 2019 eine signifikante Instent-Restenose im Bereich des RCX, weshalb im Rahmen der Hospitalisation vom 27./28. September 2019 eine erneute Behandlung mittels PTCA ( perkutane transluminale coronare

Angioplastie ) und Stent- Implantation erfolgt sei. Die Kontrollangiographie habe ein gutes postinterventionelles Ergebnis dokumentiert , die Stents im RIVA und ersten Diagonalast hätten sich offen gezeigt . Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet und der Beschwerdeführer sei allzeit beschwerdefrei gewesen. 3.11

Da der Beschwerdeführer über anhaltende atypische ,

nicht belastungsabhängige und mit Palpitationen einhergehende Thoraxschmerzen klagte, wurde am 18. März 2020

in der Klinik für Kardiologie des Stadtsitals A.\_\_\_\_

eine weitere Koronarangiographie durchgeführt . Laut Bericht vom selben Datum zeigte sich dabei bei bekannter koronarer Zweigefässerkrankung ein gutes Resultat nach Stenting des proximalen RIVA, des ersten Diagonalastes und des proximalen RCX. Der Abgang des ersten Marginalastes sei durch den RCX-Stent etwas eingengt, weise jedoch TIMI 3-Fluss bis in die Peripherie auf und stelle dementsprechend kein Interventionstarget dar. Ein anderes Target lasse sich ebenfalls nicht nachweisen. Somit seien die atypischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht durch eine stenosierende koronare Herzkrankheit zu erklären. Als Prozedere wurde n

ein

siebtägiges Holter-EKG im Hinblick auf die zwei- bis dreimal wöchentlich auftretenden Palpitationen sowie die Evaluation einer Anmeldung in der kardiopsychologischen Sprechstunde im B.\_\_\_\_ empfohlen ( Urk . 3/6 S. 2; vgl. auch Urk. 3/5).

Auf Zuweisung von Dr. Z.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer am 24. März 2020 aufgrund von Thoraxschmerzen in der Notfallstation Medizin des Stadtsitals A.\_\_\_\_ vorstellig . Im Bericht vom selben Datum interpretierten die dort mit ihm befassten Ärzte die Thoraxschmerzen als pleuritischen Schmerz bei einer links basal gelegenen Bronchopneumonie und hielten fest, bei gut durchgängigen Koronararterien ohne Intervention in der Angiographie vom 18. März 2020 und blandem EKG und Troponin sei ein akutes Koronarsyndrom ausgeschlossen worden; der Ausschluss einer Lungenembolie oder Aortendissektion sei mittels CT erfolgt. Es würden eine Analgesie und antibiotische Therapie empfohlen (Urk. 7/41). 4. 4.1

Prozessthema ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und dabei zunächst die Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Dabei gehen die Parteien – entsprechend dem Dafürhalten von Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 7) – übereinstimmend davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Schreiner und Universalhandwerker seit dem Herzinfarkt vom 31. Oktober 2018 nicht mehr zumutbar ist. Angesichts dessen, dass die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E.

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