



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Juli 2014 (720 13 315 / 168)

Invalidenversicherung

Prüfung der Frage, ob das Wartejahr erfüllt wurde; Feststellung, dass die medizinischen Berichte eine zuverlässige Prüfung der Frage nicht zulassen; Rückweisung an IV-Stelle zur polydisziplinären Abklärung und erneuten Prüfung der Angelegenheit

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. A.____, geboren 1962, arbeitet seit dem 1. März 2009 als Koch-/Allroundhilfe bei der B.____ GmbH. Am 18. September 2011 erlitt er einen Herzinfarkt. Mit Gesuch vom 6. Februar 2012 (Eingang IV-Stelle Basel-Landschaft [IV-Stelle] am 21. Februar 2012) meldete er sich unter Hinweis auf einen Herzinfarkt mit 4-fach-Bypass-Operation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der ge-

sundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. September 2013 den Rentenanspruch ab, da der Versicherte das Wartejahr nicht erfüllt habe.

B. Dagegen erhob A._____ mit Eingabe vom 27. Oktober 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und beantragte unter o/e-Kostenfolge, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. In der Beschwerdebeurteilung brachte er vor, dass er im September 2011 eine 4-fach-Bypass-Operation gehabt habe. Von September 2011 bis September 2012 sei er zu 100 %, von Oktober 2012 bis Januar 2013 zu 80 % und von Februar 2013 bis heute zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Die einjährige Wartefrist sei erfüllt, was durch die Arztzeugnisse und die Leistungsabrechnungen der SWICA Gesundheitsorganisation belegt sei. Mit Eingabe vom 20. November 2013 reichte der Beschwerdeführer eine von ihm unterzeichnete Beschwerdeeingabe nach.

C. Mit Vernehmlassung vom 10. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass der Beschwerdeführer ab dem 18. September 2011 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Da ihm seit dem 29. November 2011 die bisherige Tätigkeit sowie leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wieder vollständig zumutbar seien, sei das Wartejahr nicht erfüllt. In der Vernehmlassung führte sie zudem aus, dass – selbst wenn das Wartejahr erfüllt wäre und von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen würde –, ein IV-Grad von unter 40 % vorliegen würde und ein Rentenanspruch verneint werden müsse. Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, dass das Wartejahr erfüllt sei.

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu

40% invalid ist. Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG, Art. 3 und 4 ATSG). Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6).

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die – neben weiteren Voraussetzungen – während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts vom 24. November 2010, 9C_757/2010, E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2012, Rz. 2009).

4.1 Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es grundsätzlich im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat (Untersuchungsgrundsatz). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich anzuwendenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353) entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_957/2010, E. 6.1). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sin-

ne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen daher in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift aber erst dann Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b; ULRICH MEYER-BLASER, a.a.O., S. 32).

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusam-

menstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen).

5.1 Zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache sind folgende medizinischen Unterlagen zu würdigen:

5.2 Mit Austrittsbericht vom 27. Oktober 2011 diagnostiziert die Abteilung Herzchirurgie des Spitals Z.____ eine koronare 3-Asterkrankung. Der Patient habe am 18. September 2011 einen anteroseptalen STEMI (ST-elevation myocardial infarction) als Manifestation seiner koronaren Herzerkrankung erlitten. Nach Stenting sei ein 4-fach Bypass eingesetzt worden. Der Patient habe am 27. Oktober 2011 in gutem Allgemeinzustand in die Rehabilitation entlassen werden können.

5.3 Im Austrittsbericht der Rehaklinik Y.____, Kardiologie/Medizin, vom 8. Dezember 2011 werden eine koronare 3-Asterkrankung, ein Postperikardiotomiesyndrom, regelmässiger Alkoholkonsum und der Verdacht auf ACE-Hemmer-induzierten Husten diagnostiziert. Der Patient sei in reduziertem Allgemeinzustand eingetreten, habe dann aber am 14. November 2011 auf seinen Wunsch hin etwas vorzeitig in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Es bestehe eine dreimonatige postoperative Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

5.4 Im Austrittsbericht vom 5. Dezember 2011 diagnostiziert die Abteilung Kardiologie des Spitals X.____ nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. – 28. November 2011 einen Pleuraerguss links, eine koronare 3-Ast-Erkrankung, einen regelmässigen Alkoholkonsum, ein Postkardiotomiesyndrom sowie eine Eisenmangelanämie. Der Patient sei aufgrund einer Allgemeinzustandsverschlechterung in Form von Adynamie, Appetitlosigkeit, Thoraxchassis-Schmerzen sowie einer Leistungseinbusse trotz erfolgter stationärer Rehabilitation zugewiesen worden. Es sei eine Pleurapunktion vorgenommen worden. Nach der Entlastungspunktion sei es zu einer deutlichen Besserung der initial vorhandenen Beschwerden gekommen. Eine röntgenologische Verlaufskontrolle nach Punktion habe bei regredientem Erguss keinen lungenparenchymatösen Prozess gefunden. Sonographisch habe sich eine zottig verdickte, auch teilweise septierte Pleura gezeigt. Am 28. November 2011 sei der Patient in gutem Allgemeinzustand entlassen worden.

Nach einer ambulanten Untersuchung vom 9. Dezember 2011 hält die Abteilung Kardiologie des Spitals X.____ fest, dass der Patient bei der Verlaufskontrolle einen erfreulichen Benefit beschrieben habe. Er habe wieder deutlich mehr Kraft und sei kaum noch müde. Auch sei er wieder leistungsfähiger und verspüre nur bei stärkerer körperlicher Belastung einen Hustenreiz. Auswurf oder Thoraxschmerzen habe er verneint. Sonographisch hätten sich analoge Befunde gezeigt wie bei der Entlassung. Der organisierte Resterguss könne nicht weiter trainiert werden. Anlässlich einer weiteren Verlaufskontrolle vom 19. Dezember 2011 wird berichtet, dass der Patient von kardialer Seite her beschwerdefrei sei. Er verneine Angina pectoris Beschwerden, eine limitierende Dyspnoe-Symptomatik, subjektiv wahrzunehmende Herzrhythmusstörungen und synkopale Ereignisse. Der Patient beschreibe die körperliche Leistungsfähigkeit als derzeit

noch reduziert. Er fühle sich insgesamt etwas müde. Schmerzen im Sternumbereich würden nicht bestehen. Nur bei Drehbewegung würde ein leichtes Ziehen im Thoraxbereich auftreten.

5.5 Mit Bericht vom 17. Dezember 2011 zuhanden der SWICA diagnostiziert Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, eine koronare 3-Asterkrankung, Status nach STEMI antero-septal am 18. September 2011 bei Status nach PTCA/Stenting RCX proximal am 18. September 2011 und Status nach PTCA/Stenting distale ACD am 20. September 2011, bei Status nach 4-fach Bypass Operation mit seq. Vene RCX auf FD, Vene an RIVP und LIMA auf RIVA am 21. Oktober 2011, mit Postkardiotomiesyndrom mit rezidivierendem Pleuraerguss links, daher Rehospitalisation am 24. November 2011. Aufgrund des prolongierten Postkardiotomiesyndroms mit rezidivierender Allgemeinzustandsverschlechterung bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit als selbständiger Wirt auf einem Landgasthof sei derzeit nicht zumutbar. Es könne jedoch bei gegenwärtig deutlicher Erholung mit einer baldigen schrittweisen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt schwierig, werde sich jedoch in den nächsten Wochen beschreiben lassen. Mittelfristig sei mit der Erlangung der vollen Leistungsfähigkeit als Wirt zu rechnen. Ein Wechsel in eine alternative Tätigkeit sei dem Patienten als selbständigem Wirt nicht zumutbar. Es könne aber durchaus mit der baldigen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gerechnet werden. Die Aufnahme administrativer Tätigkeiten, wechselbelastender Arbeiten mit Aufbau bis zur vollen Leistungsfähigkeit, Lastenheben, Treppensteigen etc. seien im weiteren Verlauf zu erwarten. Die medizinischen Massnahmen seien aktuell ausgeschöpft. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei rein medizinischer Art.

5.6 Vom 5. März 2012 bis 7. März 2012 befand sich der Beschwerdeführer erneut zur stationären Pflege im Spital X.____, Abteilung Kardiologie. Mit Austrittsbericht vom 7. März 2012 halten Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ als Diagnosen eine koronare 3-Ast-Erkrankung, ein Postperikardiotomiesyndrom, aktenanamnestisch regelmässiger Alkoholkonsum, den der Patient verneine, den Verdacht auf ACE-Hemmer-induzierten Husten und eine hypochrome, mikrozytäre Anämie fest. Auf der Notfallstation habe sich im EKG ein bradycarder Sinusrhythmus ohne Repolarisationsstörungen gezeigt. Die Herzenzyme seien negativ gewesen. Aufgrund der Anamnese sei der Patient bei instabiler AP Beschwerden zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt worden. Der Patient sei stets beschwerdefrei geblieben und es seien keine Rhythmusstörungen aufgetreten. Am Folgetag sei eine Koronarangiographie durchgeführt worden, welche einen degenerierten Venenbypass auf die RIVPO gezeigt habe. Es sei eine PTCA und Stenting (3 DES) der ACD distal und ACD-PL erfolgt. Die Bypässe hätten sich offen gezeigt, aber mit schlechten Perfusionsverhältnissen. Daraufhin sei die bisherige Dosis des Lipidsenkers verdoppelt worden. Postinterventionell sei der Patient weiterhin beschwerdefrei gewesen und die Punktionsstelle inguinal rechts sei reizlos gewesen, ohne verbreiterten Puls oder Strömungsgeräusche. Der Patient werde in kardiopulmonal stabilem Zustand in die häusliche Pflege entlassen.

5.7 Mit Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 8. April 2012 hält Dr. C.____ fest, dass mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 3-Ast-Erkrankung, ein geringer, hämodynamisch nicht relevanter Perikarderguss sowie eine hypochrome, mikrozytäre

Anämie unklarer Ätiologie sowie persistierende thorakale Schmerzen bei Status nach Thorakotomie am 21. November 2011, zunehmend Ängstlichkeit, Irritierbarkeit und Depressivität infolge des traumatisierenden Krankheitsgeschehens vorliegen würden. In Bezug auf den Verlauf hält Dr. C._____ fest, dass seit der Re-Koronarographie vom 6. März 2012 schlechte Perfusionsverhältnisse im bereits degenerierten Venenbypass auf die RIVPO bekannt seien. Gegenwärtig sei die bisherige Tätigkeit als selbständiger Wirt in einem Landgasthof nicht zumutbar. Dies beziehe sich auf Arbeiten im Restaurant und in der Küche. Es könnten lediglich leichte administrative Arbeiten erledigt werden. Bereits das Heben von Pfannen in der Küche bereite dem Patienten gegenwärtig thorakale Schmerzen. Es bestehe auch eine rasche Ermüdbarkeit. Das Treppensteigen sei mit zunehmender Dyspnoe verbunden. Aufgrund der insgesamt instabilen Situation sei im Verlauf des Monats Mai 2012 eine erneute Koronarographie geplant. Bezüglich Prognose hält Dr. C._____ fest, dass die Beurteilung der Leistungsfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt schwierig sei. Sie werde sich in den nächsten Wochen nach der erneuten Koronarangiographie möglicherweise eher beschreiben lassen. Mittelfristig sei mit der Erlangung einer vermehrten Leistungsfähigkeit als Wirt aber zu rechnen. Als selbständigem Wirt im Familienunternehmen sei dem Patienten keine andere Tätigkeit zumutbar. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständiger Wirt/Koch in einem Landgasthof bestehe seit dem 18. September 2011 und bis auf weiteres eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeiten in der Küche und im Restaurant könnten im Moment nicht zugemutet werden. Die Hektik im Rahmen eines Restaurationsbetriebs könne der Patient nicht bewältigen. Er könne lediglich in Ruhe administrative Arbeiten erledigen, wobei ein bis drei Stunden zumutbar seien.

5.8 Dr. med. F._____, Leitender Arzt der Abteilung Kardiologie des Spitals X._____, hält im Bericht vom 19. November 2012 zuhanden Dr. C._____ fest, dass der Patient über ausgeprägte Müdigkeit und eingeschränkte Belastbarkeit berichte. Da der Patient zudem unklare Brustbeschwerden beklage, sei am 8. Oktober 2012 eine Myokardperfusionsszintigraphie durchgeführt worden, welche eine gute systolische LV-Funktion habe bestätigen können und gleichzeitig eine sehr umschriebene, belastungsinduzierte spitzennahe Ischämie gezeigt habe. Die Ischämie sei so gering, dass aufgrund der gesamten Situation im Moment keine weiteren Abklärungen angestrebt werden sollten. Empfohlen werde die Weiterführung der medikamentösen Therapie. Zudem werde um Kontrolle der TSH-Werte gebeten. Der Patient sei ermuntert worden, die Aktivität zu suchen und sich körperlich zu belasten. Mittel- und langfristig müsse von einer eher ungünstigen Prognose ausgegangen werden.

5.9 In seinem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 25. November 2012 hält Dr. C._____ bei gleichbleibender Diagnose fest, dass unverändert eine starke Müdigkeit und eine Leistungsintoleranz bei symptomatischer Hypotonie und orthostatischen Beschwerden mit rezidivierenden Präsynkopen/Synkopen bestünden. Der Patient habe die Tätigkeit als Wirt wieder zu ca. 20 % aufnehmen können. Bei rezidivierenden thorakalen Schmerzzuständen sei im September 2012 eine erneute kardiologische Abklärung mit MPS erfolgt, wobei lediglich eine apexnahe Ischämie mit erhaltener LVEF festgestellt worden sei. In der Koronarangiographie vom Mai 2012 habe sich eine etwas fragile Situation mit einem langstreckig kleinkalibrigen Venenbypass auf die ACD gezeigt. Der behandelnde Kardiologe habe daher die Fortführung der Betablockertherapie unter Inkaufnahme der sehr störenden Nebenwirkungen empfohlen. Seit

dem 1. Oktober 2012 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. In Bezug auf das Arbeitstempo und die Belastungsintensität bei den Arbeiten in der Küche und bei den Aufräumarbeiten sowie den Reinigungsarbeiten in der Küche bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Überwindung der Selbstlimitierung bei ausgeprägter Ängstlichkeit und Depressivität und die Steigerung der Belastbarkeit durch leichtes Ausdauertraining und selbständige Aktivierung könne vom Patienten gelegentlich erwartet werden. Möglicherweise könne so eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit schrittweise bis vermutlich ca. 50 % erreicht werden.

5.10 Dr. F.____ hält im Bericht vom 29. März 2013 fest, dass die vom Beschwerdeführer monierten Beschwerden möglicherweise immer noch im Zusammenhang mit der Bypass-Operation stehen würden. Für die Müdigkeit finde er aber keine kardiale Ursache. Der fehlende Einsatz anlässlich des Versuchs einer Spiro-Ergometrie lasse darauf schliessen, dass der Patient entweder psychisch angeschlagen sei oder ganz einfach nicht leisten wolle. Die 100 %-ige resp. 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit könne er kardial nicht erklären. Möglicherweise habe das Ganze einen psychologischen Hintergrund. Er habe den Patienten aufgefordert, sich körperlich wieder vermehrt zu belasten und die Arbeit wieder aufzunehmen.

5.11 Dr. med. G.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), hält nach Würdigung des Aktendossiers in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2013 fest, dass in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Wirt und Landgasthofbesitzer seit dem 29. November 2011 eine 100 % Arbeitsfähigkeit bestehe. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe seit dem 29. November 2011 eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit. Hinweise auf eine psychische Ursache gebe es nicht.

In seiner Stellungnahme vom 24. September 2013 stellt Dr. G.____ fest, dass der Versicherte am 28. November 2011 in gutem Allgemeinzustand aus dem Spital X.____ entlassen worden sei. Ab diesem Zeitpunkt sei eine Arbeitsunfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Wirt medizinisch nicht mehr begründbar. Es handle sich nicht um körperlich schwere Arbeiten. Der Versicherte müsse zwar als Koch auch schwere Töpfe und Pfannen heben, aber nicht repetitiv und in einem Umfang, der nicht zu einer übermässigen Herzbelastung bzw. Gefährdung führe. Im Gegenteil sei dieses körperliche Training zu empfehlen und zumutbar. Es handle sich bei der Tätigkeit in der Küche um eine mittelschwere Tätigkeit. Konkrete Hinweise auf eine depressive Komorbidität als Ursache für den Leistungsunwillen gebe es nicht. Dies sei zwar von Dr. C.____ einmal angesprochen und auch von Dr. F.____ differentialdiagnostisch erwägt worden. Der Versicherte sei aber nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Zusammenfassend sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 29. November 2011 auszugehen. Es könne allenfalls die von den operierenden Chirurgen empfohlene postoperative dreimonatige vollständige Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden, da in diesem Zeitraum aufgrund der Thorakotomie noch vermehrt Schmerzen beim Anheben der Töpfe und Pfannen angenommen werden könne. Dies ändere aber nichts daran, dass das Wartejahr nicht erfüllt sei. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. G.____ vom 15. Mai 2013 und vom 24. September

2013 und ging davon aus, dass dem Beschwerdeführer seit dem 29. November 2011 die bisherige Tätigkeit sowie leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten vollständig zumutbar seien.

6.2.1 Zu prüfen ist, ob der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen beurteilt werden kann.

6.2.2 Vorab gilt es in beweisrechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass einem RAD-Bericht Beweiswert zukommen kann, auch wenn die RAD-Ärztin bzw. der RAD-Arzt die versicherte Person nicht selbst untersucht hat. Anders als von der Beschwerdegegnerin jedoch dargelegt, kommt diesen Berichten nur Gutachtensqualität zu, wenn die RAD-Arztpersonen die versicherte Person persönlich untersucht und ihre Untersuchungsergebnisse schriftlich festhalten haben, wenn der Bericht den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und die Ärzte die entsprechende fachliche Qualifikation vorweisen können (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2009, 9C_204/2009, E. 3.3.1). Dr. G._____ führte keine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch, sondern erstellte seine Beurteilung aufgrund eines Aktenstudiums. Aus diesem Grund kommt seinen Stellungnahmen keine Gutachtensqualität im eigentlichen Sinne und damit keine erhöhte Beweiskraft zu. Stattdessen gilt es zu berücksichtigen, dass bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind. Es genügen relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2, 135 V 465 E. 4, Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2013, 9C_734/2012, E. 3.2, vom 4. Oktober 2012, 9C_495/2012, E. 2.2 und 2.3 sowie vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 1.3 und 1.4; ferner SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127, 9C_776/2010 E. 3.3 in fine).

6.2.3 Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass die Genesung des Beschwerdeführers nach seinem Herzinfarkt und der 4-fach-Bypass-Operation zunächst einen erfreulichen Verlauf genommen hatte (vgl. Bericht der Abteilung Herzchirurgie des Spitals Z._____ vom 27. Oktober 2011). Während der Rehabilitation in der Rehaklinik Y._____ trat dann aber ein Postperikardiotomiesyndrom mit einem Pleuraerguss links auf. In der Folge besserten sich die Beschwerden, sodass der Beschwerdeführer am 14. November 2011 in ordentlichem Allgemeinzustand auf eigenen Wunsch hin entlassen wurde (Austrittsbericht der Rehaklinik Y._____ vom 8. Dezember 2011). Kaum zehn Tage später jedoch trat der Beschwerdeführer aufgrund einer erneuten Allgemeinzustandsverschlechterung und eines Pleuraergusses wieder in Spitalpflege ein. Nachdem sich die kardialen Beschwerden zurück gebildet hatten (vgl. Austrittsbericht vom 5. Dezember 2011, Verlaufskontrolle vom 9. Dezember 2011 und vom 16. Dezember 2011), wurde der Beschwerdeführer anfangs März 2012 aufgrund von retrosternalen Schmerzen erneut drei Tage hospitalisiert. Die anlässlich des Aufenthalts durchgeführte Koronarangiographie ergab einen degenerierten Venenbypass, der behoben werden musste. Anschliessend wurde der Beschwerdeführer wiederum in kardiopulmonal stabilem Zustand in die häusliche Pflege entlassen (Austrittsbericht der Abteilung Kardiologie des Spitals X._____ vom 7. März 2012). Mit Bericht vom 8. April 2012 hielt Dr. C._____ fest, dass der Beschwerdeführer immer noch an thorakalen Schmerzen leide. Auch gegenüber Dr. F._____ gab der Beschwerdeführer an, dass er

unter einer ausgeprägten Müdigkeit und eingeschränkter Belastbarkeit leide (vgl. Bericht vom 19. November 2012). Aufgrund der unklaren Beschwerden veranlasste Dr. F._____ eine Myokardperfusionsszintigraphie, welche eine gute systolische LV-Funktion bestätigte und gleichzeitig eine sehr umschriebene, belastungsinduzierte spitzennahe Ischämie zeigte. Zudem empfahl er die Weiterführung der medikamentösen Therapie. Dem Bericht von Dr. C._____ vom 25. November 2012 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unverändert eine starke Müdigkeit und Leistungsintoleranz bei symptomatischer Hypotonie und orthostatischen Beschwerden mit rezidivierenden Präsynkopen/Synkopen beklagte. Dr. F._____ hält im Bericht vom 29. März 2013 fest, dass die vom Beschwerdeführer monierten Beschwerden möglicherweise immer noch im Zusammenhang mit der Bypass-Operation stehen würden. Für die Müdigkeit fand Dr. F._____ keine kardiale Ursache. Er führte aber aus, dass diese möglicherweise psychisch bedingt sein könnte.

6.3 Die Würdigung der Akten zeigt, dass es lediglich zu Beginn der Behandlung danach ausgesehen hat, als könnte der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit rasch wieder erlangen. Denn bereits ab dem Zeitpunkt der Rehabilitation in der Rehaklinik Y._____ zeichneten sich ein instabiler Gesundheitszustand, persistierende Beschwerden und eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ab, deren Ursachen gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht eindeutig eruiert werden können. Ob ein Teil der Leistungseinschränkungen, die der Beschwerdeführer beschrieben hat, auf die Einnahme der kardiologischen Medikamente zurückzuführen ist, ist ebenso unklar wie die Frage, ob und allenfalls wie stark der psychische Gesundheitszustand für die Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers verantwortlich ist. Die Einschätzung von Dr. G._____, dass es keine Hinweise auf eine psychische Komponente gebe und auch keine Behandlung durchgeführt worden sei, trifft nicht zu. Sowohl Dr. C._____ als auch Dr. F._____ haben beim Beschwerdeführer eine psychische Fehlentwicklung beobachtet. Dr. C._____ hat versucht, die psychische Situation des Beschwerdeführers mit antidepressiver Medikation (Psychopax Tropfen) günstig zu beeinflussen. In Anbetracht des lebensbedrohlichen Herzinfarkts ist ausserdem nicht von der Hand zu weisen, dass dieses Vorkommnis Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustands bewirken kann. Ob eine allfällige Arbeitsunfähigkeit auch psychiatrisch (mit)begründet war, wurde noch nicht von einem psychiatrischen Facharzt beurteilt. Zudem fehlen in Bezug auf den von Dr. G._____ angeführten Alkoholmissbrauch als Ursache der Leistungseinschränkungen verlässliche medizinische Angaben. Der Beschwerdeführer selbst bestreitet einen regelmässigen Alkoholkonsum. In der Summe bleiben somit gewisse Zweifel an den Schlussfolgerungen von Dr. G._____, weshalb auf seine Stellungnahmen nicht abgestellt werden kann. Aber auch die anderen medizinischen Unterlagen lassen eine Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nicht zu, da sie zum Teil nicht von Fachärzten stammen (Dr. C._____) oder aber keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beinhalten (Dr. F._____). Der Sachverhalt ist daher weiterhin abklärungsbedürftig.

7.1 Gemäss Bundesgericht stellt sich, wenn das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig ist und wenn die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden kann, die Frage, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasst, und der Einholung eines

Gerichtsgutachtens (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Bereits zuvor hat das Bundesgericht festgehalten, dass den kantonalen Gerichten die Kompetenz zur vollen Tatsachenüberprüfung zufällt, die sie nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen haben (BGE 136 V 376 E. 4.2.3). Schliesslich hat das Bundesgericht die bisherige ständige Rechtsprechung, wonach das kantonale Gericht prinzipiell die freie Wahl hatte, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.3), geändert. So hat es erkannt, dass es zwar nicht angebracht ist, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen, doch drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zu beachten sind zudem die Ausführungen des Bundesgerichts im hiervor zitierten BGE 137 V 210 ff., wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 ff. E. 4.2).

7.2 Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin im Lichte der Praxis des Bundesgerichts als gerechtfertigt. Ungeklärt sind die Fragen der zu stellenden Diagnosen, der invalidisierenden Krankheiten, der Dauer und des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und die Dauer und der Umfang der Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus polydisziplinärer Sicht. Diese Fragen wurden von der Beschwerdegegnerin beurteilt, ohne eine Disziplinen übergreifende fachärztliche Beurteilung einzuholen. Die Beschwerdegegnerin ist damit ihrer Pflicht zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht genügend nachgekommen. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur erneuten medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird bei versicherungsexternen Fachärzten oder Fachärztinnen ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, kardiologisch und psychiatrisch) einzuholen haben. In Anbetracht der medikamentösen Therapie haben sich die Gutachter anlässlich der Konsensbesprechung insbesondere auch darüber auszutauschen, inwiefern sich die Behandlungen gegenseitig beeinflusst haben und ob allfällige Nebenwirkungen der Medikamente die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusst haben. Gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Es verbleibt, über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen

aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin unterlegene Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO der Vorinstanz bzw. den kantonalen Behörden gemäss Verwaltungsverfahrensgesetz vom 13. Juni 1988 keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung ist auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten, und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. September 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>