

# GR\_GERICHTE S 2016 147 vom 22. Juni 2017

GR Gerichte, 2017-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2016\\_147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_147)

FR: GR\_GERICHTE S 2016 147 du 22 juin 2017

IT: GR\_GERICHTE S 2016 147 del 22 giugno 2017

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

A.\_\_\_\_\_ erhob mit Schreiben vom 26. März 2015 Einwand gegen den genannten Vorbescheid und begründete diesen innert erstreckter Frist in den Schreiben 26. Mai 2015 und 7. Juli 2015, wobei er auch einen kardio- logischen Arztbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 einreichte. A.\_\_\_\_\_ brachte gegen den Vorbescheid vom 17. März 2015 im Wesent- lichen vor, dass die Schlussfolgerung des psychiatrischen Teilgutachters im polydisziplinären BEGAZ-Gutachten, welcher eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) infolge fehlender Erinnerung an das Myokar-

- 3 - dinfarkt ereignis verneint und eine Anpassungsstörung diagnostiziert habe, unzutreffend sei. Zweifelsohne müsse in Übereinstimmung mit Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden. Denn A.\_\_\_\_\_ könne sich daran erinnern, wie er ins Spital einge- liefert worden und komatös geworden sei. Ausserdem stelle auch der psychiatrische Teilgutachter erhebliche Ängste vor einem zweiten Infarkt fest, was aber auf den ersten Vorfall zurückzuführen sei. Es sei unver- ständlich, dass dem RAD diese Widersprüche nicht aufgefallen seien. In- folge einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Angst und Panik bei Z.n. Myokardinfarkt habe A.\_\_\_\_\_ sicherlich einen Anspruch auf eine In- validenrente.

### E. 4

Nach erneuter Beurteilung durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom RAD sprach die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 A.\_\_\_\_\_ für den Zeitraum vom 1. September 2014 bis zum 31. März 2015 bei einem IV-Grad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu. Ab dem 1. April 2015 bestehe infol- ge eines Invaliditätsgrades von weniger als 40 % aber kein Rentenan- spruch mehr. Zur Begründung führte die IV-Stelle im Wesentlichen aus, dass auf das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 sowie auf die Beurteilungen des RAD vom 12. März 2015 und 7. August 2015 abzustellen sei. Daran vermöchten die im Vorbescheidverfahren gemachten Einwendungen sowie der Arztbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2015 nichts zu ändern. Bezüglich der psychischen Beschwer- den lasse sich die Diagnose einer PTBS von vornherein nicht stellen, da hinsichtlich des eingetretenen Myokardinfarktes eine retrograde Amnesie bestehe. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass A.\_\_\_\_\_ seit dem 21. Juli 2013 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt und auch nach Ablauf des Wartejahres keine Tätigkeit zumutbar sei. In- folge verspäteter Anmeldung stehe A.\_\_\_\_\_ eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % aber erst für den Zeitraum vom 1.

September 2014 bis 31. März 2015 zu. Denn ab dem 31. Dezember

- 4 - 2014 sei A.\_\_\_\_\_ eine leichte Tätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar, was aufgrund eines Einkommensvergleiches mit Bezugnahme auf ein Validen-/Invalideneinkommen gemäss LSE 2012 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 4 % ergebe. Die Einschätzung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 vermöge diese Beurteilung durch den RAD nicht zu erschüttern. Selbst wenn für die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit alleine auf die Beurteilung des polydisziplinären BEGAZ- Gutachtens vom 30. Dezember 2014 abgestellt würde, welches von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % (ganztags verwertbar) ausgehe, ergäbe sich ab dem 31. Dezember 2014 ebenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 32.84 %, womit A.\_\_\_\_\_ ab dem 1. April 2015 keine Invalidenrente mehr zustehe.

#### **E. 5**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin." Zur Begründung führte der Beschwerdeführer in der Hauptsache aus, dass der angefochtene Entscheid auf einem nicht nachvollziehbaren und nicht schlüssigen Gutachten beruhe, wobei insbesondere auf das psychiatrische Gutachten nicht abgestellt werden könne. Mit Verweis auf die Arztberichte der behandelnden Ärzte kritisierte er die Feststellungen im

- 5 - polydisziplinären BEGAZ-Gutachten sowie die Beurteilung durch den RAD.

#### **E. 6**

In ihrer Vernehmlassung vom 1. Dezember 2016 beantragte die IV-Stelle die kostenfällige Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies die IV-Stelle im Wesentlichen auf die angefochtene Verfügung und nahm darüber hinaus noch zu spezifischen Ausführungen des Beschwerdeführers Stellung. Die IV-Stelle stellte sich auf den Standpunkt, dass entgegen der beschwerdeführerischen Darstellung der Beschwerdeführer aktenkundig keine Erinnerung an das fragliche Myokardinfarktereignis im Juli 2013 habe.

#### **E. 7**

In der freigestellten Replik vom 23. Dezember 2016 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde vom 14. November 2016 gestellten Anträgen fest und vertiefte seine Ausführungen. Die IV-Stelle verzichtete am

#### **E. 12**

März 2015 sowie 7. August 2015 (siehe IV-act. 84, S. 10 f. und 19). Zur beschwerdeführerischen Sachverhaltsdarstellung, wonach Erinnerungen an gewisse Ereignisse im Nachgang zum Myokardinfarktes bestünden, weist die IV-Stelle zudem auf die Arztberichte von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2014 sowie Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 hin, wel-

- 15 - che die entsprechende Sachverhaltsdarstellung widerlegten. Aufgrund der in diesen Berichten enthaltenen Schilderungen des Beschwerdeführers und Feststellungen der rapportierenden Ärzte müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer sich an den Myokardinfarkt, die Reanimation und die folgenden Tagen in der ausländischen Klinik nicht mehr erinnern könne. 5. Aus den Akten ergibt sich bezüglich der Frage, ob der Beschwerdeführer sich an die Geschehnisse rund um den Myokardinfarkt im Juli 2013 erinnern kann, folgendes Bild: a) Der in einer beglaubigten Übersetzung vorliegende

Entlassungsbericht des Spitals "Dr. H.\_\_\_\_\_" in Y.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der notfallmässigen Hospitalisation vom 22. Juli 2013 bis 1. August 2013 nach Myokardinfarkt (IV-act. 50, S. 101) hält fest, dass der Beschwerdeführer als Notfall auf der Intensivstation hospitalisiert wurde. Vorher sei eine kardiopulmonale Reanimation durchgeführt worden. Bei der Aufnahme des Beschwerdeführers sei dieser bewusstlos/soporös (stark benommen bzw. präkomatös [vgl. ICD-10 R40.1]) gewesen. Ein paar Mal habe er epileptische Anfälle des Typs "grand mal" erlitten und sei kurz danach in einen "status epilepticus" geraten. b) Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Spezialärztin Neurologie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 30. Januar 2014 (IV-act. 9, S. 5 ff.) unter der Rubrik "Anamnese/Diagnose" folgendes fest: Am 21. Juli 2013, während dem Urlaub in der Heimat, habe der Beschwerdeführer gegen 20:00 Uhr einen Herzinfarkt erlitten. Er sei bewusstlos gewesen und habe reanimiert werden müssen. Ferner hielt sie bezüglich posttraumatischer psychischer Begleitsymptome fest, dass die geschilderten Begleitsymptome starker Angstattacken nachts und tagsüber, mit Übererregung und vegetativer Begleitsymptomatik, Nachhallerinnerungen (inkl. Erinnerungsbilder), ein deutli-

- 16 - ches Vermeidungsverhalten betreffend jeglicher körperlicher Belastbarkeit, exkulpiert mit der Angaben in X.\_\_\_\_\_ ärztlicherseits auf unbedingte Schonung hingewiesen worden zu sein, vollumfänglich den Kriterien einer PTBS entsprechen. c) Im Arztbericht vom 20. Mai 2014 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, unter der Rubrik "Ärztlicher Befund" explizit fest, dass für den erlebten Herzinfarkt eine retrograde Amnesie bestehe (IV-act. 26, S. 3, Ziffer 1.4). d) Dem polydisziplinären BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 (IV-act. 50) lassen sich die folgenden Feststellungen entnehmen: aa) Im Rahmen der neurologischen Evaluation durch Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie und zertifizierter Gutachter SIM, hielt dieser unter der Rubrik "Angaben des Exploranden zum jetzigen Leiden" fest, dass der Explorand über den am 22. Juli 2013 erlittenen Herzinfarkt berichte. Er sei im Koma gewesen und habe keine Erinnerungen an diese Geschehnisse (IV-act. 50, S. 24). bb) Anlässlich der kardiologischen Evaluation durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie, hielt dieser unter der Rubrik "Anamnese mit spezieller Gewichtung der kardialen Problematik" fest, dass der Beschwerdeführer am 22. Juli 2013 in den Sommerferien in X.\_\_\_\_\_ gegen 20:00 Uhr ein Dunkelwerden vor den Augen bemerkt habe und sofort synkopiert sei. Anschliessend wisse er bis zum Aufwachen im Spital nichts mehr. Gemäss seinen Kenntnissen sei er von einem Freund und seiner Familie in eine nahe gelegene Notfallstation mit dem Auto gebracht worden. Auf der Notfallstation sei Kammerflimmern festgestellt und eine elektromechanische Reanimation durchgeführt worden. Anschliessend sei

- 17 - er ins Spital transportiert worden, wo er 10 bis 11 Tage in Koma liegend keine Erinnerung habe (IV-act. 50, S. 32). cc) Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter Gutachter SIM, hielt anlässlich der psychiatrischen Evaluation unter der Rubrik "Spezialärztliche psychiatrische Anamnese", "Subjektive Angaben" fest, dass der Beschwerdeführer am 22. Juli 2013 einen starken Myokardinfarkt erlitten und neun Tage im Koma gelegen habe. Er sei reanimiert worden und habe noch eine Epilepsie bekommen (IV-act. 50, S. 39). In der Rubrik "Spezialärztliche psychiatrische Beurteilung" kam Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer einen Myokardinfarkt erlitten habe, an den er sich allerdings nicht erinnern könne, da er bewusstlos geworden sei und habe reanimiert werden müssen. Es bestehe kein Wiedererinnern an

diesen Vorfall (IV-act. 50, S. 43; vgl. dazu auch das psychiatrische Teilgutachten vom 9. Dezember 2014 [IV-act. 50, S. 65 ff.]). e) Gemäss Art. 61 lit. c ATSG ist das kantonale Versicherungsgericht bei der Beweiswürdigung frei (BGE 132 V 393 E.2.1). Im Sozialversicherungsrecht gilt allgemein das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 119 und Art. 43 Rz. 46 ff.). Weiter wird der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) nicht tangiert, wenn das Gericht oder der Versicherungsträger in antizipierter Beweiswürdigung von der Abnahme eines beantragten Beweises absieht, sofern sie ohne Willkür davon ausgehen können, dass sich ihre Überzeugungen durch weitere Beweiserhebungen nicht ändern werden (BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). f) Aus den soeben wiedergegebenen ärztlichen Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, den drei BEGAZ-Gutachtern, den Ausführungen im Austrittsbe-

- 18 - richt des Spitals Y.\_\_\_\_\_ sowie infolge der von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ attestierten retrograden Amnesie für den erlebten Herzinfarkt im Juli 2013 ergibt sich für das Gericht, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Erinnerung an den im Juli 2013 erlittenen Herzinfarkt oder an die Geschehnisse danach hat. Die retrograde Amnesie wird denn auch als quantitative Gedächtnisstörung mit Erinnerungsbeeinträchtigung für den Zeitraum vor dem Eintritt eines schädigenden Ereignisses, wie beispielsweise nach einer Bewusstseinsstörung oder einem epileptischen Anfall, definiert (vgl. Psychembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., Berlin/Boston 2014, S. 77 f.). Was die beantragte öffentliche Parteibefragung daran ändern könnte, ist nicht ersichtlich. Denn von besonderer Bedeutung ist vorliegend der in ärztlichen Berichten beschriebene damalige Bewusstseinszustand, die fachärztlich festgestellte retrograde Amnesie für das Myokardinfarktereignis sowie die von ärztlicher Seite mehrfach festgehaltenen Äusserungen des Beschwerdeführers, wonach er keine Erinnerung an das fragliche Ereignis habe. Diese Äusserungen wurden überwiegend in einem Zeitpunkt festgehalten bzw. seitens des Beschwerdeführer geschildert, als die betreffende Frage noch kein spezifisches Streitthema war (vgl. dazu auch die Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde": BGE 121 V 45 E.2a, 115 V 133 E.8c). Im Rahmen einer Parteibefragung wäre bloss zu erwarten, dass die Vorbringen gemäss Beschwerdeschrift bestätigt würden. Insofern ist von dieser zusätzlichen Beweiserhebung in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen. 6. Weiter ist umstritten, ob im polydisziplinären BEGAZ-Gutachten zu Recht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint wurde und wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit verhält. a) Der Beschwerdeführer bringt zu diesem Streitpunkt vor, dass die behandelnde Fachärztin Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 20. Mai 2014 die

- 19 - Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung mit Angst und Panik bei Z.n. Myokardinfarkt 22.07.2013 (ICD-10 F43.1)" gestellt habe (IV-act. 26, S. 2, Ziffer 1.1). Dabei habe sie nachvollziehbar erläutert, dass der Beschwerdeführer unter ständigen Panikattacken leide und sich in ausgeprägtem Masse vor einem zweiten Infarkt fürchte. Aufgrund dieses psychischen Leidens sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig bei einer Leistungsfähigkeit von 70 %. Im Verlaufsbericht vom 30. August 2014 (IV-act. 39, S. 2) habe Dr. med. B.\_\_\_\_\_ auf eine ungünstige Prognose hingewiesen, da dem Beschwerdeführer der Umgang mit der PTBS schwerfalle. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014 (IV-act.

50, S. 65 ff.), welches eine PTBS mit dem Hinweis auf die fehlende Erinnerung verneine und bloss eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) diagnostiziere, sei hingegen mangelhaft. Denn der Beschwerdeführer könne sich sehr wohl an die Spitaleinlieferung erinnern. Weiter hätte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nach der Verneinung einer PTBS nicht mit der Feststellung begnügen dürfen, dass sich keine weiteren Hinweise auf anderweitige psychische Störungen fänden. Denn er habe erkennen müssen, dass beim Beschwerdeführer massive Ängste bestünden. Vielmehr hätte er beim Ausschluss einer PTBS das Vorliegen einer Panik- und Angststörung prüfen müssen. b) Ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde in der Vernehmlassung vom 1. Dezember 2016 begründet die IV-Stelle primär mit einem Verweis auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016. Darin hielt die IV-Stelle insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 und die RAD-Beurteilungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2015 sowie 7. August 2015 fest, dass die von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Mai 2014 diagnostizierte PTBS infolge fehlender Erinnerung an das Myokardinfarktereignis nicht zu überzeugen vermöge. Dies umso mehr, weil Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im

- 20 - selben Bericht explizit eine retrograde Amnesie festgehalten habe. Der Beschwerdeführer habe auch gegenüber Dr. med. E. \_\_\_\_\_ angegeben, dass er sich an den Infarkt, die Reanimation und die folgenden Tage in der Klinik nicht mehr erinnern könne. Aus diesen Umständen sei in Übereinstimmung mit dem BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 sowie der fachärztlichen RAD-Beurteilung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu folgern, dass sich die Diagnose einer PTBS nicht stellen lasse. Übereinstimmend gingen sowohl Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ von einer Anpassungsstörung aus, welche aber gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2015 keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Die Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ könne somit nicht überzeugen und erschüttere somit die Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2015 nicht derart, dass nicht mehr darauf abgestellt werden könne. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als behandelnde Psychiaterin eine Einschätzung abgebe, welche sich auch an IV-fremden Gegebenheiten wie insbesondere psychosozialen Faktoren orientiere. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sei als Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter Gutachter SIM darauf spezialisiert, den Gesundheitszustand von versicherten Personen und die IV-rechtliche Arbeitsfähigkeit objektiv zu beurteilen. Weiter wies die IV-Stelle auch noch auf die Aufgaben des RAD gemäss Art. 49 IVV hin und dass es gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG Sache des RAD sei zu beurteilen, welche Arbeitsleistung einer versicherten Person noch zugemutet werden könne. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde seitens der IV-Stelle festgehalten, dass dem Beschwerdeführer seit Ende Dezember 2014 eine leidensangepasste Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Beschwerden zu 100 % zumutbar sei. 7. a) Die Gutachter Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, lic. phil. M. \_\_\_\_\_, Neuropsychologe und Psychotherapeut FSP, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie und zertifizierter Gutach-

- 21 - ter SIM, Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie, und Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter Gutachter SIM, stellten im polydisziplinären BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 (IV-act. 50) im Wesentlichen die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (siehe IV-act. 50, S. 47): ■ Zustand nach epileptischem Anfall nach Myokardinfarkt 07/2013 ■

Koronare 2-Gefäss-Erkrankung ■ Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Gesamtmedizinisch betrachtet sei festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte (nicht leichte) Tätigkeit im Baugewerbe nicht mehr zumutbar sei. Leichte körperliche Arbeiten, welche auch qualitative Einschränkungen aus neurologischer Sicht berücksichtigten (zum Beispiel kein berufsmässiger Personentransport, Vermeidung von Arbeiten an Maschinen mit potenzieller Selbst- und Fremdgefährdung sowie Vermeidung von übererdigen Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten), seien dem Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des Gutachtens bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen zu 70 % möglich. b) Den weiteren in den Akten liegenden, relevanten medizinischen Berichten lassen sich im Wesentlichen folgende Aussagen und Einschätzungen zu den gestellten Diagnosen und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit entnehmen: ■ Im Entlassungsbericht des Spitals Y.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Hospitalisation vom 22. Juli 2013 bis 1. August 2013 nach Myokardinfarkt (siehe IV-act. 50, S. 101) wird im Wesentlichen über den Status des Beschwerdeführers anlässlich der Spitaleinlieferung berichtet und rudimentär die durchgeführte kardiologische Diagnostik erläutert. Ein weiterer Entlassungsbericht des Spitals Y.\_\_\_\_\_ (IV-act. 50, S. 102 f.) äussert sich zur Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. bis zum 28. Oktober 2014 hinsichtlich der planmässig durchgeführten kardiologischen Behandlung (perkutane Koronarintervention "PCI LAD und ACx").

- 22 - ■ Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Spezialärztin Neurologie FMH, berichtete mit Arztbericht vom 20. März 2014 (IV-act. 9, S. 1-4) zuhanden der IV-Stelle über eine erfolgte neurologische Konsultation des Beschwerdeführers. Dabei verwies sie im Wesentlichen auf ihren Bericht vom 30. Januar 2014, worin eine Erstkonsultation mit Elektroencephalographie und die Anamnese bezüglich des Myokardinfarktes sowie des damit einhergehenden epileptischen Anfalles vom Juli 2013 festgehalten wurde (siehe IV-act. 9, S. 5 ff.). Die Blutspiegelkontrolle hinsichtlich des Antiepileptikums Carbamazepin ergab gemäss ihrem Schreiben vom 4. Februar 2014 an Dr. med. N.\_\_\_\_\_ keine sonderliche Compliance (IV-act. 9, S. 8 f.). Zusätzlich wies Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Januar 2014 auf posttraumatische psychische Begleitsymptome hin, welche die Kriterien einer PTBS vollumfänglich erfüllten und erachtete eine (medikamentöse) psychiatrische traumatherapeutische Hilfestellung als indiziert. Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 20. März 2014 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hingegen bezüglich der bestehenden körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers einen blossen Verdacht auf PTBS fest. Des Weiteren nahm sie keine quantitative Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, sondern behielt dies einer psychiatrischen Beurteilung vor (IV-act. 9, S. 2). ■ Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Arztbericht vom 20. Mai 2014 (IV-act. 26) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit neben kardiologischen und neurologischen Diagnosen auch eine posttraumatische Belastungsstörung mit Angst und Panik bei Z.n. Myokardinfarkt 22. Juli.2013 (ICD-10 F43.1) fest. Aufgrund der kardiologischen Problematik sei die bisherige, körperlich anstrengende Tätigkeit nicht mehr möglich. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit von 50 % erscheine aus rein psychiatrischer Sicht bei einem 70%igem Belastungsprofil möglich. Die Prognose sei noch nicht absehbar und sei von der kardiologischen Grunderkrankung abhängig. Eine Behandlung der Angst- und Paniksymptomatik vor einem weiteren Myokardinfarktereignis sei notwendig. Bei entsprechender neurologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung wurde zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit als erzielbar beachtet. Des Weiteren hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ auch fest, dass sich der Beschwerdeführer nicht auf Eingliederungsmassnahmen einlassen könne,

weil er sich psychisch und physisch vollkommen am Ende sehe. ■ Im Arztbericht vom 3. Juli 2014 (IV-act. 34, S. 1 ff.) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ insbesondere folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Eine koronare 2-Gefäss-Erkrankung (Status nach Myokardinfarkt 22. Juli 2013, Status nach epileptischem Anfall nach Herzinfarkt, Aktuell: Angina Pectoric CCS II, cardio-vaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie [siehe auch Arztbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 11. Februar 2014 über die ambulante kardiologische Konsultation vom 6. Februar 2014 {IV-act. 34, S. 11 ff.}]) sowie

- 23 - eine "Depression (ICD-10 F41)". Sie bescheinigte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Montagearbeiter im Baugewerbe. Bezüglich einer behinderungsangepassten Tätigkeit verwies sie auf die Berichte der behandelnden Fachärzte (namentlich Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_). ■ Im Verlaufsbericht vom 30. August 2014 (IV-act. 39, S. 1-4) hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand fest. Zwischenzeitlich sei eine kardiologische Rehabilitation aufgenommen worden. Aufgrund der Sensveränderung nach dem Herzinfarkt und drei Stentimplantationen, Z.n. epileptischen Anfall nach dem Herzinfarkt und Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung, sei der Beschwerdeführer nicht mehr imstande, die bisherige Tätigkeit auszuüben. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei einem 70%igen Belastungsprofil. Die Prognose wurde als eher ungünstig betrachtet, da der Beschwerdeführer sich zunehmend auf seine körperlichen Beschwerden fixiere und sich auf die Verhaltenstherapie nicht richtig einlasse. ■ RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter Gutachter SIM, äusserte sich am 12. März 2015 in seiner Abschlussbeurteilung (siehe IV-act. 84, S. 10 f.) zur vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit. Dabei hielt er fest, dass nach Massgabe des polydisziplinären BEGAZ-Gutachtens vom 30. Dezember 2014 drei Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien, wobei sowohl der Zustand nach epileptischem Anfall sowie auch die koronare 2-Gefäss-Erkrankung Auswirkungen auf das Zumutbarkeitsprofil hätten. Nämlich, dass eine aus kardiologischer Sicht verminderte körperliche Belastung bestehe und sicherheitshalber die qualitativen Einschränkungen aufgrund der Epilepsie (neurologisch) zu berücksichtigen seien. Aufgrund der seit dem Schockereignis vergangenen Zeit komme hinsichtlich der diagnostizierten Anpassungsstörung nur noch eine längere depressive Reaktion in Frage. Anpassungsstörungen seien per Definition leichtere psychische Störungen. Die Diagnose einer solchen Anpassungsstörung vermöge im vorliegenden Fall rechtsprechungsgemäss keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Somit gelangte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer ab dem 31. Dezember 2014 in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. ■ Dr. med. D.\_\_\_\_\_ berichtete am 9. Juni 2015 über eine ambulante kardiologische Konsultation des Beschwerdeführers (IV-act. 77, S. 4-7). Dabei hielt er fest, dass sich echokardiographisch ein stabiler Verlauf der koronaren 2-Gefäss-Erkrankung zeige. So zeige sich weiterhin eine leicht bis mittelgradig eingeschränkte systolische LV-Funktion mit bekannten regionalen Unterschieden. Die vorbestehende kardiale Therapie könne aber, abgesehen von einer Anpassung der Medikation, unverändert fortgeführt werden.

- 24 - ■ Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nahm am 7. August 2015 Stellung zum Einwand des Beschwerdeführers vom 26. Mai 2015 resp. 7. Juli 2015 (IV-act. 84, S. 19). Dr. med. C.\_\_\_\_\_

fürhte aus, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Anamnese detailliert darlege. Insbesondere habe der Beschwerdeführer selber berichtet, dass er sich an den Herzinfarkt selbst nicht erinnern könne sowie dass das Ereignis und die folgenden Tage in der Klinik ihm nicht bewusst in Erinnerung seien. Nach mehrtägigem Koma sei dies aus medizinischer Sicht plausibel. Dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ daraus folgere, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) liege nicht vor, ist nach Ansicht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ plausibel, gut begründet und nachvollziehbar. Daran vermöchten die beschwerdeführerischen Einwendungen gemäss Schreiben vom 26. Mai 2015 resp. 7. Juli 2015 nichts zu ändern. Davon abgesehen seien die meisten Menschen mit einer PTBS durchaus arbeitsfähig, da eine Ablenkung die Symptomatik verbessere. Ein entsprechender Automatismus, wonach die Diagnose einer PTBS zu einem Rentenanspruch führe, sei unzutreffend. Im Ergebnis kam Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die vorgebrachten Einwendungen gegen die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 die RAD-Beurteilung vom 12. März 2015 nicht zu beeinflussen vermöge. ■ Am 4. November 2015 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erneut über eine ambulante kardiologische Konsultation des Beschwerdeführers (beschwerdeführerische Beilagen [Bf-act. 3]). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ging in diesem Bericht wieder von einem stabilen Verlauf der bekannten koronaren 2-Gefäss-Erkrankung aus, wobei sich anlässlich der Fahrrad-Ergometrie eine normale Leistungsfähigkeit und auch echokardiographisch eine stabile Situation gezeigt habe. Die vorbestehende medikamentöse Therapie könne mit kleinen Anpassungen fortgesetzt werden. c) Nachfolgend werden die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 (siehe IV-act. 50, S. 39 ff.) ausführlich wiedergegeben. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt zuerst die vom Beschwerdeführer angegebenen subjektiven Angaben, die soziale Situation sowie die Familien- und persönliche Anamnese fest. Hinsichtlich der spezialärztlichen psychiatrischen Untersuchungsbefunde führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ aus, dass das Bewusstsein des Beschwerdeführers klar und seine Orientierung allseits erhalten sei. Ferner fänden sich keine Störungen der kognitiven Funktionen. Die Gedankengänge seien formal und inhaltlich unauffällig gewesen. Hinweise auf Zwänge, Wahn und psychotische Phänomene fänden sich keine. Der Beschwerdeführer habe (gegenüber

- 25 - Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ) angegeben, dass das "Ganze" ihm zu schaffen mache, er oft daran herum studiere und teilweise panikartige Zustände und Angst habe, dass wieder ein Infarkt geschehe. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt zudem fest, dass die affektive Modulation sowie die gestische und mimische Mitbeteiligung erhalten und der Beschwerdeführer psychomotorisch unauffällig gewesen sei. In der spezialärztlichen psychiatrischen Beurteilung kam Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer einen Myokardinfarkt erlitten habe, aber ohne sich daran erinnern zu können. Es bestehe kein Wiedererinnern an diesen Vorfall. Von flash-back-artigen Sensationen oder Intrusionen berichte der Beschwerdeführer nicht. Ferner wirke er affektiv primär wenig beeinträchtigt, es komme aber eine hintergründige Sorge zum Vorschein. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer affektiv lebhaft, kognitiv nicht beeinträchtigt und psychomotorisch unauffällig. Sorge bereite dem Beschwerdeführer ein zweiter möglicher Infarkt, welcher er gemäss eigener Überzeugung nicht mehr überstehen würde, was die hintergründige Angst beim Beschwerdeführer auslöse. Aus diesem Grund lasse sich die Diagnose einer PTBS gar nicht stellen, da keine Erinnerung an das Ereignis bestehe und die Ängste vor einem allfälligen zweiten Infarkt an vorderster Stelle stünden (IV-act. 50, S. 44). Auch wenn die Ängste teilweise massiv schienen, könne sich der Beschwerdeführer doch noch selbst

beruhigen. Das ganze mache dem Beschwerdeführer zu schaffen, er grüble darüber und scheine sich tendenziell etwas zurückzuziehen, ohne aber alle Kontakte abubrechen oder dass ein Verlust von Interessen vorliege. Dementsprechend sei von einer Anpassungsstörung, dominiert durch die erwähnten Ängste auszugehen. Hinweise auf anderweitige psychiatrische Störungen hätten sich nicht ergeben. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer durch die Anpassungsstörung zurzeit immer noch unter einer erhöhten inneren Anspannung stehe und im Rahmen der Anpassungsstörung unter massiven Ängsten leide. Daraus ergebe sich eine im Allgemeinen verminderte Belastbarkeit. Es sei mit einer Verlangsa-

- 26 - mung zu rechnen, im Verlaufe des Tages könnten kognitive Schwierigkeiten hinzutreten und es sei mit einem erhöhten Pausenbedarf zu rechnen. Trotzdem sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit in einer strukturierten Arbeit zu 70 % möglich, weshalb höchstens eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Ferner setzte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auch mit der abweichenden Diagnose und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ auseinander, wonach eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Aufgrund der von ihm durchgeführten Untersuchung, könne ab dem Zeitpunkt der vorliegenden psychiatrischen Evaluation (8. Dezember 2014) die von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ attestierte Schwere der psychischen Störung (PTBS mit Angst und Panik [ICD-10 F43.1]) nicht nachvollzogen und bestätigt werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ die körperliche Symptomatik bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt habe. Aus diesem Grund sei zumindest ab dem 8. Dezember 2014 von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen. Des Weiteren ging Dr. med. E. \_\_\_\_\_ für die Zukunft auch von einer weiteren Stabilisierung des Zustandes aus. Der Beschwerdeführer müsse zuerst wieder Vertrauen in seinen Körper finden und seine Belastbarkeit sukzessive steigern. d) Die Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wird vom RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als plausibel, gut begründet und nachvollziehbar qualifiziert (vgl. vorstehende Erwägung 7b; IV-act. 84, S. 19). Dies erscheint dem Gericht gemäss den nachfolgenden Ausführungen als zutreffend. So ist nicht ersichtlich, inwiefern Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei Verneinung einer PTBS zwingend das Vorliegen einer Panik- und Angststörung detailliert hätte prüfen müssen. Die Anpassungsstörung ist nach ICD-10 wie auch die PTBS im Abschnitt F43.- "Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungs-

- 27 - störung" angesiedelt. Diesen Diagnosen ist inhärent, dass ein oder zwei ursächliche Faktoren wie ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis, welches für eine akute Belastungsreaktion verantwortlich ist, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltenden unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft, vorausgesetzt werden. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind die primären und ausschlaggebenden Kausalfaktoren und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Bern 2014, S. 204 f.). Aufgrund der von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 beschriebenen Umstände und den darin ebenfalls festgehaltenen Schilderungen des Beschwerdeführers erscheint die Diagnose einer Anpassungsstörung, da die Voraussetzungen für die Diagnose einer PTBS nicht erfüllt sind, in Übereinstimmung mit der fachärztlichen RAD-Beurteilung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und

schlüssig. e) Wie in vorstehender Erwägung 5 festgehalten, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer keine eigene Erinnerung an das Myokardinfarktereignis vom Juli 2013 hat. Ferner ist das Gericht aufgrund der vorliegenden Akten zum Ergebnis gekommen, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im polydisziplinären BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 gestützt auf die Vorakten, eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers sowie der Anamnese und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers die Diagnose einer PTBS nachvollziehbar und schlüssig verneint und in zulässiger Weise eine Anpassungsstörung diagnostiziert hat. Die insbesondere in den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 und 30. August 2014 gestellte Diagnose einer PTBS erweist sich aufgrund der bereits in der vorstehenden Erwägung-

- 28 - gen 3d, 5, und 7c f. dargelegten Umständen als ungeeignet, um die gutachterliche Diagnosestellung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowie die RAD-Beurteilung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu erschüttern. Die von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ diagnostizierte "Depression (ICD-10 F41)" wurde im Arztbericht vom 3. Juli 2014 (IV-act. 34, S.1 ff.) nicht weiter begründet. Der von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ verwendete ICD-10-Code wird mit dem Begriff "Andere Angststörungen" umschrieben und gehört zur Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F40-F48). Bei den "anderen Angststörungen" (ICD-10 F41.-) stellt die Manifestation der Angst, welche nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt ist, das Hauptsymptom dar. Depressive und Zwangssymptome können zwar vorhanden sein, müssten aber eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt sein (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 196). Insofern ist die von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose ("Depression" mit Bezugnahme auf ICD-10 F41) widersprüchlich. Im Ergebnis vermag also die psychiatrische Diagnose von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die diagnostische Schlussfolgerung im BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 nicht in Frage zu stellen. 8. a) Der Beschwerdeführer ist offenbar der Meinung, dass der Rentenanspruch automatisch ausgewiesen sei, wenn die Diagnose einer PTBS gestellt werden könne. Eine lege artis gestellte Diagnose ist zwar Voraussetzung und Ausgangspunkt für die Frage der invalidisierenden Auswirkung einer Beeinträchtigung der Gesundheit, aber nicht ausreichend (vgl. BGE 142 V 106 E.4.4, BGE 141 V 281 E.2.1 sowie BGE 130 V 396 E. 6.2 ff.). Entscheidend für die invalidisierende Wirkung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sind ihre Einflüsse auf die Erwerbsfähigkeit, also die objektivierten funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung (siehe BGE 142 V 106 E.4.4, 139 V 547 E.5.1). Ohne einen gewissen Schweregrad gelten psychische Störungsbilder grundsätzlich nicht als invalidisierend, wobei bei derartigen Gesundheitsschädigungen zur objektivierten

- 29 - Feststellung der funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsschädigung auf die Erwerbsfähigkeit vielfach eine indirekte Beweisführung erforderlich ist, weil die Objektivierbarkeit bei psychischen Störungen generell nicht sehr hoch ist (vgl. BGE 141 V 281 E.3.7 sowie HENNINGSSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 58/2014, S. 499, S. 528). Dabei sind bei der Würdigung von Funktionseinschränkungen neben den belastenden Elementen auch die vorhandenen Ressourcen von Bedeutung (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.3.4.2 und 4.1). b) Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kamen die BEGAZ-Gutachter zum Schluss, dass dem

Beschwerdeführer aufgrund der kardiologischen Erkrankungen die bisherige Tätigkeit im Baugewerbe nicht mehr zumutbar sei. Aus kardiologischer Sicht erachtete Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine leichte Arbeitstätigkeit im Umfang von 100 % sicherlich als zumutbar. Weitere qualitative Einschränkungen hinsichtlich einer adaptierten zumutbaren Tätigkeit ergaben sich aus der nicht vollständig ausschliessenden Möglichkeit eines epileptischen Anfalles. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine klar strukturierte Tätigkeit zu 70 % möglich (siehe vorstehende Erwägung 7c). Ferner erachtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % aufgrund seiner eigenen Exploration des Beschwerdeführers als zu tief eingeschätzt. Gesamtmedizinisch betrachtet hielten die Gutachter fest, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte (nicht leichte) Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Leichte körperliche Tätigkeiten, welche die qualitativen Einschränkungen aus neurologischer Sicht berücksichtigen, seien dem Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des BEGAZ-Gutachtens vom 30. Dezember 2014 zu 70 % bei vollschichtigem Arbeitsvolumen zumutbar (vgl. zum Ganzen IV-act. 50, S. 48 ff.). Weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ergaben sich aus dem polydisziplinären Gutachten nicht. RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ging sogar davon

- 30 - aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund des als leicht erachteten psychischen Störungsbildes auch aus psychischen Gründen nicht eingeschränkt sei und attestierte dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 84, S. 10 f. und 19). c) Konkrete Indizien, welche die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des polydisziplinären BEGAZ-Gutachtens vom 30. Dezember 2014 erschüttern könnten, lassen sich aus den Arztberichten der behandelnden Ärzte nicht ableiten. aa) Dr. med. B.\_\_\_\_\_ definierte neben eine 50%igen Arbeitsfähigkeit zusätzlich auch ein auf 70 % eingeschränktes Belastungsprofil. Im Bericht vom 20. Mai 2014 (IV-act. 26) beantwortete Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die Frage, wie sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf die bisherige Tätigkeit auswirke, dahingehend, dass der Beschwerdeführer infolge der kardiologischen Problematik nicht mehr in der Lage sei, seine bisherige körperlich anstrengende Tätigkeit auszuüben (IV-act. 26, S. 4, Ziffer 1.7). Bei der Frage nach den Gründen (Funktionsausfälle) für die nicht mehr gegebene Ausübbarkeit der bisherigen Tätigkeit hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ fest, dass diese Tätigkeit aufgrund von massiven Schlafstörungen, Ängsten und vegetativer Aufregung auch aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in Frage komme (IV-act. 26, S. 4, Ziffer 1.7). Bei der Frage nach dem quantitativen Umfang sowie dem Belastungsprofil für eine behinderungsangepasste Tätigkeit hielt sie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei 70%igem Belastungsprofil für möglich (vgl. dazu auch den Verlaufsbericht vom 30. August 2014 [IV-act. 39]). Eine detailliertere Begründung zu dieser Arbeitsfähigkeitseinschätzung fehlt aber. Unter der Rubrik "Ärztlicher Befund" hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, übereinstimmend mit Dr. med. E.\_\_\_\_\_, insbesondere eine Einengung des Beschwerdeführers auf die körperlichen Beschwerden fest (siehe IV-act. 26, S. 3, Ziffer 1.4 und IV-act. 50, S. 43 f.).

- 31 - In der Stimmung sei der Beschwerdeführer ängstlich und depressiv. Einen sozialen Rückzug verneinte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_\_. bb) Des Weiteren erachtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Voraussetzungen für eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes als gegeben. Es sei mit einer weiteren Stabilisierung des Gesundheitszustandes zu rechnen, sobald der Beschwerdeführer wieder Vertrauen in seinen Körper aufbaue und die Belastbarkeit sukzessive steigern könne (IV-act. 50, S. 46). Ferner fühle sich der Beschwerdeführer subjektiv in der Lage, eine körperlich nicht

belastende Tätigkeit durchzuführen (IV-act. 50, S. 42 und 44). Eine grundsätzlich positive Prognose aus kardiologischer Sicht stellte auch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im kardiologischen Teil des BEGAZ-Gutachtens vom 30. Dezember 2014 (IV-act. 50, S. 38). Dies wird auch durch die Arztberichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 (IV-act. 77, S. 4 ff.) sowie 4. November 2015 (Bf-act. 3) gestützt, wonach ein stabiler Verlauf der koronaren 2-Gefäss-Erkrankung vorliege und anlässlich der Fahrrad- Ergometrie eine normale Leistungsfähigkeit festgehalten wurde (Bf-act. 3, S. 2). Dies spricht nach Ansicht des Gerichts für einen objektiv möglichen Vertrauensgewinn in die eigene Belastungsfähigkeit beim Beschwerdeführer. cc) Trotz unterschiedlicher Diagnose gingen aber sowohl Dr. med. B.\_\_\_\_\_ als auch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht von einem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers aus, wobei Dr. med. E.\_\_\_\_\_ insbesondere keinen Abbruch aller Kontakte und den Verlust von Interessen feststellte (IV-act. 26, S. 3, Ziffer 1.4 und IV-act. 50, S. 70). Zudem erklärte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 9. Dezember 2014, dass die bisher durchgeführte psychiatrische Behandlung nicht in besonders intensivem Ausmass stattfindet und auch Widersprüche zu den gemachten Angaben hinsichtlich der Medikation festgehalten wurden (IV-act. 50,

- 32 - S. 71 f.). Unter dem Gesichtspunkt, dass der Verlauf und der Ausgang von Therapien ein wichtiger Schweregradindikator und unter dem Gesichtspunkt des Leidensdrucks auch ein Indikator für die Konsistenz im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) zur invalidisierenden Wirkung von spezifischen psychischen Störungen darstellt, sprechen solche Umstände gegen einen grossen ausgewiesenen Leidensdruck, wobei bereits auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in ihrem Verlaufsbericht vom 30. August 2014 auf suboptimale Therapiebemühungen des Beschwerdeführer hingewiesen hatte (IV-act. 39, S. 2). dd) Darüber hinaus ist auch der Umstand zu beachten, dass auch eine lege artis durchgeführte psychiatrische Exploration der Natur der Sache nach nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb ein gewisser Ermessensspielraum offen steht, welcher zu respektieren ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_839/2013 vom 13. März 2014 E.4.2.2.1 und 8C\_100/2013 vom 28. Mai 2013 E. 4.2.2). Dass die ärztliche Beurteilung des Beschwerdeführers nicht lege artis vorgenommen wurde, wird in den aktenkundigen fachärztlichen Berichten nicht vorgebracht und ist auch nicht ersichtlich. Schliesslich führte der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auch noch aus, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Anpassungsstörung als leichte psychische Erkrankung zu betrachten sei und im Übrigen auch bei einer diagnostizierten PTBS nicht zwingend auf eine Arbeitsunfähigkeit zu erkennen wäre, weil eine entsprechende Ablenkung vielfach sogar zu einer Verbesserung der Symptomatik führe (siehe IV-act. 84, S. 11 und 19). ee) In Anbetracht der gesamten Umstände liegen somit keine Hinweise vor, welche es rechtfertigen würden, über die im polydisziplinären BEGAZ- Gutachten vom 30. Dezember 2014 durch die Gutachter attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidens-

- 33 - angepassten Tätigkeit hinauszugehen, womit gemäss deren Einschätzung in einer leidensangepassten (leichten) vollschichtigen Tätigkeit von einer minimalen Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen ist. Dass der Beschwerdeführer den am 24. Februar 2017 abgeschlossenen Arbeitsvertrag mit der F.\_\_\_\_\_ AG (Aufgabengebiete: Umbau-, Fassaden-, Gips- und Trockenbauarbeiten) am 10. März 2017 wieder per sofort gekündigt hat, ändert nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem polydisziplinären BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014. Denn einerseits erfolgte der

Abschluss und die Kündigung des erwähnten Arbeitsvertrages vom 24. Februar 2017 erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 7. Oktober 2016 (vgl. dazu KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 99). Zum anderen ist fraglich, ob die entsprechende Arbeitsstelle im Baugewerbe überhaupt dem auch von der IV-Stelle, gestützt auf das BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 (vgl. IV-act. 50, S. 50), als zumutbar erachteten Tätigkeitsprofil einer körperlich leichten, ungefährlichen Verweistätigkeit entspricht (vgl. dazu Bf-act. 1, S. 5; IV-act. 85, S. 3). Somit kann der Beschwerdeführer aus seiner Kündigung dieses Anstellungsverhältnisses infolge "schwerer gesundheitlicher Probleme" nichts für sich ableiten, was die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Frage stellen würde.

d) Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das als voll beweiswertig zu betrachtende polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 schlüssig, nachvollziehbar, gestützt auf persönliche Untersuchungen des Beschwerdeführers, die Vorakten und unter Berücksichtigung der Anamnese und den geklagten Beschwerden zum Schluss kommt, dass dem Beschwerdeführer eine (leichte) leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 70 % zumutbar sei. Bei diesem Ergebnis kann auch dem Eventualantrag des Beschwerdeführers auf Rückweisung der vorliegenden Angelegenheit an die IV-Stelle zur Einholung eines neuen polydiszi-

- 34 - plinären Gutachtens nicht entsprochen werden, zumal nicht zu erwarten ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen würde (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). Wie nachfolgend in Erwägung 9 noch dargelegt wird, ist es vorliegend auch nicht entscheidend, ob nicht sogar von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit gemäss RAD-Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 12. März 2015, worauf sich die IV-Stelle beim Erlass der angefochtenen Verfügung abstützte, auszugehen ist. RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ging nämlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus, weil sich mit dem leichten Schweregrad des psychischen Störungsbildes keine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge (vgl. IV-act. 84, S. 10 f.). Denn so oder anders resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

9. a) Zur Bestimmung des Invalideneinkommens für das Jahr 2015 stützte sich die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 auf die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2012 (LSE 2012). Dabei zog sie die Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männlich, heran, was unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit und der Lohnentwicklung für die Jahre 2013 bis 2015 und bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 66'976.25 ergab. Beim Vergleich dieses Invalideneinkommens mit dem unbestrittenen Valideneinkommen für das Jahr 2015 in der Höhe von Fr. 69'807.55 resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 4 % (siehe Bf-act. 1, S. 4; IV-act. 58). Weiter legte die IV-Stelle dar, dass selbst wenn auf die im BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abgestellt würde, ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 32.84 % resultierte (siehe Bf-act. 1, S. 7; IV-act. 85, S. 5).

- 35 - b) Die Bestimmung des Invaliditätsgrades durch die IV-Stelle in Anwendung LSE 2012 wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Inwiefern die IV-Stelle die massgeblichen Grundsätze über die Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens (vgl. vorstehende Erwägung 3a) nicht beachtet hat, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt (vgl. für das Vorgehen der IV-Stelle zur Bestimmung des IV-Grades sowie der als zumutbar erachteten Arbeitsfähigkeit die

vorstehenden Erwägungen 9a sowie 8c und 8d). Ferner braucht auch nicht abschliessend geklärt zu werden, ob auf die Einschätzung gemäss BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 (ganztätig verwertbare, 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit) abzustellen ist oder der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit infolge des bloss leichten Schweregrades des psychischen Störungsbildes) zu folgen ist, woraus sich ab dem 31. Dezember 2014 ein rentenausschliessender IV-Grad von 4 % ergäbe (siehe Bf-act. 1, S. 4 f.; IV-act. 58). Denn es liegt auch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 % oder mehr vor, wenn auf die 70%ige Arbeitsfähigkeitseinschätzung gemäss dem BEGAZ-Gutachten vom 30. Dezember 2014 abgestellt würde. Denn wie die IV-Stelle zutreffend in der Begründung der angefochtenen Verfügung festgehalten hat, ergibt sich auch bei dieser Betrachtungsweise ab dem 31. Dezember 2014 ein rentenausschliessender IV-Grad von 33 %, womit ab dem 1. April 2015 ebenfalls kein Rentenanspruch mehr besteht (siehe Bf-act. 1, S. 7; IV-act. 85, S. 5). Im Ergebnis ist also die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2016 nicht zu beanstanden und erweist sich als rechtmässig. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2016 vollumfänglich zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. a) Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren - in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG - bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder

- 36 - Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens sind die Gerichtskosten von Fr. 700.-- grundsätzlich durch den unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. b) Bei diesem Prozessausgang bleibt aber das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung mit Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt MLaw Mark A. Glavas zu prüfen. Die Gemeinde Z. \_\_\_\_\_ gewährte dem Beschwerdeführer per April 2014 öffentliche Unterstützung (siehe Bestätigung der Gemeinde Z. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2016 über die öffentliche Unterstützung des Beschwerdeführers). Damit ist die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers grundsätzlich ausgewiesen. Ausserdem waren die Chancen des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren zu obsiegen, aufgrund der gesamten Umstände nicht von vornherein beträchtlich geringer als die Verlustgefahr. Sie können folglich nicht als kaum ernsthaft bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer ist zudem rechtsunkundig. Um seine Interessen auch im vorliegenden Verfahren wahren zu können, war er daher auf die Unterstützung eines Rechtsvertreters angewiesen. Im vorliegenden Fall sind folglich die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne von Art. 61 lit. f ATSG und Art. 76 VRG erfüllt (vgl. dazu statt vieler: BGE 138 III 217 E.2.2.4, 129 I 129 E.2.3.1, 125 V 201 E.4a, 122 I 267 E.2b; KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 173 ff.). Dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt MLaw Mark A. Glavas wird demnach stattgegeben. c) Folglich gehen die vom Beschwerdeführer zu tragenden Verfahrenskosten im Betrag von Fr. 700.-- zu Lasten der Gerichtskasse. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht in der Honorarnote vom 23. Dezem-

- 37 - ber 2016 einen Aufwand von Fr. 1'420.85 (Honorar: Fr. 1'265.-- [5.75 Stunden à Fr. 220.--], 4 % Barauslagen: Fr. 50.60, 8 % MWST: Fr. 105.25 [8 % von Fr. 1'315.60]) geltend. Dieser Aufwand erweist sich insofern als übersetzt, als unentgeltliche Rechtsvertreter gemäss Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der

Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) zu einem Stundenansatz von Fr. 200.-- zu entschädigen sind. Wird die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geforderte Entschädigung entsprechend berichtigt, resultieren Kosten von total Fr. 1'291.70 (Fr. 1'150.-- [5.75 Stunden à Fr. 200.--], 4 % Barauslagen: Fr. 46.--, 8 % MWST: Fr. 95.70 [8 % von Fr. 1'196.--]). Dieser Aufwand erscheint dem Gericht in Anbetracht der Bedeutung der vorliegenden Streitigkeit sowie der Schwierigkeit der zu beantwortenden Sach- und Rechtsfragen angemessen. Demzufolge ist Rechtsanwalt MLaw Mark A. Glavas für seine Bemühungen im vorliegenden Verfahren aus der Gerichtskasse mit Fr. 1'291.70 (inkl. Barauslagen und MWST) zu entschädigen. d) Wenn sich die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse des Beschwerdeführers gebessert haben und er hierzu in der Lage ist, hat er das Erlasene und die Kosten der Rechtsvertretung zu erstatten (Art. 77 VRG). e) Der obsiegenden IV-Stelle steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

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