



**Fall-Nr.:** IV 2021/197  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.11.2022  
**Entscheiddatum:** 28.06.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.06.2022**

**Art. 28 IVG. Beweiskraft eines Gutachtens. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Juni 2022, IV 2021/197).**

#### **Entscheid vom 28. Juni 2022**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2021/197

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH,  
Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im August 2017 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, keinen Beruf erlernt zu haben. Der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ hatte ihn wegen einer schweren funktionellen Mitralklappeninsuffizienz und einer schweren koronaren Dreifässerkrankung ab dem 30. Januar 2017 zu 100 Prozent arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 11; siehe auch Austrittsbericht der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 28. Februar 2017; IV-act. 9–2 ff.). Eine für den 12. Mai 2017 geplante koronare Bypass- und Mitralklappen-Operation hatte wegen einer zahnärztlichen Behandlung verschoben werden müssen (Fremdakten; IV-act. 11–3). Die ehemalige Arbeitgeberin des Versicherten berichtete der IV-Stelle am 29. August 2017 (IV-act. 14), dass sie den Versicherten vom 29. März 2016 bis 31. Juli 2017 als „Mitarbeiter Kunststofftechnik“ beschäftigt habe. Das Arbeitsverhältnis sei wegen einer Neuorganisation der Abteilung aufgelöst worden. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 26. Januar 2017 gewesen. Bis Juni 2016 sei der Versicherte im Stundenlohn, ab Juli 2016 im Monatslohn mit einem Vollpensum und ab November 2016 im Monatslohn mit einem Pensum von 80 Prozent angestellt gewesen. Die Tätigkeit habe überwiegend stehend, manchmal gehend und selten sitzend verrichtet werden müssen. Der Versicherte habe manchmal leichte Lasten und selten mittelschwere und schwere Lasten heben und tragen müssen. Der AHV-beitragspflichtige Monatslohn hatte im Jahr 2016 bei einem Vollpensum 4'700 Franken betragen (zzgl. 13. Monatslohn). Die behandelnde Kardiologin Dr. med. C.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle im Dezember 2017 mit (IV-act. 21), dass aufgrund der Stabilisation der Situation weiterhin eine konservative Behandlung erfolge. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch den Hausarzt festgelegt. Schwere körperliche Arbeiten seien langfristig vermutlich nur eingeschränkt durchführbar. Der Hausarzt berichtete der IV-Stelle am 12. Februar 2018 (IV-act. 28–4), dass der Versicherte in einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben oder Tragen von Lasten zu 50 Prozent arbeitsfähig sei. Der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ notierte am 20.



## St.Galler Gerichte

Februar 2018 (IV-act. 29), medizinisch-theoretisch müsse für eine angepasste Tätigkeit (überwiegend sitzend, körperlich sehr leicht, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte auf Nachfrage hin am 28. Februar 2018 (IV-act. 32), sie könne die Einschätzung des RAD, dass der Versicherte in einer überwiegend sitzenden, körperlich sehr leichten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei, aufgrund der klinischen Befunde bestätigen. Allerdings habe sie den Versicherten zuletzt im November 2017 gesehen; damals sei die Frage nach einem operativen Vorgehen besprochen worden; sie habe keine Belastungstests durchgeführt.

**A.b.** Die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle notierte am 21. März 2018, dass der Versicherte zwar keine Berufsausbildung absolviert habe, jedoch über eine vielseitige praktische Berufserfahrung in diversen Bereichen verfüge (IV-act. 37). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 5. Juni 2018 (IV-act. 38), dass dem Versicherten körperlich leichte Arbeiten sechs bis acht Stunden pro Tag zumutbar seien. Bezüglich schwerer körperlicher Arbeit bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Am 6. September 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm eine Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (IV-act. 44). Am 1. Oktober 2018 startete der Versicherte ein von der IV-Stelle zusammen mit dem RAV aufgelegtes Einsatzprogramm mit einer körperlich leichten, sitzenden Tätigkeit. Der Versicherte behielt das Anfangspensum von 30 Prozent während der Dauer des Einsatzprogramms bei. Am 13. November 2018 informierte das RAV die IV-Stelle darüber, dass das Programm abgebrochen werde, weil der Körper des Versicherten zu geschwächt zu sein scheine (vgl. IV-act. 50). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete dem Hausarzt am 21. November 2018 über eine Verschlechterung der linksventrikulären Funktion im Vergleich zur letzten Untersuchung im Mai 2018 (IV-act. 53). Sie hielt fest, wahrscheinlich hätten die Infekte der oberen Luftwege (kurzzeitig intensiv-medizinische Betreuung 02/18, zweimalige Infekte 10/18 und 11/18) wieder zu einer Verstärkung der Problematik geführt. Allerdings seien auch die Blutdruckwerte und die Herzfrequenz nach einer Gewichtszunahme wieder deutlich höher und nicht tolerabel. Dr. C.\_\_\_\_ passte die medikamentöse Behandlung an und hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit weiterhin vom Hausarzt festgelegt werde. Am 10. Mai 2019 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 56).



**A.c.** Am 16. Juli 2019 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 57). Sie führte aus, die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten weiterhin nicht zumutbar. Für leichte körperliche Arbeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von sechs bis acht Stunden täglich. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte am 9. September 2019 die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Kardiologin (IV-act. 60). Mit einem Vorbescheid vom 10. September 2019 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von null Prozent an (IV-act. 62). Am 30. Oktober 2019 verfügte sie im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 63). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft.

**A.d.** Am 11. März 2020 liess der Versicherte ein Gesuch um prozessuale Revision der Verfügung vom 30. Oktober 2019 stellen und die Zusprache einer vollen (recte: ganzen) Invalidenrente mit Wirkung ab dem 2. August 2017, eventualiter die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 30. Oktober 2019 und subeventualiter die Behandlung dieses Gesuchs als Neuanmeldung für eine Invalidenrente beantragen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter des Versicherten geltend, dass dieser gemäss seinem Hausarzt seit dem 1. Oktober 2018 andauernd zu 70 Prozent arbeitsunfähig sei. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar. Die IV-Stelle hätte eine medizinische Begutachtung durchführen müssen. Die Verfügung vom 30. Oktober 2019 müsse als nichtig bezeichnet werden. Der Versicherte hatte in dem dem Gesuch beigelegten, von ihm am 24. Februar 2020 ausgefüllten Anmeldeformular angegeben, dass er an Atemnot, Schwindel, Herzbeschwerden bei physischen und psychischen Anstrengungen, Muskelschmerzen, Konzentrationsproblemen, Schlafstörungen und Panikattacken leide (IV-act. 70). Die IV-Stelle bestätigte am 18. März 2020 den Eingang „Ihrer Anmeldung für berufliche Massnahmen und Rente“ (IV-act. 72). Gleichentags notierte eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle, es handle sich um eine „Wiederanmeldung mit einem reinen Rentengesuch“ (IV-act. 73). Die Sachbearbeiterin ersuchte den RAD am 16. Juli 2020, Stellung zur Eintretensfrage zu nehmen (IV-act. 74–1 f.). Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 21. Juli 2020 (IV-act. 74–2 ff.), dass aufgrund der vom Hausarzt für den Zeitraum vom 1. Oktober 2018 bis 30. April 2020 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht worden



sei. Der Hausarzt teilte der IV-Stelle auf Nachfrage hin am 9. August 2020 mit (IV-act. 81), dass er den Versicherten seit dem Jahr 2018 zu 70 Prozent arbeitsunfähig schreibe. Die behandelnde Kardiologin gehe für sehr leichte Arbeiten (was einer Leistung von maximal 20–40 Prozent entspreche) von einer Arbeitsfähigkeit von sechs bis acht Stunden pro Tag aus, was einer Gesamtarbeitsfähigkeit von rund 30 Prozent entspreche. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 18. August 2020 fest (IV-act. 82), dass sich ihm die hausärztliche Berechnung der Arbeitsfähigkeit nicht erschliesse. Es lägen keine neuen kardiologischen Unterlagen vor, die eine Veränderung der kardialen Situation dokumentieren würden. Somit sei nicht ausgewiesen, dass es seit der Verfügung vom 30. Oktober 2019 zu einer anhaltenden und relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gekommen wäre.

**A.e.** Mit einem Vorbescheid vom 9. September 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von null Prozent vorsehe (IV-act. 86). Zur Begründung hielt sie fest, dass der Versicherte in einer optimal adaptierten Tätigkeit weiterhin sechs bis acht Stunden pro Tag arbeitsfähig sei. Wiedererwägungsgründe lägen keine vor. Dagegen wandte der Rechtsvertreter des Versicherten am 16. Oktober 2020 ein (IV-act. 87), dass auf die Argumente betreffend Revision und Wiedererwägung nicht eingegangen worden sei. Gemäss einem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 1. Oktober 2020 sei aktuell keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Somit liege ein Revisionsgrund vor und dem Versicherten sei ab dem 2. August 2017 eine volle (recte: ganze) Rente zuzusprechen. Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen hatten im Sprechstundenbericht vom 1. Oktober 2020 festgehalten (IV-act. 87–16 ff.), dass sich der Versicherte anlässlich der Untersuchung vom 24. September 2020 kardiopulmonal kompensiert mit normotensiven Blutdruckwerten präsentiert habe. Anamnestisch bestehe schon bei geringerer Anstrengung eine von pektanginösen Beschwerden begleitete Belastungsdyspnoe. Zudem komme es gelegentlich auch nachts zu thorakalen Ruhebeschwerden. In der Echokardiographie habe sich eine gut leichtgradig eingeschränkte systolische Funktion bei vorbestehenden Kinetikstörungen gefunden. Zudem bestehe weiterhin eine schwere funktionelle Mitralklappeninsuffizienz. In der Spiroergometrie habe sich eine eingeschränkte



Leistungsfähigkeit bei genügender Ausbelastung gezeigt. Der Versicherte sei über die Bedeutung der Befunde und die dadurch entstehende vitale Bedrohung aufgeklärt worden. Gegenüber weiteren therapeutischen Eingriffen sei er zurückhaltend eingestellt. Aus kardiologischer Sicht bestehe bei bereits unter geringer Belastung auftretenden pektanginösen Beschwerden und Belastungsdyspnoe aufgrund der funktionellen Mitralinsuffizienz und der schweren koronaren Herzkrankheit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 4. November 2020 (IV-act. 91), dass er den Fall mit einem Kollegen (Facharzt für Innere Medizin) besprochen habe; eine volle Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der mitgeteilten objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Es sei eine monodisziplinäre Begutachtung (Kardiologie) in Auftrag zu geben. Am 13. November 2020 bestätigte die Medexperts AG die Übernahme des Gutachtensauftrags (IV-act. 90). Nach Einsicht in die Akten empfahl die Gutachterstelle zusätzlich eine psychiatrische Begutachtung. Nach Rücksprache mit RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ erweiterte die zuständige IV-Sachbearbeiterin den Gutachtensauftrag um die Fachdisziplin Psychiatrie (IV-act. 90 f.).

**A.f.** Am 10. Februar 2021 wurde der Versicherte durch die Medexperts AG in den Fachdisziplinen Kardiologie und Psychiatrie gutachterlich untersucht (Gutachten vom 11. März 2021; IV-act. 97). Die Sachverständigen diagnostizierten eine schwere koronare Dreigefässerkrankung und eine schwere funktionelle Mitralklappeninsuffizienz bei Prolaps und Retraktion des posterioren Segels sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – eine kombinierte Hyperlipidämie, einen Zustand nach Nikotinkonsum, eine arterielle Hypertonie, einem Prädiabetes und eine chronische Niereninsuffizienz Std II. Der Kardiologe Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt im kardiologischen Teilgutachten fest, dass der Versicherte regelmässig bis zu zwei Stunden mit dem E-Bike fahre. Auch Spaziergänge von zwei bis drei Kilometer in einem gemässigten Tempo in der Ebene seien möglich. Es bestünden keine Beinödeme, keine Hinweise für eine akute Dekompensation und das Schlafen in flacher Lage sei ohne Atemnot möglich. Während der Untersuchung hätten sich auch keine Hinweise auf eine Ruhe-Dyspnoe ergeben. Die Akten seien grösstenteils konsistent. Zu erwähnen sei, dass der Versicherte bereits im Jahr 2017 eine mögliche Bypass-Operation und ein Mitral-Repair abgelehnt habe. Zudem seien die kardiologischen Kontrollen nur unregelmässig erfolgt. Die Befunde der Spiroergometrie vom 24. September 2020 seien nur schwer mit der teilweise



berichteten Belastungsdyspnoe NYHA II und der begleitenden AP-Symptomatik CCS III–IV in Einklang zu bringen. Aus kardiologischer Sicht seien dem Versicherten wechselbelastende Tätigkeiten ohne stärkere körperliche Belastung (Heben und Tragen bis maximal 10 kg) zumutbar. Nachtschichttätigkeiten seien zu vermeiden. In der angestammten Tätigkeit als Techniker für die Einrichtung von Gussmaschinen bestehe retrospektiv seit November 2016 (Infarktereignis) keine Arbeitsfähigkeit mehr. Das in der angestammten Tätigkeit notwendige Tragen und Heben von Gegenständen bis 30 kg, ein hohes Mass an Reisetätigkeit, viele Überstunden, azyklische Arbeitszeiten und eine hohe körperliche Belastung seien dem Versicherten aufgrund der kardialen Situation nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe retrospektiv seit Mai 2017 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Durch eine Bypass-Operation mit Mitralklappen-Repair wären eine Verbesserung der Belastungssituation und der Arbeitsfähigkeit durchaus möglich. Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. F. \_\_\_ führte aus, dass sich beim Versicherten ein unauffälliger psychiatrischer Status gefunden habe. Bisher hätten keine psychiatrischen Behandlungen stattgefunden. Der Versicherte scheine die Situation des erlebten Kontrollverlustes im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt gut überwunden zu haben. Er gehe mit potenziellen Herzbeschwerden adäquat und konstruktiv um („beruhige mich selbst“). Beim Versicherten handle es sich um eine ausgeglichene, gereifte, stabil wirkende Persönlichkeit ohne Hinweise für psychische Pathologien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter Kunststofftechnik eine volle Arbeitsfähigkeit. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung attestierten die Sachverständigen dem Versicherten für die angestammte Tätigkeit seit November 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit und für eine optimal angepasste Tätigkeit ab Mai 2017 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ notierte am 15. März 2021, dass das Gutachten die versicherungsmedizinischen Anforderungen erfülle, weshalb auf es abgestellt werden könne (IV-act. 99).

**A.g.** Der Rechtsvertreter des Versicherten monierte in seiner Stellungnahme vom 9. April 2021 (IV-act. 102), dass die Sachverständigen relevante Untersuchungen, insbesondere eine Spiroergometrie respektive ein Belastungs-EKG, nicht durchgeführt hätten. Aufgrund der Ergebnisse der im September 2020 durchgeführten Spiroergometrie und der vom Versicherten geschilderten Beschwerden seien die



Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen und des Hausarztes nachvollziehbar. Der Versicherte sei vom Kardiologen des Kantonsspitals St. Gallen angehalten worden, jegliche Tätigkeit und vitale Belastung wegen Lebensgefahr zu vermeiden. Damit liege ein Revisionsgrund vor; der Versicherte habe ab dem 2. August 2017 Anspruch auf eine volle (recte: ganze) Invalidenrente. Der Hausarzt hatte in einem Bericht an den Rechtsvertreter vom 30. März 2021 festgehalten (IV-act. 102–14), der Versicherte habe angegeben, dass er unter physischem oder psychischem Druck an folgenden Symptomen leide: Anstrengungsatemnot, Auswirkungen auf die Psyche, Schwindelgefühle, Atemnot verbunden mit beklemmendem Druckgefühl über der Brust, Konzentrationsstörungen. Unter Berücksichtigung der glaubhaft geschilderten Beschwerden und dem medizinischen Leiden sei aus ärztlicher Sicht noch eine Arbeitsfähigkeit von 30 Prozent gegeben. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 12. Mai 2021 (IV-act. 103), dass der Hausarzt keine objektiven Befunde oder Funktionsstörungen angegeben habe. Damit bleibe es bei der gutachterlichen Einschätzung. Sicherheitshalber sei die Stellungnahme des Rechtsvertreters noch den Sachverständigen vorzulegen. Am 29. Juni 2021 erfolgte eine Rückfrage an die Sachverständigen unter Beilage der Zusatzfragen des Rechtsvertreters (IV-act. 110). Diese antworteten am 20. Juli 2021 (IV-act. 112), dass sie sich der Argumentation des Rechtsvertreters nicht anschliessen könnten. Die Anamnese und die klinisch kardiologische Untersuchung inklusive Echokardiographie seien lege artis durchgeführt worden. Eine Spiroergometrie sei nicht notwendig gewesen, da eine solche zuletzt am 24. September 2020 durchgeführt worden sei, sich seither keine relevanten klinischen Veränderungen ergeben hätten und weil für körperlich belastende Tätigkeiten ohnehin eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei. Auch wenn eine Spiroergometrie eine deutliche Leistungseinschränkung gezeigt hätte, was in jener vom 24. September 2020 definitiv nicht der Fall gewesen sei, wären Tätigkeiten ohne körperliche Belastung trotzdem gut möglich. Das Ergebnis der Spiroergometrie vom September 2020 sei auch dadurch bestätigt worden, dass dem Versicherten Velofahren und Spaziergehen möglich sei. Des Weiteren bestehe in einer optimal angepassten Tätigkeit keine höhere vitale Bedrohung wie in anderen alltäglichen Situationen. Eine mögliche myokardiale Ischämie schränke die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht weiter ein. An der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ergäben sich keine Änderungen. Der RAD-Arzt Dr.



D.\_\_\_\_ notierte am 9. August 2021 (IV-act. 113), angesichts der Antworten der Gutachterstelle müssten keine Veränderungen in der medizinischen Einschätzung vorgenommen werden. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hielt in seiner Stellungnahme vom 25. August 2021 fest (IV-act. 116), dass aufgrund der Limitation der Pulsfrequenz jegliche Stressbelastung und Aufregung in der Arbeitswelt zu vermeiden sei. Andernfalls könne eine lebensbedrohende Situation eintreten. Auch eine wechselbelastende Tätigkeit führe zu Stresssituationen (Zeitdruck, Belastung in der „Teamtätigkeit“, „Qualitätsdruck“ usw.). Die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen hätten die Arbeitsfähigkeit des Versicherten differenzierter beurteilt als die Sachverständigen. Mit einer Verfügung vom 7. September 2021 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab (IV-act. 117). Zur Begründung hielt sie fest, dass aufgrund der Einwände des Versicherten ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben worden sei und dass die gegen dieses Gutachten erhobenen Einwände zu einer Rückfrage an die Gutachter geführt hätten. Im Rahmen der dritten Anhörung habe der Versicherte wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestritten. Neue Berichte, welche geeignet wären, Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens zu wecken, habe er nicht eingereicht.

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) am 11. Oktober 2021 eine Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung des Vorbescheids (recte: der Verfügung) vom 7. September 2021 und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente ab 2. August 2017. Zur Begründung machte er geltend, dass wegen der kardiologischen Beschwerden bereits seit August 2016 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten auszugehen sei. Am 11. November 2021 teilte der Rechtsvertreter dem Gericht mit (act. G 3), dass der Beschwerdeführer am 22. Oktober 2021 einen gravierenden Schwächeanfall erlitten habe. Der entsprechende Untersuchungsbericht werde nachgereicht.

**B.b.** Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 15. Dezember 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung hielt sie fest, dass die Einschränkung aufgrund des Herzinfarktes seit dem Jahr 2016 unverändert geblieben sei. Sowohl die behandelnde Kardiologin als auch der Kardiologe des Kantonsspitals



## St.Galler Gerichte

St. Gallen hätten dies bestätigt. Aus dem Gutachten sei ersichtlich, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt der Abweisungsverfügung vom 30. Oktober 2019 weder unzureichend abgeklärt gewesen sei noch dass die Arbeitsfähigkeit seitens des RAD und der behandelnden Kardiologin falsch eingeschätzt worden sei; auch eine Wiedererwägung komme deshalb nicht in Frage. Eine allfällige, sich aus dem Schwächeanfall vom 20. Oktober 2021 ergebende gesundheitliche Veränderung würde sich nicht auf die Zusprache einer IV-Rente auswirken, da der Beschwerdeführer seit dem 1. Juni 2021 Anspruch auf eine AHV-Rente habe.

**B.c.** In seiner Replik vom 14. Februar 2022 machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ergänzend geltend (act. G 11), der Beschwerdeführer fühle sich nicht voll arbeitsfähig, sondern erachte eine volle Arbeitsfähigkeit nicht als realistisch. Zudem sei er wegen seiner Krankheit und seines Alters in der Stellensuche eingeschränkt. Im Rahmen des Versuchs, eine verwertbare Arbeitsfähigkeit aufzubauen, habe er in einer leichten, sitzenden Tätigkeit lediglich eine maximale Präsenz von 30 Prozent erreicht. Zudem seien zwischenzeitlich gesundheitliche Verschlechterungen festgestellt worden, nämlich eine belastungsabhängige Ischämie und eine Verschlechterung der linksventrikulären Funktion. Die Vergabe des Gutachtensauftrags hätte über ein Zufallsverfahren erfolgen müssen. Zudem sei es äusserst unkonventionell gewesen, dass die Gutachterstelle zunächst die Akten gesichtet habe, bevor sie die Gutachter zugewiesen habe. Dies lasse die Objektivität der Gutachterstelle als äusserst fraglich erscheinen. Das Gutachten sei auch inhaltlich mangelhaft, weil kein Belastungstest gemacht worden sei. Auch hätten sich die Gutachter nicht plausibel und nachvollziehbar zur Arbeitsfähigkeitsschätzung des Kardiologen des Kantonsspitals St. Gallen geäussert. Der Beschwerdeführer sei vor seiner Erkrankung in einer dynamischen, anstrengenden und überwiegend handwerklichen Berufswelt tätig gewesen. Eine Ausbildung liege nicht vor und der Beschwerdeführer sei im fortgeschrittenen Alter. Dem Beschwerdeführer sei es daher nicht zumutbar, eine leidensangepasste, sehr leichte Tätigkeit auszuüben. Auch einen Teilzeit- und Leidensabzug habe die Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen. Überdies sei der Beschwerdeführer wegen der erhöhten Arbeitsabsenzen und der unzumutbaren Arbeitsplatzanpassungen keinem Arbeitgeber mehr zumutbar. Eine konkrete Verweistätigkeit sei nie genannt worden. Eine solche existiere aufgrund der



unter geringer Belastung auftretenden pektanginösen Beschwerden und der Belastungsdyspnoe auch nicht.

**B.d.** In ihrer Duplik vom 21. Februar 2022 hielt die Beschwerdegegnerin fest (act. G 14), dass bidisziplinäre Gutachten im Jahr 2020 noch nicht nach dem Zufallsverfahren hätten vergeben werden müssen.

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Da dieses Beschwerdeverfahren die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 bezweckt, muss sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen. Dieses ist eröffnet worden, nachdem der Beschwerdeführer – nach der formell rechtskräftigen Abweisung eines ersten Rentenbegehrens am 30. Oktober 2019 – am 11. März 2020 ein Gesuch um prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG), eventualiter um Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) und subeventualiter um die Zusprache einer Rente im Sinne einer sogenannten „Neuanmeldung“ eingereicht hatte. Die Notiz der Sachbearbeiterin vom 18. März 2020, wonach es sich beim Begehren vom 11. März 2020 um eine „Wiederanmeldung mit einem reinen Rentengesuch“ handle (IV-act. 73), die Anfrage der Sachbearbeiterin an den RAD vom 16. Juli 2020, er solle Stellung zur Eintretensfrage (im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV) nehmen (IV-act. 74–1 f.), und die Ausführungen des RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ vom 21. Juli 2020, die sich auf die Frage nach einer relevanten Sachverhaltsveränderung nach dem 30. Oktober 2019 im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV beschränkt haben (IV-act. 74–2 ff.), respektive der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin erst auf diese Ausführungen hin ein neues Verwaltungsverfahren eröffnet hat, zeigen eindeutig, dass sich das Verwaltungsverfahren ausschliesslich auf die Prüfung einer sogenannten Neuanmeldung im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV beschränkt hat. Allerdings haben sowohl der Vorbescheid vom 9. September 2020 als auch die Verfügung vom 7. September 2021 den Hinweis enthalten, dass keine Wiedererwägungsgründe vorlägen. Würde man den Wortlaut der Verfügung ernst nehmen, müsste diese als eine Wiedererwägungsverfügung im Sinne des Art. 53 Abs. 2 ATSG qualifiziert werden. Die Folge davon wäre, dass sie ohne Weiteres als rechtswidrig aufgehoben werden müsste, weil in den Akten jeder Hinweis darauf fehlt, dass sich die Beschwerdegegnerin mit den Voraussetzungen einer Wiedererwägung der Verfügung vom 30. Oktober 2019 befasst hätte. Bei einer sich nicht nur am (an sich klaren und eindeutigen) Wortlaut orientierenden Auslegung der Verfügung vom 7.



September 2021 ergibt sich allerdings, dass diese nur die Abweisung der Neuanmeldung vom 11. März 2020 zum Gegenstand gehabt hat. Der Hinweis auf den fehlenden Wiedererwägungsgrund ist nur als eine Erklärung dafür zu verstehen, dass die Beschwerdegegnerin nicht auf das Wiedererwägungsbegehren eingetreten ist (wobei allerdings nicht nachzuvollziehen ist, weshalb ein entsprechender Hinweis auf das Begehren um eine prozessuale Revision der Verfügung vom 30. Oktober 2019 unterblieben ist). Massgebend ist, dass das Verwaltungsverfahren von Beginn weg durchgehend bis zum Abschluss am 7. September 2021 ausschliesslich die Prüfung des neuen Rentenbegehrens zum Gegenstand gehabt hat. Folglich muss sich auch dieses Beschwerdeverfahren auf die Frage beschränken, ob der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitraum ab dem 1. September 2020 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.

**1.2.** Gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Dem Gesuch vom 11. März 2020 haben einfache Arbeitsunfähigkeitszeugnisse des Hausarztes beigelegt, wonach der Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2018 bis 30. April 2020 zu 70 Prozent arbeitsunfähig gewesen sei. RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ ist davon ausgegangen, dass mit diesen Zeugnissen eine anspruchserhebliche Änderung des IV-Grades glaubhaft gemacht worden sei. Ob die Beschwerdegegnerin zu Recht lediglich gestützt auf diese einfachen Arbeitsunfähigkeitstestate des Hausarztes auf die Neuanmeldung eingetreten ist, kann offengelassen werden, denn spätestens nach dem Eingang (19. Oktober 2020) des Berichts der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 1. Oktober 2020, in welchem die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt haben, hätte die Beschwerdegegnerin auf jeden Fall auf das neue Gesuch eintreten müssen.

**1.3.** Mit der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 hat die Beschwerdegegnerin das neue Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen. Gemäss dem Bundesgericht muss bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenem rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C\_9/2015). Diese Praxis ist jedoch gesetzeswidrig: Mit Art. 29 Abs. 1 ATSG besteht eine abschliessende gesetzliche Regelung der Wirkung von Neuanmeldungen, sodass keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vorliegt, die durch eine analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf die Neuanmeldung auszufüllen wäre (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6.



Dezember 2016, IV 2014/188 E. 1.3 ff.). Die Neuanmeldung unterscheidet sich also nicht von einer erstmaligen Anmeldung. Demnach ist im vorliegenden Fall nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist.

## 2.

**2.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung zu jenem Einkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Valideneinkommen).

**2.2.** Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere die Berichte des Hausarztes vom 9. August 2020 und 30. März 2021, der Bericht der Kardiologie des KSSG vom 1. Oktober 2020 und das bidisziplinäre Gutachten der Medexperts AG vom 11. März 2021 im Recht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in formeller Hinsicht geltend gemacht, die Auftragsvergabe an die Gutachterstelle sei nicht korrekt gewesen, da kein Zufallsverfahren erfolgt sei. Die Vergabe des Auftrags ist im November 2020 erfolgt. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Duplik zu Recht darauf hingewiesen, dass bidisziplinäre Gutachten erst seit dem 1. Januar 2022 nach dem Zufallsverfahren vergeben werden müssen (vgl. Rz. 2076 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung, KSVI, Stand 1. Januar 2018 mit Rz. 3094 ff. KSVI, Stand 1. Januar 2022). Demnach ist die Vergabe



des Gutachtensauftrags korrekt erfolgt. Weiter hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Objektivität der Gutachter angezweifelt, da die Gutachterstelle zunächst die Akten gesichtet habe, bevor sie den Auftrag den einzelnen Gutachtern zugewiesen habe. Die Gutachterstelle hat vorab Akteneinsicht verlangt, um beurteilen zu können, ob die ausgewählte Fachdisziplin genügt, um ein beweiskräftiges Gutachten erstellen zu können. Im vorliegenden Fall ist sie zum Schluss gekommen, dass neben der kardiologischen Begutachtung eine psychiatrische Begutachtung angezeigt sei. Das Vorgehen der Gutachterstelle ist sachlich begründet gewesen und weckt keinerlei Zweifel an der Objektivität der Gutachter. Die Ausweitung des Gutachtensauftrags auf die psychiatrische Fachdisziplin ist aufgrund der vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptome (unter anderem Atemnot, Schwindel, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, Panikattacken; IV-act. 70–6) gerechtfertigt gewesen (vgl. auch IV-act. 90–2).

**2.3.** Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer nicht an einer psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung leidet, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Der psychiatrische Gutachter hat einen unauffälligen psychiatrischen Status erhoben und erklärt, dass der Beschwerdeführer mit den potenziellen Herzeschwerden adäquat und konstruktiv umgehe. Aus psychiatrischer Sicht besteht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

**2.4.** In kardiologischer Hinsicht sind die Diagnosen unbestritten. Der Beschwerdeführer leidet an einer schweren koronaren Dreigefässerkrankung und einer schweren funktionellen Mitralklappeninsuffizienz, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Unbestritten und einleuchtend ist auch, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter Kunststofftechnik seit dem Infarkt ereignis im November 2016 wegen der kardialen Situation keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht, da es sich um eine überwiegend stehende Tätigkeit gehandelt hat, die auch das Heben und Tragen mittelschwerer und schwerer Lasten beinhaltet hat. Umstritten ist demgegenüber die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit: Gemäss dem kardiologischen Gutachter sind dem Beschwerdeführer körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Nachtschichtarbeiten seit Mai 2017 wieder uneingeschränkt zumutbar. Demgegenüber hat der Hausarzt des Beschwerdeführers die Arbeitsfähigkeit auch für sehr leichte Arbeiten lediglich noch auf 30 Prozent geschätzt. Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen haben im Bericht vom 1. Oktober 2020 angegeben, dass aus kardiologischer Sicht aktuell keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Behandelnde Ärzte pflegen wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung erfahrungsgemäss im Zweifel eher zugunsten



ihrer Patienten auszusagen (vgl. etwa das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte überzeugen aber auch aus anderen Gründen nicht: Der Hausarzt hat in seinem Bericht vom 9. August 2020 versucht zu begründen, weshalb er die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auf lediglich noch 30 Prozent schätzt. Er hat sich dabei teilweise auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Kardiologin Dr. C. \_\_\_ gestützt, welche die Arbeitsfähigkeit zuletzt im Juli 2019 für körperlich leichte Tätigkeiten auf 80–100 Prozent geschätzt hat. Allerdings hat er ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung falsch interpretiert, indem er davon ausgegangen ist, dass eine Arbeitsfähigkeit für sehr leichte Tätigkeiten einer maximalen Leistung von 20–40 Prozent entspreche respektive dass die behandelnde Kardiologin auch in einer adaptierten Tätigkeit von einer verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen sei. Dies ist jedoch nicht der Fall gewesen. Die behandelnde Kardiologin hat lediglich in Bezug auf körperlich schwere Arbeiten – bei einer Präsenz von sechs bis acht Stunden pro Tag – zusätzlich eine verminderte Leistungsfähigkeit anerkannt. Im Bericht vom 30. März 2021 hat der Hausarzt seine Arbeitsfähigkeitsschätzung mit den vom Beschwerdeführer angegebenen Symptomen begründet (bei psychischem oder physischem Druck Anstrengungsatemnot, Auswirkungen auf die Psyche, Schwindelgefühle, Atemnot verbunden mit beklemmendem Druckgefühl über der Brust sowie Konzentrationsstörungen). Er hat aber keine objektiven Befunde oder Funktionsstörungen, die die Angaben des Beschwerdeführers plausibilisieren würden, angegeben. Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen haben die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit mit den bereits unter geringer Belastung auftretenden pektanginösen Beschwerden und Belastungsdyspnoe begründet. Allerdings handelt es sich auch hier um Selbstangaben des Beschwerdeführers: Demgegenüber hat sich der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 24. September 2020 kardiopulmonal kompensiert präsentiert und die Spiroergometrie hat lediglich eine moderat eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei genügender Ausbelastung und ohne Hinweise auf eine ventilatorische Limitation (jedoch Hinweise auf eine myokardiale Ischämie) gezeigt. Der kardiologische Gutachter hat überzeugend festgehalten, dass die Befunde der Spiroergometrie vom 24. September 2020 nur schwer mit der berichteten Belastungsdyspnoe und der begleitenden Angina Pectoris-Symptomatik in Einklang zu bringen seien. Demnach überzeugt weder die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Hausarztes noch diejenige der Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen. Der Rechtsvertreter hat moniert, dass im Rahmen der Begutachtung keine Spiroergometrie respektive kein Belastungs-EKG durchgeführt worden sei. Der kardiologische Gutachter hat auf eine Rückfrage der



Beschwerdegegnerin hin erklärt, dass eine Spiroergometrie (resp. ein Belastungs-EKG) nicht notwendig gewesen sei, da eine solche bereits im September 2020 durchgeführt worden sei, sich seither keine relevanten klinischen Veränderungen ergeben hätten und für körperlich belastende Tätigkeiten ohnehin eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei. Von einer erneuten Spiroergometrie sind viereinhalb Monate später keine neuen Erkenntnisse mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erwarten gewesen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat weiter angeführt, dass gemäss den Ärzten der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen jede Tätigkeit und vitale Belastung lebensgefährlich sei. Da auch adaptierte Tätigkeiten Stresssituationen auslösen könnten, seien dem Beschwerdeführer jegliche Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen haben im Bericht vom 1. Oktober 2020 lediglich festgehalten, dass der Beschwerdeführer über die Bedeutung der Befunde und die dadurch entstehende vitale Bedrohung ausführlich aufgeklärt worden sei. Daraus kann nicht der Schluss gezogen werden, dass sie davon ausgegangen wären, die Ausübung einer Erwerbstätigkeit wäre lebensgefährlich. Die Erklärung des kardiologischen Gutachters, dass in einer optimal angepassten Tätigkeit keine höhere vitale Bedrohung als in anderen alltäglichen Situationen bestehe, leuchtet ein. Bezüglich der vom Rechtsvertreter geltend gemachten zwischenzeitlichen gesundheitlichen Verschlechterung ist darauf hinzuweisen, dass die Verschlechterung der linksventrikulären Funktion bereits im November 2018 von Dr. C.\_\_\_\_ und damit lange vor der Begutachtung festgestellt worden ist. Die behandelnde Kardiologin hat dieser Verschlechterung keinen weiteren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen; zumindest hat sie die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten im Juli 2019 weiterhin auf sechs bis acht Stunden pro Tag geschätzt. Ausserdem hat der kardiologische Gutachter festgehalten, dass eine mögliche myokardiale Ischämie die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht weiter einschränke. Zwar ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dahingehend beizupflichten, dass sich der kardiologische Gutachter nicht ausdrücklich mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Ärzte der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen auseinandergesetzt hat. Entscheidend ist jedoch, dass er darauf hingewiesen hat, dass die Befunde der Spiroergometrie vom 24. September 2020 nur schwer mit der berichteten – und für die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen entscheidenden – Belastungsdyspnoe und der begleitenden Angina Pectoris-Symptomatik in Einklang zu bringen seien. Bezüglich der während des Arbeitsversuchs im Jahr 2018 erreichten Präsenz von lediglich 30 Prozent gilt, dass die im Rahmen eines Arbeitsversuchs gezeigte Arbeitsleistung wesentlich durch subjektive Faktoren wie die von der versicherten Person empfundenen Schmerzen, ihre Motivation und ihre Willenskraft mitbestimmt wird. Aus diesem Grund kann nicht von der im Rahmen eines



Arbeitsversuchs gezeigten Arbeitsleistung auf die medizinisch-theoretisch mögliche und zumutbare Arbeitsleistung geschlossen werden. Schliesslich bleibt anzumerken, dass sich der vom Rechtsvertreter geltend gemachte Schwächeanfall vom Oktober 2021 erst nach Verfügungserlass (7. September 2021) ereignet hat und somit für das vorliegende Verfahren nicht relevant ist. Der Rechtsvertreter hat bezüglich dieses Ereignisses denn auch keine neuen medizinischen Berichte mehr eingereicht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des kardiologischen Gutachters insbesondere unter Berücksichtigung der im Rahmen der Begutachtung erhobenen klinischen Befunde, der Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter und der medizinischen Vorakten überzeugt.

**2.5.** Demnach steht fest, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter in der Kunststofftechnik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsunfähig ist. In einer körperlich angepassten Tätigkeit besteht seit Mai 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit.

**2.6.** Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Die Beschwerdegegnerin hat das Validen- wie auch das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen ermittelt. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt, hat jedoch vielseitige praktische Berufserfahrung in diversen Bereichen gesammelt. Sein Einkommen hat stark variiert. Zeitweise ist der Beschwerdeführer selbständig erwerbend und zwischendurch auch arbeitslos gewesen. Den höchsten Lohn hat er in den Jahren 2003 bis 2005 als Angestellter bei G.\_\_\_\_ erzielt (2004: Fr. 85'855 Franken; siehe IK-Auszug, IV-act. 83). An dieses Einkommen hat er in den folgenden Jahren jedoch nie mehr anknüpfen können. Ab dem Jahr 2014 bis zur Aufnahme der letzten Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG hat er eine Arbeitslosenentschädigung bezogen. Das bei der H.\_\_\_\_ AG erzielte Erwerbseinkommen hat mit 61'100 (= 4'700 × 13) Franken unter dem durchschnittlichen Lohn eines Hilfsarbeiters gelegen (2016: 66'803 Franken, 2017: 67'767 Franken; siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2022). Die Bestimmung der Validenkarriere fällt aufgrund der unsteten beruflichen Laufbahn des Beschwerdeführers nicht leicht. Hingegen hat die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen zu Recht auf das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters abgestellt. Die konkrete Validenkarriere respektive die genaue Höhe des Valideneinkommens kann vorliegend ausnahmsweise offengelassen werden: Auch wenn davon ausgegangen würde, dass die Validenkarriere der Tätigkeit als Angestellter bei G.\_\_\_\_ entsprechen und dass es sich bei dieser Tätigkeit nicht um eine optimal adaptierte Tätigkeit handeln würde, so würde kein rentenauslösender IV-



Grad resultieren: Ausgehend davon, dass sich die Nominallöhne etwa gleich entwickelt hätten, würde lediglich ein IV-Grad von rund 33 Prozent resultieren (Einkommen 2004: 85'855 Franken, durchschnittlicher Lohn eines Hilfsarbeiters 2004: 57'258 Franken, siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2012).

Entgegen der Meinung des Rechtsvertreters sind keine Gründe für einen Tabellenlohnabzug ersichtlich. Der Beschwerdeführer ist in einer wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit (ohne Nachtschichtarbeiten) uneingeschränkt arbeitsfähig; auch besteht grundsätzlich keine Gefahr überdurchschnittlich häufiger krankheitsbedingter Arbeitsausfälle. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters kann davon ausgegangen werden, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Stellen vorhanden sind, die den vom kardiologischen Gutachter aufgestellten Adaptionenkriterien entsprechen, d.h. wechselbelastende, körperlich leichte Hilfsarbeiten ohne Nachtschichtarbeiten. Weshalb dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit nicht zumutbar sein sollte, wie dies der Rechtsvertreter vorgebracht hat, ist nicht ersichtlich. Auch die Argumentation, der Beschwerdeführer sei keinem Arbeitgeber mehr zumutbar, ist nicht stichhaltig. Weder bestehen Hinweise auf die Gefahr vermehrter krankheitsbedingter Absenzen noch ist nachvollziehbar, inwieweit in einer adaptierten Tätigkeit Arbeitsplatzanpassungen notwendig sein sollten. Die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist somit verwertbar. Bei einem IV-Grad von unter 40 Prozent hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

### 3.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1'000 Franken festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von 600 Franken erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von 600 Franken zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.
3. Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.