

SO_GERICHTE VSKLA.2015.10 vom 17. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2015.10

FR: SO_GERICHTE VSKLA.2015.10 du 17 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSKLA.2015.10 del 17 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1960 geborene A.____ (im Folgenden: Kläger) arbeitete vom 1. Januar 2004 bis 30. Juni 2005 als Monteur bei der C.____, [...]. Am 22. April 2005 meldete er sich unter Hinweis auf ein chronisches pseudoradikuläres lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine Diskushernie L5/S1, muskuläre Dysbalance, Fehlhaltung und Verdacht auf chronische Periarthropathia humeroscapularis links, bestehend seit 17. September 2004, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Stadt führte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Daraufhin sprach sie dem Kläger mit rechtskräftigen Verfügungen vom 5. Juli 2007 von September bis Dezember 2005 eine ganze Rente und von Januar bis Mai 2006 eine halbe Rente zu (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 52 S. 2 ff.). Am 23. Mai 2007 nahm der Kläger bei seiner früheren Arbeitgeberin eine 50 %-Stelle als Chefmonteur/Werkstattchef an (Arbeitsvertrag vom 2. Mai 2007, IV-Nr. 59). Am 17. Oktober 2008 erlitt er einen Herzinfarkt, wobei im D.____ eine Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA) mit Stenteinlage erfolgreich durchgeführt werden konnte (IV-Nr. 69 S. 17 f.). In der Folge trat der Kläger am 1. Dezember 2008 eine Vollzeitstelle als Schlosser bei der Einzelunternehmung E.____, [...], an (IV-Nr. 73 S. 27 ff.). Berufsvorsorgeversichert war er bei der B.____, [...] (im Folgenden: Beklagte). Am 26. Oktober 2009 erlitt der Kläger einen zweiten Herzinfarkt, wobei erneut eine PTCA mit Stenteinlage vorgenommen wurde (Bericht des D.____ vom 30. Oktober 2009, IV-Nr. 69 S. 8 ff.). Im Weiteren wurde bei ihm am 10. Februar 2010 eine Resektion einer AV-Fistel im D.____ durchgeführt (IV-Nr. 69 S. 6. f.). Der Kollektivkrankentaggeldversicherer (F.____; im Folgenden: [...]) gewährte dem Kläger in der Folge Krankentaggelder im Zeitraum vom 25. November 2009 bis 25. Oktober 2011 (IV-Nr. 73 S. 4; Klagebeilage [KB] 14 bzw. Replikbeilage [RB]). Am 15. Juli 2011 löste der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger auf den 31. Oktober 2011 auf (KB 3).

1.2 Am 9. März 2010 meldete sich der Kläger erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Nr. 63 S. 2 ff.). Am 10. Mai 2010 nahm er eine Behandlung bei Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, auf (IV-Nr. 73 S. 14 f.). Vom 18. Oktober bis 5. November 2010 hielt er sich zur kardialen und psychosomatischen Rehabilitation in der H.____ auf (Austrittsbericht vom 8. November 2010, IV-Nr. 77 S. 2 ff.). Bereits mit Vorbescheid vom 4. Oktober 2010 hatte die IV-Stelle Basel-Stadt dem Kläger angekündigt, das Rentengesuch abzulehnen. Dazu äusserte sich der Kläger am 13. Oktober und 28. Dezember 2010 (IV-Nr. 81). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) erliess sie am 12. Januar 2011 eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IV-Nr. 83). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt mit Urteil vom 29. August 2011 (IV 2011.26) ab

(IV-Nr. 96 S. 2 ff.). Dieses Urteil wurde auf Beschwerde hin vom Bundesgericht mit Urteil vom 23. Januar 2012 (9C_727/2011) geschützt (IV-Nr. 103).

1.3. Vom 3. bis 30. November 2011 hielt sich der Kläger zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der I. ___ auf (IV-Nr. 104 S. 2 ff.). Am 30. Januar 2012 liess er bei der IV-Stelle Basel-Stadt ein neues Leistungsbegehren stellen (IV-Nr. 104 S. 1). Die IV-Stelle Basel-Stadt veranlasste daraufhin eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 31. August 2012 durchgeführt wurde (Gutachten vom 3. September 2012, IV-Nr. 116). Gestützt auf dieses Gutachten sprach die IV-Stelle dem Kläger nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. August 2013 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 84 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2012 zu (IV-Nr. 129).

1.4 Mit Schreiben vom 15. Oktober 2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, es bestehe für die eingetretene Invalidität keine Leistungspflicht der Beklagten aus der beruflichen Vorsorge. Nach erhobenem Einwand des Klägers vom 17. Oktober 2013, wonach gemäss dem Gutachten von Dr. med. J. ___ bereits ab Mai 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei und er in diesem Zeitpunkt noch bei der Beklagten versichert gewesen sei (vgl. Klageantwortbeilagen [KAB] 7), hielt die Beklagte mit Schreiben vom 10. Dezember 2013 erneut fest, eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Gesundheitsschädigung könnte frühestens ab November 2011 angenommen werden. Im November 2011 ■ und auch bereits im Mai 2010 - habe mit der Beklagten kein Versicherungsverhältnis mehr bestanden. Der Kläger habe ab November 2009 Krankentaggeldleistungen bezogen, welche nicht versichert seien. Es bestehe somit keine Leistungspflicht (KAB 8). Am 16. Dezember 2013 liess der Kläger der Beklagten mitteilen, der Gesundheitsschaden habe sich bereits während des Arbeitsverhältnisses ausgewirkt (KAB 9). Am 22. Januar 2014 liess der Kläger der Beklagten verschiedene Unterlagen zukommen (KAB 10). Mit Schreiben vom 25. Februar 2014 teilte die Beklagte dem Kläger mit, sie halte an ihrem Schreiben vom 10. Dezember 2013 vollumfänglich fest (KAB 11).

1.5 Im Rahmen eines im Juni 2014 von Amtes wegen veranlassten Revisionsverfahrens veranlasste die IV-Stelle Basel-Stadt ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten bei Dr. med. K. ___, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. J. ___, welches am 12. Dezember 2014 und 6. März 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 20. März 2015, IV-Nr. 147). Am 28. Juli 2015 teilte die IV-Stelle Basel-Stadt dem Kläger mit, es sei keine Veränderung festgestellt worden, die sich auf die Rente auswirke; es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Grad von 84 %; IV-Nr. 152).

E. 2

2.1 Die obligatorische Versicherung beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 1 BVG). Unter Vorbehalt von Art. 8 Abs. 3 BVG endet die Versicherungspflicht u.a., wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst oder der Mindestlohn unterschritten wird (Art. 10 Abs. 2 lit. b und c BVG). Für das Risiko der Invalidität bleibt der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert. Wird ein neues Vorsorgeverhältnis begründet, so ist die neue Vorsorgeeinrichtung zuständig (Art. 10 Abs. 3 BVG).

Sinkt der Jahreslohn vorübergehend wegen Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft oder aus ähnlichen Gründen, so behält der bisherige koordinierte Lohn

mindestens solange Gültigkeit, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach Art. 324a des Obligationenrechts (OR) bestehen würde (Art. 8 Abs. 3 1. Satzteil BVG).

Wird der Arbeitnehmer aus Gründen, die in seiner Person liegen, wie Krankheit, Unfall, Erfüllung gesetzlicher Pflichten oder Ausübung eines öffentlichen Amtes, ohne sein Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert, so hat ihm der Arbeitgeber für eine beschränkte Zeit den darauf entfallenden Lohn zu entrichten, sofern das Arbeitsverhältnis mehr als drei Monate gedauert hat oder für mehr als drei Monate eingegangen ist (Art. 324a Abs. 1 OR). Sind durch Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag nicht längere Zeitabschnitte bestimmt, so hat der Arbeitgeber im ersten Dienstjahr den Lohn für drei Wochen und nachher für eine angemessene längere Zeit zu entrichten, je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses und den besonderen Umständen (Art. 324 Abs. 2 OR). Durch schriftliche Abrede, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag kann eine von den vorstehenden Bestimmungen abweichende Regelung getroffen werden, wenn sie für den Arbeitnehmer mindestens gleichwertig ist (Art. 324a Abs. 4 OR).

2.2 Nach Art. 7 Abs. 1 BVG unterstehen Arbeitnehmer, die bei einem Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als CHF 21'150.00 (ab 1. Januar 2015) beziehen, ab 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres für die Risiken Tod und Invalidität, ab 1. Januar nach Vollendung des 24. Altersjahres auch für das Alter der obligatorischen Versicherung. Dieser Lohn entspricht dem massgebenden Lohn nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG). Der Bundesrat kann Abweichungen zulassen (Art. 7 Abs. 2 BVG).

Zum Erwerbseinkommen gehört, soweit nicht in den nachfolgenden Bestimmungen ausdrücklich Ausnahmen vorgesehen sind, das im In- und Ausland erzielte Bar- oder Naturaleinkommen aus einer Tätigkeit einschliesslich der Nebenbezüge (Art. 6 Abs. 1 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVV]). Nicht zum Erwerbseinkommen gehören u.a. die Versicherungsleistungen bei Unfall, Krankheit oder Invalidität, ausgenommen die Taggelder nach Art. 25 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) und nach Art. 29 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (Art. 6 Abs. 2 lit. b AHVV).

2.3 Das Vorsorgeverhältnis bzw. die Beitragspflicht dauert bis zum Ende des korrekt aufgelösten Arbeitsverhältnisses, nicht jedoch darüber hinaus, auch wenn der Anspruch auf Krankentaggelder noch nicht erschöpft ist. Das Vorsorgeverhältnis wird aber auch dann beendet, wenn der Mindestlohn gemäss Art. 7 BVG unterschritten wird (Art. 10 Abs. 2 lit. c BVG). In diesem Fall dauert das Arbeitsverhältnis fort, aber die Krankentaggelder, welche an die Stelle des Lohnes treten, erreichen den Schwellenwert von CHF 21'150.00 (seit 1. Januar 2015) nicht, weil die Krankentaggelder gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. b AHVV nicht zum massgebenden AHV-Lohn zählen und daher auch im Rahmen der zweiten Säule gemäss Art. 7 Abs. 2 BVG nicht versichert sind. In diesem Fall behält der koordinierte (bisherige) Lohn jedoch solange Gültigkeit und wird somit der Schwellenwert nicht unterschritten, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach Art. 324a OR dauern würde (Art. 8 Abs. 3 BVG); bis zum Ende dieser hypothetischen Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers (hypothetisch deshalb, weil der Arbeitgeber seiner Lohnfortzahlungspflicht durch Abschluss einer Krankentaggeldversicherung nachgekommen ist und deshalb die Krankentaggelder an die Stelle des Lohnes treten) dauert das Vorsorgeverhältnis fort. Nach Ende der hypothetischen Lohnfortzahlungspflicht enden das Vorsorgeverhältnis und die Beitragspflicht wegen Unterschreitens des

Mindestlohnes, obwohl das Arbeitsverhältnis (noch) nicht beendet ist (Mitteilungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die berufliche Vorsorge Nr. 84 vom 12. Juli 2005, Ziff. 485).

2.4 Gemäss Art. 3 Abs. 3 des Vorsorgereglements der Beklagten (gültig ab 1. Januar 2009; im Folgenden: Reglement; KB 4) bleibt der bisher versicherte Lohn gültig, wenn der Jahreslohn eines versicherten Arbeitnehmenden vorübergehend wegen Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit oder ähnlichen Gründen sinkt, solange eine Lohnfortzahlungspflicht der Firma besteht. Gemäss Art. 8 Abs. 4 des Reglements endet der Versicherungsschutz mit dem Austritt aus der Stiftung gemäss Art. 32 des Reglements. Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt die versicherte Person bis zur Begründung eines neuen Vorsorgeverhältnisses, längstens während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses, versichert. Die Stiftung wird unter den in diesem Reglement vorgesehenen Voraussetzungen leistungspflichtig, wenn der Vorsorgefall Alter, Invalidität oder Tod während der Dauer des Versicherungsschutzes eintritt. Bei Invaliditätsleistungen ist massgebend, ob die Person beim Eintritt der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, bei der Stiftung versichert war (Art. 8 Abs. 5 des Reglements).

Endet das Arbeitsverhältnis oder sinkt der Jahreslohn einer versicherten Person voraussichtlich dauernd unter den Mindestlohn gemäss BVG, ohne dass Leistungen gemäss diesem Reglement fällig werden, hat dies den Austritt aus der Stiftung zur Folge. Die austretende Person hat Anspruch auf die Austrittsleistung (Art. 32 Abs. 1 des Reglements).

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall trat der Kläger unbestrittenermassen am 1. Dezember 2008 eine Vollzeitstelle als Schlosser bei E.____ an (IV-Nr. 73 S. 27 ff.) und war ab diesem Zeitpunkt bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert. Am 26. Oktober 2009 erlitt er einen weiteren Herzinfarkt, worauf im D.____ erneut eine PTCA mit Stenteinlage und in der Folge eine Revision einer AV-Fistel vorgenommen werden mussten (IV-Nr. 69 S. 6 ff.). Ab dem 26. Oktober 2009 war er vollumfänglich arbeitsunfähig und bezog in der Folge Krankentaggelder der Taggeldversicherung des Arbeitgebers () im Zeitraum vom 25. November 2009 bis 25. Oktober 2011 (vgl. IV-Nr. 73 S. 4, KB 14 bzw. RB). Dies wird von keiner Seite bestritten. Demnach arbeitete der Kläger vom 1. Dezember 2008 bis zum 26. Oktober 2009, somit während rund 11 Monaten, bei der der Beklagten angeschlossenen Unternehmung. Infolge des erwähnten zweiten Herzinfarkts wurde er ohne sein Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert, weshalb eine Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Art. 324a OR für drei Wochen bestand (Art. 324a Abs. 1 und 2 OR). In Übereinstimmung mit der gesetzlichen Regelung sehen auch die Berner, die Basler und auch die Zürcher Skala während des ersten Dienstjahres eine Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers von drei Wochen vor (Jürg Brechbühl, in: Schneider/Geiser/Gächter, Handkommentar zum BVG und FZG, Art. 8 BVG, S. 216 Rz. 30 ff.). Aus den Akten ist nicht ersichtlich und es bestehen auch keine Hinweise, dass durch schriftliche Abrede, Normalarbeits- oder Gesamtarbeitsvertrag längere Zeitabschnitte bestimmt worden wären (vgl. Art. 324a Abs. 4 OR). Nachdem der Kläger am 26. Oktober 2009 letztmals gearbeitet hatte, lief die Lohnfortzahlungspflicht somit am 16. November 2009 ab. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand ein Vorsorgeverhältnis. Unter Berücksichtigung der einmonatigen Nachdeckungsfrist gemäss Art. 10 Abs. 3 BVG bestand demnach ein Versicherungsschutz des Klägers bis 16. Dezember 2009.

3.2 Dass das Arbeitsverhältnis vom Arbeitgeber erst auf den 31. Oktober 2011 aufgelöst wurde (vgl. KB 3), führt zu keinem längeren Versicherungsschutz zu Gunsten des Klägers. Infolge der am 26. Oktober 2009 eingetretenen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit sank der Jahreslohn vorübergehend, der bisherige koordinierte Lohn behielt aber solange Gültigkeit, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach Art. 324a OR bestand (Art. 8 Abs. 3 BVG), vorliegend somit bis zum 16. November 2009. Da die in der Folge ausgerichteten Krankentaggelder nicht zum massgebenden Lohn gehören (Art. 6 Abs. 2 lit. b AHVV; vgl. Jürg Brechbühl, a.a.O., Art. 8 BVG S. 213 Rz. 23) und in der beruflichen Vorsorge somit nicht versichert werden dürfen, wurde der BVG-Mindestlohn nach dem 16. November 2009 unterschritten, was die Beendigung des Vorsorgeverhältnisses zur Folge hatte, obwohl das Arbeitsverhältnis erst per 31. Oktober 2011 beendet wurde (vgl. Mitteilungen des BSV über die berufliche Vorsorge Nr. 84 vom 12. Juli 2005 Ziff. 485). Die einmonatige Nachdeckungsfrist (Art. 10 Abs. 3 BVG) führte zu einer Verlängerung des Versicherungsschutzes bis zum 16. Dezember 2009. Die einschlägigen Reglementsbestimmungen der Beklagten (Art. 3 Abs. 3, Art. 8 Abs. 4 und Art. 32) sehen nichts anderes vor. Wie die Beklagte zu Recht darauf hinweist, ist hinsichtlich der Klärung der Frage nach dem Anspruch auf eine Invaliditätsleistung nicht entscheidend, wann das Arbeitsverhältnis mit der Beklagten aufgelöst wurde, sondern zu welchem Zeitpunkt die Lohnfortzahlung geendet hatte. Nach dem Gesagten endete die Lohnfortzahlungspflicht am 16. November 2009 und ab dem 17. Dezember 2009 bestand kein Versicherungsschutz mehr für das Risiko Invalidität.

3.3 Der Kläger wendet ein, was unter der in Art. 3 Abs. 3 des Reglements erwähnten «Lohnfortzahlungspflicht» zu verstehen sei, müsse durch Auslegung des Reglements ermittelt werden. Die Auslegung des Reglements geschehe nach dem Vertrauensprinzip. Es seien dabei die den Allgemeinen Versicherungsbedingungen innewohnenden Besonderheiten zu beachten, namentlich die sogenannten Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregeln. Nach diesen Auslegungsgrundsätzen gelte es, ausgehend vom Wortlaut und unter Berücksichtigung des Zusammenhanges, in dem eine streitige Bestimmung innerhalb des Reglements als Ganzes stehe, den objektiven Vertragswillen zu ermitteln, den die Parteien mutmasslich gehabt haben. Dabei habe das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht sei, weil nicht angenommen werden könne, dass die Parteien eine unvernünftige Lösung gewollt hätten. Sodann seien mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten ihres Verfassers auszulegen. Nach Art. 324a Abs. 4 OR könne im Arbeitsvertrag eine von der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abweichende Regelung getroffen werden, wenn sie für den Arbeitnehmer mindestens gleichwertig sei. In der Praxis werde von dieser Möglichkeit regelmässig Gebrauch gemacht und eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen, die an die Stelle der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers trete. Die entsprechenden Versicherungsleistungen ersetzten also die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Dies bedeute, dass während dieser Zeit auch das Vorsorgeverhältnis weiter bestehen bleibe. Sinn der Bestimmung im Reglement sei es, den Arbeitnehmer vor einer Versicherungslücke zu schützen, die eintreten könnte, wenn er vorübergehend arbeitsunfähig sei. Dieser Schutz solle nicht etwa dadurch «ausgehelt» werden, dass nun ■ statt der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht ■ Taggeldleistungen erfolgten, denn in den meisten Arbeitsverträgen werde die gesetzliche Lohnfortzahlung durch entsprechende Versicherungsleistungen ersetzt. Die versicherte Person könne deshalb davon ausgehen, dass sie in einem Krankheitsfall mit entsprechendem Anspruch auf Krankentaggelder nicht

der Versicherungsdeckung der Vorsorgeeinrichtung für das Risiko einer Invalidität verlustig gehe, ansonsten sie von der Vorsorgeeinrichtung auf diesen Umstand ausdrücklich hingewiesen werden müsste (Replik, S. 4 f., Ziff. 9 f.).

Dem Kläger ist in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beklagten entgegenzuhalten, dass die Beklagte gemäss Art. 7 Abs. 2 BVG als Vorsorgeeinrichtung lediglich den massgebenden Lohn gemäss AHVG versichern darf. Eine Überschreitung dieses AHV-Lohnes ist nicht erlaubt. So stellt der AHV-Lohn die obere Grenze des versicherbaren Verdienstes dar (Vetter-Schreiber, BVG/FZG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 7 BVG N 8). Da die Krankentaggeldleistungen wie erwähnt keinen AHV-relevanten Lohn darstellen, können sie nicht versichert werden. Es gilt zu beachten, dass die Taggeldleistungen lediglich die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers ersetzen und keinen versicherten Lohn darstellen. Mindestens bis zum Ablauf der Lohnfortzahlungspflicht besteht dadurch das ursprüngliche Vorsorgeverhältnis weiter, was eine entsprechende Beitragspflicht von Arbeitgeber und Arbeitnehmer während des Taggeldbezuges nach sich zieht (Jürg Brechbühl, a.a.O., Art. 8 BVG, S. 217 f. Rz. 36). Reglementarische Bestimmungen können eine längere Frist oder eine Regelung vorsehen, die von der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers unabhängig ist (Jürg Brechbühl, a.a.O., Art. 8 BVG, S. 218 Rz. 39). Solche gehen aus dem Reglement der Beklagten jedoch nicht hervor. So sieht Art. 3 Abs. 3 vor, dass der bisher versicherte Lohn gültig bleibt, solange eine Lohnfortzahlungspflicht der Firma besteht. Sodann legt Art. 8 Abs. 4 fest, dass der Versicherungsschutz mit dem Austritt aus der Stiftung gemäss Art. 32 des Reglements endet, wobei die versicherte Person für das Risiko Invalidität längstens während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses versichert bleibt. Schliesslich bestimmt Art. 32, dass der Austritt aus der Stiftung erfolgt, wenn der Jahreslohn einer versicherten Person voraussichtlich dauernd unter den Mindestlohn gemäss BVG sinkt. Da der Wortlaut dieser Reglementsbestimmungen klar ist und keine andere Auslegung möglich ist, besteht kein Raum für eine Interpretation in dem Sinne, wie sie vom Kläger vorgenommen wird. Der Anspruch auf Beibehaltung des koordinierten Jahreslohns dauerte mindestens so lange wie die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers, im vorliegenden Fall somit bis zum 16. November 2009. Versicherungsschutz bestand bis zum 16. Dezember 2019.

E. 4

4.1 Nach der Rechtsprechung ist ein Entscheid der IV-Stelle für die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge verbindlich, sofern die Vorsorgeeinrichtung durch Eröffnung der entsprechenden Verfügung in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde und soweit die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war. Diese Bindungswirkung findet ihre positivrechtliche Grundlage in den Art. 23, 24 Abs. 1 und 26 Abs. 1 BVG, welche an die Regelung des IVG anknüpfen oder diese übernehmen. Die Orientierung an der Invalidenversicherung bezieht sich insbesondere auf die sachbezüglichen Voraussetzungen des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe und den Rentenbeginn. Mit der Bejahung der Bindungswirkung wird einerseits eine gewisse (nicht uneingeschränkte) materiellrechtliche Koordinierung zwischen erster und zweiter Säule angestrebt. Andererseits sollen die Organe der beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freigestellt werden (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69 mit Hinweis auf BGE 132 V 4 f. E. 3.2).

Im vorliegenden Fall wurde der Beklagten weder die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Basel-Stadt vom 20. August 2013, worin dem Kläger aufgrund eines ermittelten

Invaliditätsgrades von 84 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2012 zugesprochen wurde (IV-Nr. 129), noch der entsprechende Vorbescheid vom 17. April 2013 (IV-Nr. 122) zugestellt. Somit wurde die Beklagte nicht in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen und der Entscheid der IV-Stelle vom 20. August 2013 entfaltet für sie keine Bindungswirkung. Die Tatsache und der Zeitpunkt des Eintritts einer allfälligen relevanten Arbeitsunfähigkeit des Klägers ist demnach unabhängig vom vorerwähnten Entscheid der IV-Stelle zu prüfen.

4.2 Invalidenleistungen der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei welcher die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 lit. a BVG). Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit ist eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20 % betragen. Der Anspruch setzt zudem einen engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zwischen der während des Vorsorgeverhältnisses (einschliesslich Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus (Art. 28 und 29 IVG i.V.m. Art. 26 Abs. 1 BVG; Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2016 vom 12. Mai 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.3 Nach der Rechtsprechung ist unter relevanter Arbeitsunfähigkeit eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass der Versicherte an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2013 vom 24. Juli 2013 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Es ist vorliegend unbestritten, dass ausschliesslich bezüglich der psychischen Beschwerden des Klägers zu prüfen ist, ob allenfalls ein sachlicher Konnex vorliegen könnte, weil die Einschränkungen aufgrund des Herzinfarktes nur vorübergehend und somit nicht rentenwirksam waren (vgl. Klage, S. 6 f. Ziff. 11 ff.; Replik, S. 7 Ziff. 16). Somit ist im Folgenden zu prüfen, ob bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes am 16. Dezember 2009 eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers wegen eines psychischen Gesundheitsschadens eingetreten ist, welcher in der Folge zu der von der IV-Stelle Basel-Stadt festgestellten Invalidität geführt hat.

5.1 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. G. ____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 29. Juli 2010 beim Kläger folgende

Diagnosen: «Mittel- bis schwere depressive Episode mit intermittierend auftretenden Suizidgedanken (ICD-10 F32.2), Panikstörung (ICD-10 F41.0)». Im Weiteren hielt sie fest, die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe am 10. Mai 2010 im Rahmen einer Krisensituation begonnen, nachdem der Kardiologe gemäss den Angaben des Patienten ihm gegenüber geäussert habe, dass keine kardiologische Erkrankung vorliege, welche die Beschwerden erklärten. Im Vordergrund des klinischen Bildes hätten sich beim ersten Gespräch ausgeprägte Angstsymptome und phonisches Vermeidungsverhalten gezeigt, ausserdem ein ausgeprägter sozialer Rückzug, sodass er am Familienleben kaum noch teilnehme. Die Freizeitaktivitäten beschränkten sich auf gelegentliches Spaziergehen. Seine Ressourcen (Ausbildung, Berufserfahrung, Intelligenz) könne er krankheitsbedingt nicht nutzen. Die Belastbarkeit sollte erheblich reduziert sein. Im Weiteren berichte er über starke Müdigkeit und Energielosigkeit, er sei traurig, nervös, wertlos, habe den Faden in seinem Leben verloren, habe keine Freude und keine Interessen mehr. Spontan gebe er an, er würde sich umbringen und seine Ruhe damit finden.

Der vorgealtert wirkende Patient sei leicht ungepflegt. Er bewege sich langsam und hinkend. Er zeige viel Trauer, wirke verzweifelt und hoffnungslos, weine während des Gesprächs. Er erzähle seine Leidensgeschichte etwas umständlich. Es bestünden ausgeprägte negative und pessimistische Zukunftsperspektiven. Panikartige Angstzustände seien vorhanden. Es bestehe ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Es bestehe eine Störung der Vital- und der Insuffizienzgefühle. Es sei ein sozialer Rückzug festzustellen und der Antrieb sei vermindert. Suizidgedanken seien vorhanden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, beim Patienten imponierten schwerwiegende somatische und psychische Erkrankungen. Aktuell sei der Patient aus psychiatrischer Sicht arbeitsunfähig und behandlungsbedürftig. Eine Besserung des psychischen Zustandes durch regelmässige Medikamenteneinnahme und wahrgenommene Psychotherapie, ambulant aber auch stationär, sei zu erwarten (IV-Nr. 73 S. 14 f.).

5.2 Vom 18. Oktober bis 5. November 2010 hielt sich der Kläger in der H.____ auf, wobei folgenden Diagnosen gestellt wurden: «1. Koronare 2-Gefässerkrankung, St.n. PCI/Stenting der RCX wegen STEMI am 17.07.2008, St.n. PCI/Stenting des RD2 wegen NSTEMI am 27.10.2009, leicht eingeschränkte systolisch LV-Funktion (EF 50 %); 2. Postinterventionelle AV-Fistel inguinal rechts, St.n. operativer Resektion und PTA von 2 Stenosen der A. femoralis superficialis am 10.02.2010, ausgeprägtes Schmerzsyndrom durch Läsion des N. genitofemoralis rechts, 3. Diskushernie L4/5 mediolateral rechts (MRI 10/10), bei degenerativen LWK-Veränderungen». Als kardiovaskuläre Risikokonstellation wurden Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie sowie ein persistierender Nikotinabusus angegeben. Zum Verlauf des Rehabilitationsprogramms wurde ausgeführt, die Einweisung des Patienten sei zur kardialen und psychosomatischen Rehabilitation bei ausgeprägtem Schmerzsyndrom des rechten Oberschenkels nach operativer Revision einer postinterventionellen AV-Fistel inguinal rechts im Februar 2010 erfolgt. Bei Eintritt habe der Patient über starke brennende Schmerzen vor allem im ventralen Bereich des rechten Oberschenkels sowie über lumbale Schmerzen geklagt. Wegen dieser Schmerzen könne er nicht mehr in seinem erlernten Beruf als Schlosser arbeiten, weshalb ihm der Verlust des Arbeitsplatzes drohe. Ausserdem habe der Patient eine starke psychosoziale (familiäre) Belastung, insbesondere wegen seines seit Geburt kranken Sohnes, beklagt. Im klinischen Status habe sich ein 50-jähriger Patient in gutem Allgemein- und etwas übergewichtigem Ernährungszustand gezeigt. Er sei mit zwei Unterarmgehstöcken mobil gewesen.

Kardiopulmonal sei der Patient kompensiert gewesen, normokard und normoton. Im Bereich der lumbosakralen Wirbelsäule habe sich ein deutlicher Druckschmerz gezeigt, zudem habe der Patient Schmerzen und eine Hypästhesie im Bereich des rechten Oberschenkels bis auf Kniehöhe angegeben. Die Muskeleigenreflexe seien unauffällig gewesen, die Fusspulse symmetrisch und palpabel.

Der Patient sei ins kardiologische Rehabilitationsprogramm, insbesondere zur Mobilisierung und zur Rekonditionierung bei chronischem Schmerzsyndrom, nicht zuletzt auch mit dem Ziel, auf die Unterarmgehstöcke verzichten zu können, integriert worden. Leider sei der Patient, wahrscheinlich im Rahmen seiner durch die chronischen Schmerzen bedingten emotionalen Anspannung, nicht leicht zu trainieren gewesen; er habe nur sehr zögerlich Fortschritte gemacht. Es sei ein Termin für ein psychiatrisches Konsilium bei Dr. med. L. ____, Leitende Ärztin Psychosomatik im Hause, organisiert worden, zu welchem der Patient jedoch nicht erschienen sei. Er habe sich selbstständig nach Austritt wieder bei seiner behandelnden Psychiaterin melden wollen, bei welcher er schon früher in Behandlung gewesen sei. Medikamentös sei die Dosis von Lyrica und Efexor gesteigert worden. Neu sei diese Medikation mit Zyprexa kombiniert worden, damit der Patient zumindest nachts weniger durch seine Schmerzen gestört werde. Konsiliarisch sei zudem die Kontaktaufnahme zu PD Dr. med. M. ____, Leitender Arzt Neurologie und Schlafmedizin im Hause, erfolgt. Die von ihm vorgeschlagene intensivierete intravenöse Schmerztherapie habe das Verschwinden des Brennens im Bereich des Oberschenkels gebracht, jedoch kein gänzlichliches Sistieren der Schmerzen. Immerhin habe der Patient in dieser Zeit das einzige Mal im ganzen Rehabilitationsverlauf auf seine Unterarmgehstöcke verzichtet. Die kardiale Medikation sei weitgehend unverändert weitergeführt worden. Eine Ergometrie habe schmerzbedingt nicht durchgeführt werden können. Im 6-Minuten-Gehtest habe der Patient beim Eintritt 238 m erreicht, beim Austritt 260 m, jeweils an zwei Unterarmgehstöcken. Echokardiographisch habe sich eine leicht eingeschränkte systolische LV-Funktion (EF 50 %) bei Hypo- bis Akinesie posterior basal bis medial sowie Hypokinesie lateral gezeigt. Der Patient habe die Klinik am 5. November 2010 in gebessertem Allgemeinzustand verlassen. Dem Patienten sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Oktober bis 15. November 2010 attestiert worden, danach habe eine Reevaluation durch die nachbehandelnde Ärzteschaft zu erfolgen (IV-Nr. 77 S. 2 ff.).

5.3 Dr. med. G. ____ hielt in ihrem Bericht vom 11. Dezember 2010 im Wesentlichen fest, der Patient habe drei Wochen in der H. ____ verbracht, wo er wegen eines ausgeprägten Schmerzsyndroms des rechten Oberschenkels, nach operativer Revision einer postinterventionellen AV-Fistel, inguinal rechts, am 10. Februar 2010 durch Prof. N. ____ zur kardialen und psychosomatischen Rehabilitation eingewiesen worden sei. Der Patient habe den Eindruck, dass ihm die stationären Therapien nicht geholfen hätten. Er leide nach wie vor unter starken brennenden Schmerzen im rechten Bein, Rückenschmerzen, habe Bewegungsschwierigkeiten, verspüre immer Angst, sei angespannt, unsicher, habe keine Energie und sei müde. Die Freude sei verloren gegangen. Die panikartigen Ängste mit diversen körperlichen Erscheinungen (Brustschmerz, Erstickungsgefühl, verschwommenes Sehen, Schwindel), die er nach dem ersten operativen Eingriff entwickelt habe, würden immer noch vorkommen. Aktuell zeige der Patient eine reduzierte psychische wie auch physische Belastbarkeit. Er leide an starken Versagensängsten. Bereits bei der Vorstellung, wieder seine angestammte Tätigkeit ausüben zu müssen, habe er massive Ängste, die er noch nicht überwinden könne. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe auch

wegen des Schmerzsyndroms und der Antriebsverminderung. Der Patient sollte mit einer Arbeit von zwei bis drei Stunden pro Tag beginnen können. Er sollte nicht unter quantitativen bzw. qualitativen Stress gesetzt werden. Auch bei einer angepassten Tätigkeit müsste mit einem reduzierten zeitlichen Arbeitspensum gerechnet werden. Durch weitere regelmässige ärztliche Behandlung könne noch ein wesentlich besseres Heilergebnis erzielt werden. Die bisherige Medikation sei beizubehalten, eventuell anzupassen. Eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung sei erforderlich. Die Prognose sei zum jetzigen Zeitpunkt unklar (IV-Nr. 86 S. 3 f.).

5.4 Die IV-Stelle Basel-Stadt erliess am 12. Januar 2011 eine Verfügung, worin sie den neu geltend gemachten Anspruch des Klägers auf Invalidenleistungen verneinte. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe im März 2010 ein neues Leistungsgesuch gestellt. Die medizinischen Abklärungen hätten nun aber gezeigt, dass keine neuen Diagnosen mit Auswirkung auf die ab Juni 2006 zugemutete ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit festgestellt worden seien. Somit sei auch weiterhin von einem unverändert rentenausschliessenden Invaliditätsgrad auszugehen. Auch die weiteren medizinischen Abklärungen hätten klar ergeben, dass nicht von einer andauernd verschlechterten gesundheitlichen Situation auszugehen und auch weiterhin eine ganztägige Erwerbstätigkeit in adaptierter Hilfstätigkeit zumutbar sei (IV-Nr. 83).

Den Erwägungen im Urteil vom 29. August 2011 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Basel-Stadt (IV 2011.26) kann im Wesentlichen Folgendes entnommen werden (IV-Nr. 96 S. 2 ff.; Entscheidungsgründe, S. 4 ff. Ziff. 4.4.3 und 4.5):

«4.4.3. Gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Berichte kann ausserdem angenommen werden, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in einer leidensangepassten leichten Tätigkeit nicht zusätzlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Diesbezüglich fällt namentlich ins Gewicht, dass er den Termin für ein psychiatrisches Konsilium in der H.____ nicht wahrgenommen hat. Dies lässt darauf schliessen, dass der Leidensdruck nicht sehr gross ist. Der Beschwerdeführer rügt, die psychischen Beschwerden hätten sich verstärkt; denn die H.____ habe neu Zyprexa verordnet (vgl. S. 7 der Beschwerde). Dem ist zu entgegnen, dass anhand der Medikation nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden kann. Im Übrigen wird Zyprexa im Bericht des D.____, Abteilung Psychosomatik, vom 5. April 2011 nicht (mehr) aufgeführt (vgl. S. 2 des Berichtes). Auf den Bericht von Dr. G.____ vom 11. Dezember 2010 (IV-Akte 84, S. 3 f.) ist nicht abzustellen. Insbesondere kann die von der behandelnden Psychiaterin angeführte Diagnose einer mittelschweren bis schweren Depression nicht recht nachvollzogen werden. Dagegen spricht insbesondere, dass der Beschwerdeführer ■ wie erwähnt ■ den Termin für ein psychiatrisches Konsilium in der H.____ nicht wahrgenommen hat. Überdies fällt auf, dass sich der Beschwerdeführer nicht in der Nähe seines Wohnortes behandeln lässt (vgl. dazu die Stellungnahme des Regionalärztlichen Dienstes vom 20. Oktober 2010; IV-Akte 72, S. 2). Mit Bezug auf die Einschätzung Dr. G.____ ist schliesslich auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3a/cc mit Hinweisen).

4.5 Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folglich bis zum massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (12. Januar 2011) insgesamt nicht in relevanter Art und Weise verschlechtert hat, hat die Beschwerdebeklage zu Recht einen Rentenanspruch verneint.»

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 23. Januar 2012 (9C_727/2011) im Wesentlichen Folgendes fest (IV-Nr. 103; Erwägungen, S. 3 ff. Ziff. 4.3):

«4.3 Was den psychischen Gesundheitszustand angeht, ist unbestritten, dass der Versicherte nach den zwei Herzinfarkten und namentlich im Anschluss an den Eingriff vom 10. Februar 2010 (operative Revision einer Fistel), dessen Verlauf «suboptimal» kommuniziert wurde, «psychisch deutlich mitgenommen» war (Bericht des Prof. Dr. med. N.____ vom 22. September 2010). Die von der behandelnden Frau Dr. med. G.____ am 29. Juli 2010 diagnostizierte mittel bis schwere depressive Episode mit intermittierend auftretenden Suizidgedanken (ICD-10 F32.2) sowie die Panikstörung (ICD-10 F41.0) konnten aber insbesondere im Rahmen der Hospitalisation des Beschwerdeführers in der H.____ vom 18. Oktober bis 5. November 2010 nicht bestätigt werden (Austrittsbericht vom 8. November 2011). Im Übrigen begründete auch Frau Dr. med. G.____ die von ihr attestierte Arbeitsfähigkeit («der Patient [sollte] mit 2-3 Stunden am Tag arbeiten beginnen können») am 11. Dezember 2010 nurmehr mit einer reduzierten psychischen (wie auch physischen) Belastbarkeit, starken Versagensängsten, einem Schmerzsyndrom und Antriebsverminderung. Die am 29. Juli 2010 erhobenen Diagnosen finden sich in diesem Schreiben nicht mehr. Wenn die Vorinstanz auch in Würdigung der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, vom 1. Dezember 2010, welche festhielt, die von Frau Dr. med. G.____ am 29. Juli 2010 prognostizierte Verbesserung unter medikamentöser Therapie möge mittlerweile eingetreten sein, in psychischer Hinsicht ebenfalls nicht von einer anspruchsbegründenden Verschlechterung ausging, verletzte sie kein Bundesrecht».

5.5 Dr. med. G.____ hielt in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2011 folgende psychiatrische Diagnosen fest: «Mittelgradige depressive Episode (F32.0), Panikstörung (F41.0) DD spezifische Phobie, Agoraphobie (ICD-10 F40.0), Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren». Im Weiteren wurde angegeben, beim Patienten bestehe eine mittelgradige depressive Episode, welche von einer Panikstörung begleitet werde. Durch seine kardiologische Erkrankung fühle sich der Patient stark eingeschränkt und beängstigt. Obwohl er kardiologisch versorgt werde, berichte er über häufigen Schwindel, Herzrasen und gelegentlich Herzdruckgefühl. Ausserdem bestünden störende Kopf- und Rückenschmerzen und Schmerzen im Bein. Der Patient erzähle spontan über Unfälle mit tödlichem Ausgang, welche seine Mitarbeiter in der Fabrik erlitten hätten; die Bilder der Ereignisse würden noch immer im Schlaf vorkommen.

Im Weiteren führte die behandelnde Psychiaterin aus, der 51-jährige Patient sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Merkfähigkeit seien im klinischen Gespräch unauffällig. Der Patient gebe an, an Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zu leiden. Es seien keine Hinweise auf formale Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Befürchtungen oder Zwänge festgestellt worden. Im klinischen Gespräch sei er offen und freundlich. Angesprochen auf seine Herzerkrankung, Untersuchungen und Behandlungen durch den Kardiologen reagiere er gereizt. Die Aussage des Kardiologen, dass er eine «schwache Herzpumpe» habe, gleichzeitig aber ein gesunder Mann sei, obwohl er Beschwerden habe (Erstickungsgefühl, nahestehender Tod etc.), mache ihn verrückt. Was die Rückenschmerzen und die Schmerzen im rechten Bein betreffe, gehe er von einer somatischen Ursache aus. Die affektive Symptomatik erfülle die Kriterien einer mittelgradig depressiven Episode. Die körperlichen Symptome wie Herzklopfen, Atemnot und Schwindel wiesen auf eine

Panikstörung hin, differentialdiagnostisch komme eine spezifische Phobie (Herzinfarkt) in Frage. Die Vermeidung verschiedener Situationen (z.B. Kaufhäuser, Menschenmengen) weise zudem auf eine Agoraphobie hin. Der Patient sei allgemein durch seine Symptomatik sehr stark belastet.

Ferner wurde ausgeführt, der Patient komme regelmässig und pünktlich zu vereinbarten Terminen, mache mit und habe motiviert werden können, die stationäre Behandlung in der I.____ wahrzunehmen. Lebensgeschichtliche Konflikte seien in ihrer Relevanz zur aktuellen Situation (behinderter Sohn, Scheidung von der an einer Psychose leidenden zweiten Ehefrau, verlorener Kontakt mit der Tochter aus der ersten Beziehung, Konkurs der eigenen Firma etc.) bearbeitet und die ängstlich-depressive Symptomatik sei reduziert worden. Auch der Umgang mit den Schmerzen sei behandelt worden. Nach einer anfänglichen Besserung des Zustandes habe die Behandlung über weite Strecken stagniert. Der Patient ziehe sich immer wieder zurück und sei nur langsam aus einem Zustand der Hilflosigkeit geraten. Der Patient habe den Eindruck, dass ihm die stationäre Behandlung in der H.____ nicht geholfen habe. Allerdings sei keine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Beim Patienten seien schwerwiegende psychische und somatische Beschwerden vorhanden. Die abhängigen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge erschwerten den Ressourcenaufbau des Patienten und hemmten die Progression der Behandlung im ambulanten Bereich. Der tagesstrukturierende Milieuwechsel und die flexiblen Krisen- und Überwachungsmöglichkeiten im stationären Rahmen würden massgeblich zur Symptomentlastung des Patienten beitragen. Um eine ausreichende Symptomreduktion zu erreichen und einer Rezidivbildung vorzubeugen, sei eine stationäre Behandlung daher fachlich indiziert. Bei einer ausreichend langen Behandlungsdauer sei von einer grundlegend günstigen Prognose auszugehen (IV-Nr. 111 S. 11 ff.).

5.6 Vom 3. bis 30. November 2011 hielt sich der Kläger zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der I.____, Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation, auf. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode (ICD-10: F32.1); 2. Somatisierungsstörung; 3. Diabetes mellitus Typ 2; 4. Status nach Myokardinfarkt 7■08, 10■09». Im Weiteren wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei der Aufnahme habe der Patient von schweren depressiven Beschwerden, starken Rücken-, Kopf- und Knieschmerzen, Beschwerden im Leistenbereich rechts, Schwindel sowie von ausgeprägten krankheitsbezogenen Ängsten und Panik hinsichtlich eines Herz- und Hirninfarkts berichtet. Er sei erschöpft, verzweifelt und «sein Leben sei zerstört». Ebenso habe er ausgeprägte Schlafstörungen und Albträume. Er habe in den Jahren 2008 und 2009 zwei Herzinfarkte erlitten und sei seitdem in seinem Beruf als Schlosser und Monteur arbeitsunfähig. Des Weiteren schildere er eine Leisten-Operation. Hinsichtlich psychischer Belastungsfaktoren habe er von belastenden Bedingungen während seiner Jugend in Bosnien, von der Scheidung seiner ersten Ehe, der Muskelkrankheit seines Kindes und dem Tod seiner Schwester infolge einer Herzerkrankung berichtet. Schliesslich bestehe aktuell ein eskalierter Paarkonflikt in seiner zweiten Ehe. Er verhalte sich seiner Ehefrau gegenüber oft «aggressiv» und erleide häufiger einen «Kontrollverlust». Seine Ehefrau erwäge eine Trennung. Aufgrund der erlebten Perspektivlosigkeit in Bezug auf seinen Schmerzzustand sowie seine beruflichen Möglichkeiten habe er in den vergangenen Monaten auch suizidale Gedanken entwickelt.

Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, beim Patienten liege eine komplexe Schmerzsymptomatik vor, welche aufgrund der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit mit Existenzängsten ausgeprägte depressive Beschwerden begünstige. Die Trennungsabsicht der Ehefrau und die Behinderung des Sohnes seien erschwerende Faktoren. Im Rehabilitationsverlauf seien lediglich sehr geringe Fortschritte erkennbar gewesen. Der medizinische Verlauf sei hauptsächlich durch eine Medikamentenumstellung gekennzeichnet gewesen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 104 S. 2 ff.).

5.7 Dr. med. G. ___ gab im Arztbericht vom 11. Mai 2012 an, ihre ambulante Behandlung erfolge seit dem 10. Mai 2010 bis auf weiteres. Die Prognose sei ungewiss, die Zeitdauer der psychischen Fehlentwicklung spreche gegen eine wesentliche Verbesserungsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 10. Mai 2010. Es seien eine Panikstörung und sozialen Phobien festzustellen. Die depressive Symptomatik habe mittelgradige Ausprägung. Wegen der Angststörung mit begleitender Depressivität bestehe eine Restarbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht gab die behandelnde Psychiaterin verschiedene medizinische Berichte wieder (IV-Nr. 111 S. 2 ff.).

5.8 Dr. med. P. ___, FMH Physikalische Medizin, gab in ihrem Bericht vom 16. Mai 2012 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an: «Depressive Störung gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode; Koronare Herzkrankheit mit 2-Gefäss-Erkrankung, St.n. PTCA und Stent 09, 08; Chron. lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Discushernie L5/S1 und Protrusion L4/5; Chron. cervicocephales und Cervicovertebralsyndrom bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen, Osteochondrose C3/4, C4/5 mit foraminaler Einengung rechts und möglicher Beeinträchtigung Nervenwurzel C4/C5 rechts; Schwindel unklarer Genese; Metatarsalgien bds. bei Spreizfussdeformität; Osteolytische Läsion occipital rechts mit Beteiligung der Tabula interna im Sinne ausgeweiteter Pacchioni-Granulationen; Chron. PHS bds. bei St.n. Schulteroperationen bds.; Läsion der Nervus femoralis superficialis re. bei St.n. Operation einer AV-Fistel; Periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium II b re., St.n. PTA von zwei Stenosen im Bereiche der arterio femoralis superficialis re. 02/10; Gonarthrose li.; Diabetes mellitus Typ 2». Im Weiteren gab Dr. med. P. ___ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Oktober 2009 bis auf weiteres an. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Es handle sich um chronifizierte Rückenschmerzen mit rezidivierenden lumboradikulären Reizsymptomen mit Wurzelbeteiligung L5 bds.. Neuerdings seien auch beträchtliche Cervicalgien mit stark eingeschränkter Beweglichkeit der HWS bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS vorhanden. Es bestünden permanente Dysästhesien und brennende Sensationen am lateralen Oberschenkel rechts bei iatrogener Läsion des Nervus femoris lateralis. Nebenbei bestünden belastungsabhängige Schmerzen des rechten Knies und beider Schultergelenke. Seit dem Herzinfarkt bestehe eine zunehmende depressive Entwicklung mit Angstzuständen, wobei er in psychiatrischer Behandlung stehe.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, aktuell könne dem Patienten bezüglich der Rückenschmerzen und der depressiven Entwicklung keine Arbeit zugemutet werden (IV-Nr. 114).

5.9 Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 3. September 2012 (Untersuchung vom 31. August 2012) folgende Diagnosen fest:

«Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.2), somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand sei das letzte Mal im Jahr 2006 psychiatrisch beurteilt worden. Damals sei kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angenommen worden, man habe eine leichte Anpassungsstörung und eine somatoforme Schmerzstörung feststellen können. Immerhin sei es dem Exploranden gelungen, wieder einer vollwertigen Arbeit nachzugehen, wobei er im Oktober 2008 einen Myokardinfarkt erlitten habe, der erfolgreich mit einem Stent behandelt worden sei. Er habe in der Folge auch eine Arbeit fortgesetzt bis zu einem zweiten kardialen Ereignis im Oktober 2009. Danach habe er sich nicht mehr in der Lage gefühlt zu arbeiten. Im Mai 2010 habe er dann eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen.

Zusammenfassend müsse festgestellt werden, dass der Explorand offensichtlich schon seit Jahren unter einer Körperschmerzsymptomatik leide, zumindest sei sie schon im Jahr 2006 im Rahmen einer IV-Anmeldung gutachterlich beurteilt, doch nicht als limitierend eingestuft worden. Dem Exploranden sei es gelungen, wieder eine Arbeit aufzunehmen und weiterzuführen, nachdem er im Oktober 2008 einen ersten Myokardinfarkt erlitten habe. Seit einem zweiten Myokardinfarkt im Oktober 2009 fühle er sich allerdings dazu nicht mehr in der Lage. Es mache sich dann eine zunehmende affektive Problematik bemerkbar, worauf er psychiatrische Hilfe in Anspruch nehme. Die Angaben in den Unterlagen seien teilweise etwas schwierig nachzuvollziehen. Primär werde von Dr. med. G.____ eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit Panikstörung angenommen, schliesslich im Bericht vom Dezember 2010 zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 2 bis 3 Stunden angenommen. Von der Psychosomatik des D.____ sei dann im April 2011 zwar eine mittelgradige depressive Episode erwähnt, doch ein relativ unauffälliger Explorand im Psychostatus beschrieben worden, was nicht so recht zu einer derartigen affektiven Störung passe. Offensichtlich sei vor allem auf die subjektiven Angaben eingegangen oder mehr Wert auf die Darstellung der Schmerzsituation gelegt worden. Es sei auch zum damaligen Zeitpunkt nicht recht nachvollziehbar, weswegen eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, insbesondere könne die Schwere der psychischen Störung nicht nachvollzogen werden. Eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustandes werde dann erst im Austrittsbericht der I.____ vom Dezember 2011 angegeben, wo der Explorand im November 2011 hospitalisiert gewesen sei. Ein etwa gleichbleibender Zustand sei dann von der behandelnden Psychiaterin im Mai 2012 ebenfalls bestätigt worden und könne auch heute vorgefunden werden. So wie sich der Explorand heute präsentiere, müsse eine mindestens mittelschwere depressive Störung oder gar auch schwere depressive Störung angenommen werden, denn es bestehe doch eine gravierende Einschränkung, die sich auch in den Befunden widerspiegle. Des Weiteren liege eine Schmerzstörung vor, die aus somatischer Sicht nicht hinreichend nachvollzogen werden könne. Man finde auch nicht eigentliche körperliche Faktoren, wodurch wenigstens ein Teil der Beschwerden erklärt werden könnte. Es müsse eine hintergründige psychische Problematik angenommen werden, welche ursächlich bei der Entstehung dieser Beschwerden eine grosse Rolle gespielt habe, weswegen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigt werden könne. Sicher sei ursprünglich teilweise eine somatische Störung vorhanden gewesen, weswegen differentialdiagnostisch eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Gründen in Betracht gezogen werden könne. Zusätzlich finde sich die schon in den Unterlagen erwähnte zunehmende soziale Isolierung, respektive das

Rückzugsverhalten, was teilweise auf Ängste zurückgeführt werden müsse, wodurch der Explorand auch gewisse Situationen mit Menschenansammlungen meide, was einer agoraphobischen Tendenz entspreche. Des Weiteren bestätige er auch panikartige Zustände zwei- bis dreimal wöchentlich, die jeweils einige Minuten anhielten. Insgesamt müsse daher von einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes seit 2006 ausgegangen werden.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. J.____ fest, so wie sich der Explorand heute präsentiere, müsse er als mittelschwer bis schwer depressiv eingestuft werden, denn es bestehe ein massiver Rückzug, er sei starkvermindert belastbar, affektiv kaum mehr erreichbar und psychomotorisch beeinträchtigt. Auch dürften sich im Verlaufe des Tages kognitive Schwierigkeiten einstellen, zudem gelinge es ihm nicht adäquat, mit den körperlichen Beschwerden umzugehen. Im zwischenmenschlichen Bereich habe er ebenfalls grosse Schwierigkeiten, sich adäquat zu verhalten. Es sei daher anzunehmen, dass er in diesem Zustand für jede Tätigkeit mindestens zu 80 % eingeschränkt sei. Es sei allerdings schwierig, den Verlauf zu beurteilen. Seit Mai 2010 stehe der Explorand in einer ambulanten psychiatrischen Therapie, wobei die Schwere der psychischen Störung etwas relativiert werden müsse, denn es werde von der Psychosomatik des D.____ im April 2011 im Psychostatus ein kaum auffälliger Explorand beschrieben, einzig dass er etwas gereizt reagiere, wenn er auf die aktuelle Situation und frühere Untersuchungen angesprochen werde. Aus diesen Gründen könne allenfalls angenommen werden, dass eine mittelschwere depressive Episode doch nicht in schwerwiegendem Ausmass vorgelegen sei, möglicherweise eine beginnende Panikstörung und Agoraphobie und die Körperschmerzen. Dies dürfte auch zur Folge haben, dass wohl zumindest zum damaligen Zeitpunkt, wie ja auch von der behandelnden Psychiaterin angegeben worden sei, zumindest stundenweise eine Tätigkeit möglich gewesen wäre. In der Regel sei bei einem derartigen psychischen Zustandsbild anzunehmen, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen müsste. Die höhere Einschränkung durch die behandelnde Ärztin lasse sich dadurch erklären, dass sie eher zu Gunsten ihres Patienten die Einstufung vorgenommen habe. Demnach sei ab Mai 2010 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Eine Vertiefung der psychischen Störung werde dann erst anlässlich der Hospitalisation in der I.____ im November 2011 beschrieben, weswegen die 80%ige Einschränkung ab diesem Datum anzunehmen sei.

Der Explorand stehe in einer ambulanten psychiatrischen Therapie, doch falle auf, dass er sehr passive Bewältigungsstrategien aufweise. Unter den gegebenen Umständen sei es daher kaum möglich, mit ambulanten Massnahmen eine relevante Besserung zu erzielen. Andererseits müsse auch bedacht werden, dass mittlerweile ein prolongierter Verlauf bestehe. Dennoch erscheine es empfehlenswert, zumindest noch einmal einen stationären psychiatrischen Behandlungsversuch durchzuführen. Inwieweit der Explorand tatsächlich davon profitieren könne, sei allerdings unsicher. Angesichts der Behinderungsüberzeugung und des aktuellen Zustandes des Exploranden seien berufliche Massnahmen zum jetzigen Zeitpunkt nicht nutzbringend durchführbar. Es zeige sich eine zunehmende psychische Destabilisierung und Regression mit insuffizienten Bewältigungsstrategien, weswegen die Prognose als insgesamt ungünstig eingestuft werden müsse. Es sei zu befürchten, dass mittlerweile eine Chronifizierung eingetreten sei (IV-Nr. 116).

5.10 RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 7. September 2012 fest, gemäss dem Verlaufsgutachten von Dr. med. J.____ vom 3. September 2012 bestehe bei jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von

50 % von Mai 2010 bis Oktober 2011 und eine solche von 80 % ab November 2011. Das Verlaufsgutachten von Dr. med. J. ___ sei medizinisch nachvollziehbar. Es sei zu einer relevanten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands gekommen, sodass ab Mai 2010 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Ab November 2011 bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. J. ___ habe sich mit der anderen Beurteilung des Schweregrades der Depression und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausführlich auseinandergesetzt und seine Beurteilung aufgrund der erhobenen Befunde begründet. Im Vordergrund stehe die mittelschwere bis schwere depressive Episode, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränke (IV-Nr. 117 S. 2 ff.).

5.11 Im Rahmen eines im Juni 2014 von Amtes wegen aufgenommenen Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle verschiedene Arztberichte ein. Dr. med. P. ___ hielt in ihrem Bericht vom 26. Juni 2014 im Wesentlichen fest, sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit seien dem Kläger nicht zuzumuten. Langes Sitzen, Stehen oder Gehen seien ihm nicht zuzumuten (IV-Nr. 134).

5.12 Dr. med. G. ___ hielt in ihrem Verlaufsbericht (Gesundheitszustand des Patienten seit August 2013) vom 29. Juli 2014 fest, der Kläger befinde sich weiterhin ununterbrochen in kardiologischer, rheumatologischer und psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung. In dieser Zeit hätten seine beiden Söhne das Elternhaus verlassen. Obwohl sie beide volljährig seien, leide der Patient stark darunter, auch wenn ein Sohn behindert sei. Er mache sich deswegen Vorwürfe. Intermittierend würden Suizidgedanken auftreten. Er wolle dagegen ankämpfen. Einen Suizidversuch habe er nie unternommen. Seit längerem bestünden Ängste, aufgrund der Herzerkrankung plötzlich sterben zu müssen. Panikattacken seien vorhanden. Alleinbleiben in kleinen Räumen, den Lift benutzen, in der Menschenmenge zu sein etc. vermeide er weiterhin. Es werde mit dem Patienten wieder eine stationäre Behandlung thematisiert.

Der Patient berichte über innerliche Unruhe und zwanghafte Beschäftigung mit der Angst vor dem plötzlichen Tod. Trotz regelmässiger Medikamenteneinnahme leide er weiterhin an Ein- und Durchschlafstörungen und Schuldgefühlen wegen der Disharmonie in der Familie. Er halte sich für wertlos und unnützlich. Durch seine kardiologische Erkrankung fühle er sich weiterhin stark eingeschränkt und beängstigt. Er fühle sich einsam, sein Bekanntenkreis werde immer kleiner und die meiste Zeit verbringe er alleine. Er berichte über Rückenschmerzen und Schmerzen im rechten Bein. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «Depressive Störung, chronischer Verlauf, zeitweise mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.11; ICD-10 F32.2), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken (ICD-10 F42.0), Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren». Zur Arbeitsfähigkeit hielt die behandelnde Psychiaterin fest, sie schliesse sich der Beurteilung von Dr. med. J. ___ an. Eine Chronifizierung sei eingetreten und durch weitere Massnahmen könne eine Besserung nicht erwartet werden. Allenfalls sei mit dem Patienten eine stationäre Behandlung diskutiert worden und er sei bereit, diese wahrzunehmen (IV-Nr. 136).

5.13 Dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. K. ___ und J. ___ vom 20. März 2015 kann entnommen werden, dass der Kläger am 12. Dezember 2014 rheumatologisch und am 6. März 2015 psychiatrisch begutachtet wurde. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (ICD-10 M54.5), anamnestisch St.n. lumboradikulärem Schmerz- und Reizsyndrom S1 links, anamnestisch breitbasige mediane nach kaudal luxierte

subligamentäre Diskusprotrusion L4/L5, mässige Spondylarthrosen L3/L4 und L5/S1 gemäss MRT der LWS vom 14.07.2010, beginnende Osteochondrose und Spondylose betont L2/L3 (konventionelles Röntgen LWS vom 12.12.2014), Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie muskuläre Dysbalance und Insuffizienz vom Beckengürteltyp, Chronifizierungsproblematik mit Schmerzfehlverarbeitung, Selbstlimitierung und Schmerzausweitungstendenz; 2. Chronisches thoracovertebrales Schmerzsyndrom, Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie muskuläre Dysbalance vom Schulter-/Nackengürteltyp, akut exazerbiert im Rahmen medio-links lateraler Discushernie Th5/6 (MRI BWS vom 25.11.2014); 3. Chronische Leistenschmerzen rechts, St.n. operativer Resektion einer postinterventionellen AV-Fistel sowie PTA von 2 Stenosen Arteria femoralis superficialis 02/2010, chronisches Schmerzsyndrom bei anamnestisch Läsion Nervus genito-femoralis rechts sowie V.a. mögliche Adhäsionen; 4. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1); 5. Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die weiteren Diagnosen (1. Chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom mit Schmerz-ausweitung und Halbseitenkörperhypästhesie links im Rahmen von obgenannten Diagnosen 1 ■ 3; 2. Chronische koronare 2-Gefässerkrankung) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der Konsensbeurteilung wurde angegeben, dem Exploranden sei vorwiegend aufgrund einer psychischen Symptomatik eine ganze Rente zugesprochen worden. Es gehe nun darum, eine Verlaufsbeurteilung zu erstellen, wobei auch die körperliche Symptomatik berücksichtigt werden müsse, da der Explorand entsprechende Beschwerden angebe. Aus rheumatologischer Sicht könne ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bestätigt werden, wobei neu eine thoracovertebrale Schmerzproblematik hinzugetreten sei. Neu finde man auch chronifizierte Leistenschmerzen rechts. Die Schmerzangabe müsse als teilweise inadäquat und nicht nachvollziehbar beurteilt werden. Es könne bestätigt werden, dass der Explorand aufgrund der körperlichen Befunde vermindert körperlich belastbar sei, doch eine adaptierte Tätigkeit sollte ihm möglich sein. Aus psychiatrischer Sicht könne eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik beobachtet werden. Die Agoraphobie, die in der Vergangenheit noch eine Rolle gespielt habe, lasse sich heute nicht mehr nachweisen. Die in den Unterlagen erwähnte Zwangsstörung könne ebenfalls nicht in hinderlichem Ausmass begründet werden. Weiterhin müsse aufgrund der psychischen Symptomatik eine Überlagerung der Körperbeschwerden angenommen werden wie bereits in der Vergangenheit. Es sei demnach aus rein psychiatrischer Sicht seit 2012 eine leichte Verbesserung eingetreten, wodurch auch begründet werden könne, dass dem Exploranden zumindest wieder in Teilzeit eine Tätigkeit möglich sein sollte.

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, körperlich belastende Tätigkeiten seien aufgrund der körperlichen Problematik nicht mehr möglich. Eine leichte körperliche Tätigkeit sei zu 70 % möglich. Hinderlich wirke sich noch die psychische Symptomatik aus, wo insgesamt eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit anzunehmen sei. Es sei demnach bis zur aktuellen Gutachtenserteilung von einer weiterhin vollen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Symptomatik auszugehen, seit März 2015 sei dem Exploranden eine halbtägige körperlich adaptierte Tätigkeit wieder möglich. Der Explorand sollte sich dringend vermehrt aktivieren und auch das Rauchen sistieren. Therapeutische Massnahmen scheiterten allerdings aufgrund der mangelnden Kooperation, weshalb man insgesamt keine weiteren therapeutischen Empfehlungen

machen könne. Die Prognose müsse tendenziell als eher ungünstig eingestuft werden, eine relevante Besserung sei künftig nicht zu erwarten (IV-Nr. 147).

E. 6

6.1 Aufgrund der oben (unter E. II. 5. hiervor) wiedergegebenen medizinischen Berichte ist davon auszugehen, dass während der Arbeitstätigkeit des Klägers bei E. ___ im Zeitraum vom 1. Dezember 2008 bis zum Ende des Versicherungsschutzes am 16. Dezember 2009 kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers eingetreten war. Es besteht kein Hinweis, dass der Kläger in diesem Zeitraum eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen erlitten hatte. So nahm der Kläger eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. G. ___ erst im Mai 2010 im Rahmen einer Krisensituation auf (vgl. Bericht vom 29. Juli 2010; IV-Nr. 73 S. 14). Dies wird vom Kläger nicht bestritten (vgl. Klage, S. 6 f. Ziff. 12 und 18; Replik, S. 2 f. Ziff. 3 f.). Dass diese psychische Störung nicht erheblich und von Dauer war, muss aufgrund des Austrittsberichts der H. ___ vom 8. November 2010 angenommen werden, wurde doch während der kardialen und psychosomatischen Rehabilitation vom 18. Oktober bis 5. November 2010 keine psychiatrische Diagnose gestellt. Der Kläger beklagte damals lediglich eine psychosoziale (familiäre) Belastung, insbesondere wegen seines seit Geburt kranken Sohnes. Ein organisierter Termin für ein psychiatrisches Konsilium bei der Leitenden Ärztin für Psychosomatik wurde vom Kläger nicht wahrgenommen (IV-Nr. 77 S. 3). Die RAD-Ärztin Dr. med. O. ___ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 7. Januar 2011 dahingehend, an ihrer bisherigen Beurteilung habe sich mit dem Klinikaufenthalt des Klägers in der H. ___ ■ trotz der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin ■ nichts geändert. Im Austrittsbericht der H. ___ sei als Befund lediglich eine emotionale Anspannung festgestellt worden (IV-Nr. 82). Dementsprechend wies die IV-Stelle Basel-Stadt das Leistungsbegehren des Klägers mit Verfügung vom 12. Januar 2011 ab (IV-Nr. 83). Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt kam auf die dagegen erhobene Beschwerde hin in seinem Urteil vom 29. August 2011 zum Schluss, gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Berichte könne angenommen werden, dass der Kläger aus psychiatrischer Sicht in einer leidensangepassten leichten Tätigkeit nicht zusätzlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Auf den Bericht von Dr. med. G. ___ vom 11. Dezember 2010 könne nicht abgestellt werden (IV-Nr. 96 S. 9). Schliesslich erwog das Bundesgericht in seinem Urteil vom 23. Januar 2012, es sei unbestritten, dass der Kläger nach den zwei Herzinfarkten und namentlich im Anschluss an den Eingriff vom 10. Februar 2010 (operative Revision einer Fistel) «psychisch deutlich mitgenommen» gewesen sei (Bericht des Prof. Dr. med. N. ___ vom 22. September 2010). Die von der behandelnden Psychiaterin am 29. Juli 2010 diagnostizierte mittel- bis schwere depressive Episode mit intermittierend auftretenden Suizidgedanken (ICD-10 F32.2) sowie die Panikstörung (ICD-10 F41.0) habe man aber insbesondere im Rahmen der Hospitalisation des Klägers in der H. ___ nicht bestätigen können. Im Übrigen habe auch Dr. med. G. ___ die von ihr attestierte Arbeitsfähigkeit am 11. Dezember 2010 nurmehr mit einer reduzierten psychischen (wie auch physischen) Belastbarkeit, starken Versagensängsten, einem Schmerzsyndrom und Antriebsverminderung begründet. Die am 29. Juli 2010 erhobenen Diagnosen finde man in diesem Schreiben nicht mehr (9C_727/2011, IV-Nr. 103 S. 6 E. 4.3). Demnach wurde vom Bundesgericht mit vorerwähntem Urteil bereits verbindlich festgestellt, dass bis zum Verfügungszeitpunkt vom 12. Januar 2011 kein psychischer Gesundheitsschaden des Klägers mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten war.

6.2 Das vom Kläger am 30. Januar 2012 veranlasste Revisionsverfahren (vgl. IV-Nr. 104) schloss die IV-Stelle Basel-Stadt mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. August 2013 ab, worin sie dem Kläger aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 84 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2012 zusprach (IV-Nr. 129). Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf das von ihr angeordnete psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. ___ vom 3. September 2012 (Untersuchung vom 31. August 2012), worin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) diagnostiziert und festgestellt worden war, der Kläger stehe seit Mai 2010 in einer ambulanten psychiatrischen Therapie, wobei die Schwere der psychischen Störung etwas relativiert werden müsse. Es könne angenommen werden, dass eine mittelschwere depressive Episode nicht in schwerwiegendem Ausmass vorgelegen sei, möglicherweise eine beginnende Panikstörung und Agoraphobie. In der Regel sei bei einem derartigen psychischen Zustandsbild anzunehmen, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen müsste. Demnach sei ab Mai 2010 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Eine Vertiefung der psychischen Störung werde dann erst anlässlich der Hospitalisation in der I. ___ im November 2011 beschrieben, weswegen die 80%ige Einschränkung ab diesem Datum anzunehmen sei (IV-Nr. 116 S. 8 f.).

Nach dem (unter E. II. 6.1 hiervor) Gesagten ist die Beantwortung der Frage, ob auf die von Dr. med. J. ___ attestierten Arbeitsunfähigkeiten von 50 % ab Mai 2010 und 80 % ab November 2011 abzustellen wäre, nicht entscheidend, bestand doch - wie erwähnt - ein berufsvorsorglicher Versicherungsschutz des Klägers durch die Beklagte lediglich bis zum 16. Dezember 2009. Demnach ist unbeachtlich, ob im Mai 2010 und im November 2011 eine relevante Änderung des psychischen Gesundheitszustands des Klägers eingetreten war. Der Gesundheitszustand des Klägers hatte sich bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 12. Januar 2011 insgesamt nicht in relevanter Art und Weise verschlechtert, was vom Bundesgericht mit Urteil vom 23. Januar 2012 bestätigt wurde (IV-Nr. 103). Es besteht somit kein Anlass, von dieser Einschätzung abzuweichen, zumal auch Dr. med. J. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 3. September 2012 selber feststellte, es sei schwierig, den Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (IV-Nr. 116 S. 8). Das im Rahmen des im Juni 2014 veranlasste bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. K. ___ und J. ___ vom 20. März 2015 führt diesbezüglich zu keinen neuen Erkenntnissen. Wie erwähnt, genügt eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nicht für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes (E. II. 4.3 hiervor).

6.3 Nach dem Gesagten ist bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes am 16. Dezember 2009 kein psychischer Gesundheitsschaden eingetreten, weshalb nicht von einer relevanten Arbeitsunfähigkeit wegen eines psychischen Leidens ausgegangen werden kann. Ein sachlicher Konnex ist somit zu verneinen. Demnach hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Invalidenrente der Beklagten. Die Klage ist somit abzuweisen.

E. 7

7.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Klägers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beklagten (§ 58 des [kantonalen] Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz; BGS 124.11] i.V.m. Art. 106 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]).

Der Kläger steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege, soweit die Prozesskosten den Betrag von CHF 1'000.00 übersteigen (Verfügung vom 17. Dezember 2015; A.S. 42). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Klägers hat am 22. Dezember 2016 eine Kostennote eingereicht. Darin macht er einen Zeitaufwand von 25 Stunden sowie Auslagen von insgesamt CHF 187.80 geltend.

Zunächst ist festzuhalten, dass ausschliesslich der im versicherungsgerichtlichen Klageverfahren entstandene Aufwand zu entschädigen ist. Der vom Rechtsvertreter des Klägers für den Zeitraum vom 25. September 2013 bis 3. August 2015 geltend gemachte vorprozessuale Aufwand kann nicht berücksichtigt werden. Im Weiteren ist reiner Kanzleiaufwand (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen und nicht separat zu entschädigen. Dazu gehören insbesondere auch die Positionen «Schreiben an Klient» von in der Regel 10 Minuten, bei welchen praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird. Demnach können folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 1. September 2015 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 25. September 2015 (Schreiben an Klient; 15 Minuten), 23. Oktober 2015 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 27. Oktober 2015 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 21. Dezember 2015 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 25. Januar 2016 (Orientierungskopie an Klient; 10 Minuten), 27. Januar 2016 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 22. Februar 2016 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 15. März 2016 (Schreiben an Klient; 10 Minuten), 18. April 2016 (Schreiben an Klient; 10 Minuten) und 20. Dezember 2016 (Schreiben an Versicherungsgericht; 10 Minuten). Das Studium und die Besprechung des Urteils mit der Klientschaft kann mit einer Stunde abgegolten werden. Demnach beläuft sich der zu berücksichtigende Zeitaufwand auf insgesamt 15 Stunden und 15 Minuten, d.h. 15,25 Stunden. Im Weiteren können für das vorliegende Verfahren als Auslagen 208 Kopien zu CHF 0.50, somit CHF 104.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 des Gebürentarifs [GT; BGS 615.11]), sowie Porti von CHF 52.10, somit Auslagen von insgesamt CHF 156.10, entschädigt werden. Unter Berücksichtigung des Stundenansatzes von CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 GT) und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 3'133.20 (Honorar von CHF 2'745.00, Auslagen von CHF 156.10, MwSt. von CHF 232.10). Damit übersteigen die Prozesskosten den Betrag von CHF 1'000.00 um CHF 2'133.20. Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Kläger zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der obsiegenden Beklagten ist als Sozialversicherungsträgerin nach dem allgemeinen sozialversicherungsrechtlichen Prozessgrundsatz keine Parteientschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150 f.; Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 3. Aufl., 2013, S. 279 Ziff. 7.6 mit Hinweisen).

7.2 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren in der Regel kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Nicolai Fullin, Advokat, wird auf CHF 2'133.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Kläger zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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