

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 30

## Entscheid vom 11. Juli 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw D.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (geboren am \_\_\_\_\_ 1961, geschieden seit 2008, Vater von 2 zwischenzeitlich erwachsenen Kindern) hat in einem Treuhandbüro eine kaufmännische Berufsausbildung absolviert und sich beruflich weitergebildet (Revisorenschule, Organisationsschulung). Bis 1989 war er in einem Treuhandbüro und bis 1999 in einer Anwaltskanzlei erwerbstätig; anschliessend war er Geschäftsführer und Teilhaber der im Schuhverkauf tätigen A.\_\_\_\_\_ in Zürich (vgl. IV-act. 22). Mit Urteil vom 23. Mai 2012 hat der Konkursrichter des Bezirksgerichts Zürich über die A.\_\_\_\_\_ den Konkurs eröffnet (IV-act. 28-2/5). Am 30. Mai 2012 ging bei der IV-Stelle Schwyz eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein (IV-act. 1).

**B.** Vom 14. März 2012 bis zum 10. Mai 2012 hielt sich C.\_\_\_\_\_ in der Psychiatrischen Klinik Zugersee auf; die Klinikärzte stellten folgende Diagnose: "F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom" (IV-act. 36-2/8). Eine zweite Hospitalisation in der gleichen Klinik folgte vom 23. Mai 2012 bis 27. Juli 2012 (IV-act. 36-5/8). Im Rahmen der Abklärungen erstattete der RAD-Psychiater Dr.med. E.\_\_\_\_\_ am 13. Dezember 2013 ein psychiatrisches Konsilium (inkl. Untersuchung vom 10.12.2013, vgl. IV-act. 48). Zudem veranlasste die IV-Stelle eine neuropsychologische Untersuchung bei lic.phil. F.\_\_\_\_\_ (Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Bern) mit Gutachten vom 3. Februar 2014 (IV-act. 54). Vom 28. November 2013 bis zum 6. März 2014 hatte sich C.\_\_\_\_\_ im Therapiezentrum Meggen aufgehalten (IV-act. 58). Am 3. Juli 2014 teilte die IV-Stelle mit, dass Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (IV-act. 67). Am 5. Januar 2015 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Arbeitstraining an einem Testarbeitsplatz bei der Firma B.\_\_\_\_\_ und gewährte ein Taggeld (IV-act. 81 bis 85). Diese Eingliederungsmassnahme wurde an sich am 30. Juli 2015 bis 7. Januar 2016 verlängert (IV-act. 94), allerdings war der Arbeitgeber mit dem Verhalten von C.\_\_\_\_\_ im Team nicht zufrieden, weshalb der Arbeitsversuch am 31. Juli 2015 abgebrochen wurde (IV-act. 104-3/4).

**C.** Am 4. November 2015 erteilte die IV-Stelle erneut eine Kostengutsprache für einen Arbeitsversuch an einem neuen Testarbeitsplatz bei der Firma U.\_\_\_\_\_ im Bereich Treuhand "Immobilienbewirtschaftung und Finanzverwaltung" (zunächst bis 25.1.2016, vgl. IV-act. 107 bis 110). Am 22. Januar 2016 bewilligte die IV-Stelle eine Verlängerung dieser Eingliederungsmassnahme um weitere 3 Monate (IV-act. 120). Am 1. April 2016 vereinbarten die Firma U.\_\_\_\_\_ sowie C.\_\_\_\_\_ eine unbefristete Festanstellung, welche ab 26.

April 2016 auf ein 50%-Pensum festgelegt wurde (vgl. IV-act. 126 i.V.m. 128-3/3 in fine).

**D.** Zur Klärung der Leistungsansprüche veranlasste die IV-Stelle am 7. Juli 2016 eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (IV-act. 138). Der Begutachtungsauftrag wurde der V. \_\_\_\_\_ zugewiesen (IV-act. 141), welches das polydisziplinäre Gutachten am 12. Dezember 2016 erstattete (IV-act. 145). Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2017 teilte die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 147). Dagegen erhob C. \_\_\_\_\_ am 20. Februar 2017 vorsorglich Einwände und ersuchte um eine längere Frist (IV-act. 152). Innert der erstreckten Frist ergänzte die zwischenzeitlich von C. \_\_\_\_\_ beigezogene Rechtsanwältin die Einwände und forderte die IV-Akten zur Einsichtnahme an. Zudem wurde u.a. ein Antrag auf unentgeltliche Verbeiständung gestellt (IV-act. 154), welcher im ergänzten Einwand-Schreiben vom 4. Juli 2017 erneuert wurde (IV-act. 157-2/67). Mit Verfügung vom 29. November 2017 hat die IV-Stelle die beantragte unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren abgelehnt (IV-act. 159). Eine dagegen am 19. Januar 2018 erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2018 4 vom 14. März 2018 abgewiesen.

**E.** Nach einer Würdigung der medizinischen Akten veranlasste der konsultierte RAD-Arzt eine Rückfrage bei den MEDAS-Gutachtern (IV-act. 160-7/7, 161). Die Antwort des MEDAS-Psychiaters folgte am 18. Januar 2018 (IV-act. 162). Am 2. und 6. Februar 2018 liess C. \_\_\_\_\_ der IV-Stelle weitere medizinische Unterlagen einreichen (IV-act. 164, 165), welche vom RAD-Arzt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ W. \_\_\_\_\_ am 8. Februar 2018 ausgewertet wurden (IV-act. 169-8/8). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 16. Februar 2018 sinngemäss, dass kein rentenbegründender IV-Grad bestehe und deswegen das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

**F.** Gegen diese am 22. Februar 2018 eingegangene Verfügung liess C. \_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig mit Eingabe vom 3. April 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16.2.2018 aufzuheben und diese anzuweisen, dem Beschwerdeführer eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrads von mindestens 67% auszurichten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16.2.2018 aufzuheben und diese anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Gleichzeitig beantragte er für das verwaltungsgerichtliche Verfahren die unentgeltliche Prozessführung sowie die unentgeltliche Rechtsverteidigung.

Mit Vernehmlassung vom 30. April 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Dazu äusserte sich der Beschwerdeführer in einer Eingabe vom 9. Mai 2018. Am 14. Mai 2018 folgte eine kurze Stellungnahme der IV-Stelle.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

**1.2** Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.3** Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit (ganz oder teilweise) Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu

bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

**1.4** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

**1.5.1** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

**1.5.2** In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 9C\_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C\_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des

Bundesgerichts 9C\_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.6** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

**2.** Aus den vorliegenden Akten sind hinsichtlich gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Versicherten und dem zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**2.1** Der Versicherte, welcher im Jahre 1991 geheiratet hatte und im Februar 1995 Vater eines Sohnes (X.\_\_\_\_\_) und im Dezember 1997 Vater einer Tochter (Y.\_\_\_\_\_) geworden war, wies nach eigenen Angaben seit 2004 eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation auf, welche vom Oberarzt der Klinik Zugersee Dr.med. H.\_\_\_\_\_ und vom Assistenzarzt med.pract. I.\_\_\_\_\_ Z.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 10. August 2012 zum Klinikaufenthalt des Versicherten (23.5.2012 bis 27.7.2012) wie folgt umschrieben wurde (IV-act. 19-2/6):

Ab 2004 erhebliche psychosoziale Belastungssituationen (Trennung von Ehefrau und Kindern, geschäftliche Turbulenzen, Missbrauch der Tochter durch neuen Partner der Ehefrau...) mit intermittierender, depressiv gefärbter Erschöpfung. Seit 2009 mit Unterbrüchen 'übermässiger' Alkoholkonsum.

Erste stationäre Behandlung in der PK Zugersee vom 14.03.-10.05.2012 wegen unkontrolliertem Alkoholkonsum, depressiver Erschöpfung, Schlafstörungen, Alpträumen, innerer Unruhe. Hauptbelastungsfaktor war berufliche Überforderung mit drohender Insolvenz.

(...)

Herr C.\_\_\_\_\_ berichtete zum Eintrittszeitpunkt am 23.05.2012, er habe nach 12-jähriger Selbständigkeit den Konkurs (2 Schuhgeschäfte) angemeldet. Aufgrund der ganzen Anstrengungen (3x richterliche Vorstellung) und Probleme einen Alkoholorückfall erlitten. Eine weitere schlechte Nachricht sei gewesen, dass er überraschenderweise auch sein Online-Geschäft aufgeben habe müssen, auch diese Aussichten seien nun 'begraben'. Er wolle in der Klinik wieder 'zu Kräften kommen', sich neu orientieren, nach 30-jähriger Berufstätigkeit sei er ausgepowert.

(...)

Diese Klinikärzte stellten folgende Diagnosen (IV-act. 19-2/6):

Mittelgradige depressive Episode ICD10 F32.1 (ca. seit Dez. 2011)

Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent ICD10 F10.20 (ca. seit 2009)

## Cluster Kopfschmerz G44 (langjährig)

Für die Dauer des Klinikaufenthaltes veranschlagten die Klinikärzte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Prognostisch gingen sie davon aus, dass unter fortgeführter Alkoholabstinenz und ausreichender Behandlung der depressiven Episode der Versicherte wieder voll arbeitsfähig werden sollte (IV-act. 19-4/6).

**2.2** Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie, Diesldorf) nahm im Auftrage der Taggeldversicherung Helsana am 11. Dezember 2012 eine "fachvertrauliche Untersuchung" vor. In seinem Bericht vom 15. Dezember 2012 stellte er die Diagnose einer anhaltenden leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), DD depressive Anpassungsstörung nach langer psychosozialer Überlastung beruflich und privat (ICD-10 F43.21, IV-act. 50-15/29 unten). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit attestierte Dr.med. J. \_\_\_\_\_ aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; es bedürfte sicherlich noch einiger Zeit (wahrscheinlich mehrere Monate) zur Stabilisierung und weiteren Remission der Depression, um im Vollbesitz seiner Kräfte sich beruflich neu orientieren zu können (IV-act. 50-20/29 unten).

**2.3** In einem Bericht, welcher bei der IV-Stelle am 24. Dezember 2012 einging, stellte die Hausärztin Dr.med. K. \_\_\_\_\_ AA. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie von Cluster headache (IV-act. 30-1/7). Zum aktuellen Zustand führte sie u.a. aus, der (damals) 51-jährige Patient sei freundlich, im Affekt schwingungsfähig, keine Denkstörungen, eher wieder Hoffnung schöpfend, was die Zukunft anbelange. Er beklage immer noch Konzentrationsstörungen; die Cluster-Kopfschmerzen seien unter Dauertherapie ebenfalls deutlich in den Hintergrund getreten. Aktuell veranschlagte die Hausärztin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit ging die Hausärztin davon aus, dass der maximale Belastungsumfang 4h pro Tag (mit Pause) umfasse; es sei fraglich, ob der Patient weiterhin eine selbständige Tätigkeit ausführen könne (IV-act. 30-1ff./7).

**2.4** Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie FMH, AB. \_\_\_\_\_), welcher den Versicherten seit 27. Juli 2012 behandelt, ergänzte in einem Bericht vom 13. März 2013 an die IV-Stelle die bereits bekannten Diagnosen (siehe Erw. 2.1) mit "ADHS des Erwachsenen F90.0" (seit Kindheit, vgl. IV-act. 31-2/5 Ziff. 1.1). In seinem Befund führte er aus (IV-act. 31-3/5, Ziff. 1.4).

Sehr unruhig, ungeduldig, nervös, Konz. schnell erschöpft, Stimmung sehr instabil, wenig Antrieb, Trauer, nicht belastbar, verletztlich, verunsichert.

**2.5** Am 9. November 2013 wurde der Versicherte infolge eines erstmaligen tonisch klonischen Krampfanfalls vom Rettungsdienst ins Spital Schwyz gebracht. Dort trat auf der Notfallstation ein weiterer Anfall auf, welcher im Rahmen der getroffenen Abklärungen als Entzugskrampfanfall interpretiert wurde. Der Versicherte hatte angegeben, seit Januar 2012 die Trinkmenge reduziert und noch ca. 0.4 l Wodka pro Tag getrunken zu haben (am Einweisungstag hatte der Versicherte noch nichts getrunken, vgl. IV-act. 50-25/29 oben). Im neurologischen Untersuchung durch Dr.med. M. \_\_\_\_\_ und im durchgeführten EEG zeigten sich keine Auffälligkeiten. Am 21. November 2013 wurde der Versicherte in gebesserem Allgemeinzustand für einen stationären Entzug in einer Einrichtung in Meggen aus dem Spital Schwyz entlassen (IV-act. 50-26/29 oben).

**2.6** Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (RAD-Arzt/ Psychiatrie und Psychotherapie FMH) nahm eine Auswertung der medizinischen Akten vor und untersuchte den Versicherten am 10. Dezember 2013. In seinem psychiatrischen Konsilium stellte er folgende Diagnosen (IV-act. 48-5/6):

F10 Alkoholabhängigkeit

- Dringender Verdacht auf alkoholbedingte, hirnorganische, kognitive und mnestiche Defizite, persistierend unter gut vierwöchiger Alkoholabstinenz unter stationären Bedingungen
- bei angeblich normalem Schädel-MRI
- St.n. tonisch-klonischem Krampfanfall am 9.11.13 wegen Alkoholentzugs, mit postiktalem Delirium
- Leber-Steatose
- Mit zeitweiliger depressiver Symptomatik, aktuell höchstens leichtgradig ausgeprägt

Z73.1 Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen

Die depressive Symptomatik wurde bis auf weiteres im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit gesehen und nicht als eigene Diagnose erfasst (vgl. IV-act. 48-6/6 oben, mit Verweis auf das Ausschlusskriterium Alkohol). In der Beurteilung führte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ u.a. was folgt aus (IV-act. 48-4f./6):

Bei dem 52-jährigen Versicherten besteht eine gewisse hereditäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen. Sein Vater sei nach der Trennung von der Mutter alkoholabhängig geworden und habe sich im Alter von 53 Jahren mit Medikamenten suizidiert. Bei der Schwester ist aufgrund der Schilderung von deren Lebensgestaltung eine gewisse Persönlichkeitspathologie zu vermuten. (...)

Dank seiner Intelligenz und gewisser narzisstischer Züge war der V. bis rund 2010 beruflich sehr erfolgreich. Allerdings habe er während Jahren sehr viel gearbeitet, weshalb sich er und seine Ehefrau auseinander gelebt hätten; sie trennten sich um rund 2004. Er arbeitete sich zum Buchhalter, zum Revisor und zuletzt zum Finanzchef eines grossen Anwaltsbüros empor. Schliesslich trat er in das Schuhgeschäft seiner Schwiegermutter ein, welches er später übernahm und ausbaute (Vertrieb von Schuhen und Taschen, mehrere Filialen in Zürich, inkl. Online-Verkauf).

Der V. schildert, seit dem 20. Lebensjahr regelmässig Alkohol zu konsumieren, wobei er den Konsum jeweils bei Belastungen beruflicher und familiärer Art erheblich gesteigert habe. Mengemässig war der Konsum wahrscheinlich während langer Zeit hoch, oft Kombination von Rotwein und harten Getränken, unter anderem zeitweise eine Flasche Wodka täglich.

(...)

Sowohl die Scheidung (2004 bis 2007) als auch das aktuelle Konkursverfahren seien in langwieriger und zermürender Weise verlaufen. Zudem belasteten den V. Einstellungen der KTG-Zahlungen (8/12 vorübergehend, 8/13 definitiv), was ihn schliesslich zum Gang zur Sozialbehörde zwang. Ab 3/12 war er während zwei mal zwei Monaten in der PK Zugersee hospitalisiert, mit einem geplanten zweiwöchigen Unterbruch, während welchem er in den Alkoholmissbrauch (eine Flasche Rotwein) zurück fiel. (...)

Zur Validierung der Beurteilungen in den Akten, im Hinblick auf auffällige berufliche Massnahmen und auf die Frage allfälliger Auflagen wurde am 10.12.13 eine eigene Untersuchung durchgeführt. Aktuell ist der V. höchstens noch leicht depressiv. Im Vordergrund stehen Verflachung, Verarmung und eine gewisse Rigidität von Denken und Emotionen. Besonders auffällig sind Zeitgitterstörungen und Defizite des Langzeitgedächtnisses; der V. ordnet gewisse Ereignisse zeitlich falsch ein, und er realisiert teilweise nicht, dass seine Angaben logisch unmöglich sind.

Seiner Alkoholproblematik (welche retrospektiv im Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ stark unterschätzt wurde) und deren Auswirkungen steht er in unkritischer, bagatelisierender Weise gegenüber. (...).

Abschliessend empfahl der RAD-Psychiater Dr.med. E. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und allenfalls angemessener beruflicher Massnahmen die Durchführung einer neuropsychologischen Begutachtung (IV-act. 48-6/6).

**2.7** Am 3. Februar 2014 erstattete lic.phil. F. \_\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Bern) der IV-Stelle ein neuropsychologisches Gutachten mit der Diagnose einer leichten unspezifischen kognitiven Funktionsbeeinträchtigung multidimensionaler Ursache sowie Hinweisen für eine erhöhte Ermüdbarkeit (IV-act. 54-12/14). Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe in qualitativer Hinsicht in der früheren Tätigkeit aufgrund der leichten neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen eine Verminderung der Leistungsfähigkeit im Ausmass von ca. 20% (IV-act. 54-13/14, Ziff. 2 in fine). Im Übrigen empfahl der Gutachter eine langsame berufliche Wiedereingliederung zu einem zumindest anfänglich zeitlich deutlich reduzierten Pensum in einem für ihn geeigneten Aufgabengebiet. Ob dies erfolgreich sein könne hänge insbesondere davon ab, ob es zu einer Verbesserung seiner Kopfschmerzproblematik, einer erfolgreichen Behandlung seiner Alkoholabhängigkeit sowie einer psychischen Stabilisierung komme (IV-act. 54-14/14).

**2.8** Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (ärztlicher Leiter des Therapiezentrums Meggen, wo sich der Versicherte vom 28. November 2013 bis zum 6. März 2014 aufgehalten hatte) stellte in seinem Therapiebericht vom 7. März 2014 (ans Spital Schwyz),

welcher bei der IV-Stelle am 21. März 2014 einging, folgende Diagnosen (IV-act. 58-1/4):

Alkoholabhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent in beschützender Umgebung F10.21  
Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom F10.6  
Cluster Kopfschmerzen G44.0

In der Beurteilung wurde u.a. ausgeführt, der Versicherte verlasse das Therapiezentrum in der Überzeugung, nicht mehr rückfällig zu werden. Aus therapeutischer Sicht bleibe die Tagesstruktur das zentrale Moment einer erfolgreichen Alkohol-Abstinenz (IV-act. 58-3/4).

**2.9** Die Neurologin Dr.med. M.\_\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 20. Juni 2014 folgende Diagnosen (IV-act. 65-1/11):

- Alkoholkrankheit, St.n. 2 generalisierten tonisch klonischen Anfällen am 09.11.2013 und anschliessendes Alkoholentzugsdelir
- Depression
- Cluster Headache, DD Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS), DD Migräne

Zur Frage der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit antwortete die Neurologin, dass aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 65-2/11).

**2.10** Nachdem die IV-Stelle mit dem Versicherten am 17. Dezember 2014 als Eingliederungsmassnahme einen Arbeitseinsatz bei der B.\_\_\_\_\_ vereinbart hatte (IV-act. 85), nahm er ab 8. Januar 2015 die Arbeit zunächst zu 50% auf (mit geplanter sukzessiver Steigerung). Bis zum Juli 2015 hatte der Versicherte - trotz gewisser Beschwerden im Hals-/Schulterbereich - den Arbeitseinsatz auf eine Präsenzzeit von ca. 7 Stunden pro Tag erhöht, was einer Leistung von ca. 80% entsprach (vgl. IV-act. 104-2/4). Nachdem es zu Spannungen im Team gekommen war, setzte der Arbeitgeber hinsichtlich geforderter Verhaltensänderungen eine Bewährungsfrist bis 31. Juli 2015. Obwohl der Versicherte bei einer Präsenzzeit von rund 7 Stunden pro Tag aus der Sicht des Arbeitgebers eine Leistung von 80% bis 90% erreichte, wurde der Arbeitsversuch von Seiten des Arbeitgebers abgebrochen mit der Begründung, dass "keine Änderung des Versicherten erkennbar sei" (IV-act. 104-3/4).

**2.11** In der Folge konnte der Versicherte ab 26. Oktober 2015 eine Arbeit an einem Testarbeitsplatz der Firma U.\_\_\_\_\_ aufnehmen (IV-act. 107, 109). Bei Standortgespräch vom 11. Januar 2016 wies der Versicherte eine Präsenzzeit von 80% auf, derweil die Leistung je nach Arbeitsgebiet schwankend beurteilt wurde (im Bereich der Buchhaltung wurde die Leistungsfähigkeit auf ca. 80% veranschlagt, in den Bereichen Immobilienverwaltung und Steuern etwas tiefer).

Des Weiteren klagte der Versicherte, weiterhin an Nackenschmerzen zu leiden (IV-act. 116-2/2). Bei der Besprechung vom 11. April 2016 wurde das Ergebnis des 6-monatigen Testarbeitsplatzes bei der Firma U. \_\_\_\_\_ wie folgt zusammengefasst (IV-act. 128-3/3):

Dabei zeigte sich, dass die vP bei Arbeitsgebieten, welche er aus den früheren Tätigkeiten kenne wie Versicherungen und Steuern sehr gute Arbeitsergebnisse abliefern. Oder auch bei Abklärungen oder Anfragen am Telefon. Bei Routinearbeiten wie der Fakturierung werde er recht schnell müde und es passieren Flüchtigkeitsfehler. Die Konzentration nehme bei der Arbeit im Verlaufe des Tages stark ab. Dies führe dann vermehrt zu Fehlern und geringerer Produktivität. Allgemein sei er nicht mehr so belastbar wie früher als er in leitender Position arbeitete. Während der aktuellen Arbeitszeit von ca. 75% (09.00 - 12.00 Uhr und 14.00 - 17.00 Uhr) müsse er auch viele Kurzpausen machen und er komme so gesamthaft auf eine Arbeitsleistung von ca. 50% gemessen an einem Vollzeitpensum.

**2.12** Der behandelnde Psychiater bescheinigte der IV-Stelle mit Schreiben vom 29. April 2016, dass der Versicherte noch ein reduziertes Pensum von 75% bewältigen könne, wobei insgesamt nur eine Arbeitsleistung von 50% erreicht werde. Nach 5 Stunden Arbeit lasse die Konzentration deutlich nach und die Fehlerquote nehme zu. Eine optimale Leistung erbringe der Versicherte bei 2 Stunden am Vormittag und 2 Stunden am Nachmittag; unter Druck werde der Versicherte langsamer, es bestehe kaum Stresstoleranz. Bei Erschöpfung verstärke sich der cluster headache (vgl. IV-act. 134-1/2).

**2.13** In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung. Der Begutachtungsauftrag wurde der V. \_\_\_\_\_ zugewiesen. Das am 12. Dezember 2016 erstattete MEDAS-Gutachten wurde von folgenden Fachpersonen unterzeichnet (vgl. IV-act. 145-38/54):

- Dr.med. O. \_\_\_\_\_ AC. \_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgem. Innere Medizin FMH/ zert. medizin. Gutachterin SIM)
- Dr.phil. A. T. AD. \_\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/ zert. medizin. Gutachterin SIM)
- Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH)
- Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Neurologie FMH)

Die MEDAS-Gutachter stellten gemeinsam folgende Hauptdiagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (IV-act. 145-32/54):

Leichte kognitive Störung mit komplexen neuropsychologischen Ausfällen (ICD-10 F06.7)

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter was folgt auf (IV-act. 145-32/54):

- Adipositas Grad I mit/bei einem BMI von 32 kg/m<sup>2</sup>
- Arterielle Hypertonie unter Verapamil (Ca-Antagonist) Dauertherapie

- Akzentuierte narzisstische und leistungsorientierte Persönlichkeitszüge vom Typ-A-Verhalten (ICD-10 /73.1)
- Chronischer Alkoholabusus (ICD-10 F10.25)
  - o Status nach depressiver Störung

Diese vorstehenden Diagnosen wurden von den Gutachtern u.a. mit der folgenden Begründung hergeleitet (IV-act. 145-34f./54):

Herr C. \_\_\_\_\_ leidet seit 2012 an psychischen Problemen und einer Alkoholabhängigkeit, sowie an Kopfschmerzen. Die Diagnose eines Clusterkopfschmerzes ist aus heutiger Sicht fraglich. In der Folge entwickelte sich offenbar ein erheblicher Triptanübergebrauch, der sich mit der Verbesserung der psychischen Verfassung und einer Alkoholabstinenz besserte. Auch die Kopfschmerzsituation besserte sich. Trotzdem ist Herr Z. bis anhin nicht beschwerdefrei geworden und leidet durchschnittlich noch an zwei Schmerzattacken pro Woche.

Wie bereits oben angeführt lassen sich diese Kopfschmerzattacken ätiologisch nicht klassieren, da sie weder den Diagnosekriterien eines Clusterkopfschmerzes noch einer Migräne erfüllen. Aus neurologischer Perspektive ist anzunehmen, dass die Kopfschmerzsymptomatik eng mit der psychiatrischen Problematik verknüpft ist.

Dazu passt auch die Tatsache, dass, nach Stabilisierung der psychischen Verfassung und Reintegration in die Arbeitswelt, eine Besserung der Kopfschmerzsituation eingetreten ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine weitere Stabilisierung des Umfeldes und der psychischen Verfassung auch zu einer weiteren Reduktion der Kopfschmerzen führen wird. Zusätzlich ist festzuhalten, dass Kopfschmerzattacken in der aktuellen Frequenz analgetisch behandelbar sind.

Aus neurologischer Sicht liegt aufgrund der Kopfschmerzen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

Auch aus allgemein-internistischer Sicht liegt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der Versicherte ist kardiopulmonal kompensiert. Es besteht eine leichte Adipositas Grad I und eine medikamentös behandelte Hypertonie.

Aus psychiatrischer Sicht besteht ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, welches aktenkundig ist und sich anamnestisch bestätigen lässt. Der Versicherte wurde bereits mehrfach stationär behandelt und befindet sich auch zum Gutachtenzeitpunkt in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die depressiven Symptome sind aktuell soweit remittiert. Der Versicherte macht aber vermehrte Müdigkeit und eine Abnahme der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, als Ursache für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geltend. Doch der Alkoholkonsum, auch wenn in geringerem Masse (glaubhaft angesichts der Laborbefunde), wird fortgesetzt und ist angesichts seiner Krankengeschichte als schädlicher Gebrauch zu bezeichnen (ICD-10 F120.25).

Die aktuelle neuropsychologische Untersuchung ergab eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7), die objektivierte Befunde würden sich meistens bei abstinenten Alkoholikern zurückbilden. Rein theoretisch ist ein Einfluss der Medikation auf die Befunde, bzw. auf die Müdigkeit denkbar.

Es ist jedoch in erster Linie eine absolute Alkoholabstinenz anzustreben, angesichts der vorhandenen leichten kognitiven Störungen und der geltend gemachten Müdigkeit. Der Versicherte ist sich aber bezüglich der Vorteile und dem Gewinn einer vollen Alkoholabstinenz für seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit mutmass-

lich nicht voll bewusst. Es lässt sich hierzu ein Mangel an Einsichtigkeit erahnen. Andererseits bestehen keine Diskrepanzen zwischen unserer Diagnosestellung, dem gezeigten Verhalten während der Untersuchungssituation und den Aktendiagnosen. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liegt nicht vor.

Aus neuropsychologischer Sicht wird von einer Arbeitsunfähigkeit von 10-30% ausgegangen, was klinisch psychiatrisch nachvollziehbar ist. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit aufgrund von subjektiven Beschwerden kann aus psychiatrischer Sicht nicht begründet werden.

Polydisziplinär besteht aufgrund des fortgesetzten Aethylabusus keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, weder aus somatischer, noch aus psychiatrischer Sicht. Aufgrund der leichten neurokognitiven Defizite besteht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10-30% sowohl angestammt wie adaptiert.

Aus somatischer (neurologischer/ allgemein-internistischer) Sicht veranschlagten die Gutachter in der angestammten Tätigkeit als Kaufmann eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100%. Demgegenüber schätzten die Gutachter aus psychiatrischer und neuropsychiatrischer Sicht und mithin aus polydisziplinärer Sicht (aufgrund einer leichten kognitiven Störung) die verbliebene zumutbare Leistungsfähigkeit auf 70% bis 90% bei einem Pensum von 100% (IV-act. 145-36/54, Ziff. 7.1.1).

**2.14** Nachdem in der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 24. Mai 2017 zum ablehnenden Vorbescheid vom 2. Februar 2017 ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass im neuropsychologischen Teilgutachten aufgrund einer deutlich verminderten Belastbarkeit bzw. der raschen Ermüdbarkeit ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40-50% thematisiert wurde (vgl. IV-act. 154-2/4 i.V.m. 145-44/54) und diesbezüglich der RAD-Arzt Dr.med. G. \_\_\_\_\_ W. \_\_\_\_\_ am 12. Dezember 2017 eine entsprechende Rückfrage bei den MEDAS-Gutachtern anregte (vgl. IV-act. 160-7/7 i.V.m. 161-1/4), nahm der MEDAS-Psychiater mit Schreiben vom 18. Januar 2018 u.a. wie folgt Stellung (IV-act. 162):

Die neuropsychologische Untersuchung ergab eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7), welche zum klinisch-psychiatrischen Bild passte. Unter Berücksichtigung des objektivierte kognitiven Leistungsprofils und der anamnestischen Angaben wird aus neuropsychologischer Sicht davon ausgegangen, dass eine Tätigkeit mit hohen kognitiven Anforderungen, wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (die Tätigkeit als Kaufmann wird aus polydisziplinärer Sicht als adaptiert angesehen) möglich sein sollte. Aufgrund der leichten kognitiven Störung wird aus neuropsychologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 10-30% ausgegangen, was aus psychiatrischer und polydisziplinärer Sicht nachvollziehbar ist. Die objektivierten Befunde würden sich meistens bei abstinenten Alkoholikern zurückbilden. Rein theoretisch ist ein Einfluss der Medikation auf die Befunde bzw. auf die Müdigkeit denkbar.

Wie aus den Standardindikatoren zu entnehmen ist, bestehen nebst Einschränkungen durch die leichte neuropsychologische Störung keine weiteren Beeinträchtigungen der weiteren psychosozialen Funktionen.

Es darf hinzugefügt werden, dass es sich bei der Neuropsychologie um eine Hilfswissenschaft handelt. Die Ergebnisse einer neuropsychologischen Untersuchung sollen jeweils von einem Psychiater oder einem Neurologen validiert werden, was bei diesem Gutachten der Fall ist. Ausserdem ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine ärztliche und nicht eine psychologische Aufgabe.

**2.15** Zuvor hatte sich der Versicherte am 9. Juni 2017, am 20. Juli 2017, am 2. August 2017, am 13. September 2017, am 22. November 2017 und am 28. Dezember 2017 im Kopfwehzentrum Hirslanden (Zollikon) abklären und behandeln lassen. Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (FMH Neurologie) stellte in den am 2. Februar 2018 eingereichten Unterlagen die Diagnose eines chronischen Clusterkopfschmerzes (IHS-Code 3.2.1) bei chronischem Alkoholkonsum und Status nach Erschöpfungsdepression 2012-2014. Im Bericht zur Nachkontrolle vom 13. September 2017 führte der Neurologe Dr.med. R. \_\_\_\_\_ u.a. aus, dem Versicherte „ginge es mit dem Cluster sehr gut“. Wenn er vereinzelt die Einnahme von Isoptin vergesse, würde er prompt mit einer Cluster Attacke bestraft. Als Nebenwirkung von Isoptin sei der Versicherte häufig sehr müde und fühle eine Art Deckel auf dem Kopf (IV-act. 164-8/14). Im Bericht zur Nachkontrolle vom 22. November 2017 erwähnte Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (IV-act. 164-9/14):

Herr Z. würde es nicht gut gehen. Vornehmlich von psychischer Seite. Die angestrebte Ausdehnung der beruflichen Arbeit hätte bis zuletzt nicht geklappt. Herr Z. fühle sich müde, abgeschlagen und antriebslos.

Bei der Nachkontrolle vom 28. Dezember 2017 thematisierte Dr.med. R. \_\_\_\_\_ zur Behandlung der gesteigerten Müdigkeit eine Anpassung der Medikation mit Verlaufskontrolle in 4 Wochen. Aktuell verhalte es sich so, dass weiterhin etwa 1x pro Woche Clusterattacken auftreten würden, welche unter Imigran s.c. schnell sistieren würden, indes würde ein dumpfer Dauerkopfschmerz über der rechten Kopfseite fortbestehen (IV-act. 164-10/14).

**2.16** Des Weiteren liess sich der Versicherte im Zeitraum vom 19. September 2017 bis 4. Dezember 2017 im Zuger Kantonsspital von Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Rheumatologie) untersuchen. Im Bericht vom 6. Dezember 2017 an die Hausärztin Dr.med. K. \_\_\_\_\_ AA. \_\_\_\_\_ (Eingang bei der IV-Stelle am 2.2.2018) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 164-11/14):

1. Chronifiziertes zervikospodylogenes Schmerzsyndrom bds. mit/bei
  - St.n. Sturzereignis bei Epianfall auf Hinterkopf 11/2013
  - radiologisch Keilwirbeldeformität BWK 3 (sturzbedingt?)
  - osteodensitometrisch normale Knochendichtewerte
  - myofasziale Schmerzkomponente im Vordergrund
  - multisegmental degenerative HWS-Veränderungen mit Betonung C4/C5, C5/C6 und C6/C7
2. Chronischer Clusterkopfschmerz mit/bei
  - Isoptin retard 120 mg - 120 mg - 200 mg

- Venlafaxin 150 mg 1-0-0
  - Orfiril long 300 mg 1-0-1
3. Rezidivierende depressive Episoden

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr.med. S.\_\_\_\_\_ dahingehend, dass der Versicherte derzeit nicht arbeitsfähig sei (IV-act. 164-11/14 unten).

**2.17** Der behandelnde Psychiater Dr.med. L.\_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 26. Januar 2018 u.a. aus, dass er den Versicherten aktuell ca. einmal pro Monat sehe. Der Versicherte sei mit einer Arbeitsleistung von 50% "an der Grenze". Die kognitive Leistung nehme gegen Ende einer Woche immer mehr ab. Von der mittelschweren Depression im Jahre 2012, welche zur Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik Zugersee führte, habe er sich nie mehr ganz erholt. Er organisiere sich selber Hyperforat aus Deutschland, was ihm helfe, sich zu konzentrieren und ihn ruhiger mache. Synthetische Antidepressiva lehne er ab. Ein Versuch mit Venlafaxin auf Empfehlung des Neurologen sei ungünstig verlaufen, weshalb dieses Medikament abgesetzt worden sei. Der Cluster Headache mit entsprechend chronischen Schlafstörungen, sowie die chronischen Nacken-/Rückenschmerzen würden wesentliche Belastungen darstellen. Die Erschöpfungszustände würden langsam im Verlauf zunehmen. In der Wochenplanung müsse er sich den zunehmenden kognitiven Einschränkungen anpassen. Am Feierabend sei er total erschöpft und müsse sich zuhause erst mal ausruhen. Die massive Erschöpfung äussere sich beim Versicherten in mangelnder Stresstoleranz, Schreckhaftigkeit, Angstzuständen und emotionalen Tiefs (IV-act. 165-2/2).

**2.18** In einer Stellungnahme vom 8. Februar 2018 erachtete der RAD-Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ W.\_\_\_\_\_ die Antwort des MEDAS-Psychiaters auf die Rückfrage als nachvollziehbar. Namentlich pflichtete er der Auffassung bei, dass ein von einem Neurologen geschätzter Arbeitsfähigkeitsgrad durch einen Neurologen und/oder durch einen Psychiater kontrolliert und gegebenenfalls angepasst werden müsse. Hinsichtlich der weiteren medizinischen Unterlagen (Dres.med. R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_) gelangte der RAD-Arzt zum Ergebnis, dass darin nichts wesentlich Neues erwähnt werde. Generell sei von relevanter Bedeutung, dass der Versicherte seinen schädlichen Alkoholkonsum ganz aufgebe, was zu einer Stabilisierung der kognitiven Funktion, der Leistungsfähigkeit und auch zu einer Verbesserung der Kopfschmerzen führen würde (IV-act. 169-8/8).

**2.19** In einem mit der Beschwerde (vom 3.4.2018) eingereichten Arzteugnis vom 12. Januar 2018 veranschlagte die Hausärztin Dr.med. K.\_\_\_\_\_ AA.\_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Kopfschmerzen, den chronischen Rücken- und Nackenschmerzen sowie unter Hinweis auf das allgemeine Er-

schöpfungssyndrom auf noch 50%, am besten wären 2 Arbeitsstunden vormittags und 2 Arbeitsstunden nachmittags (vgl. Bf-act. 5).

**3.** Eine gerichtliche Würdigung dieser in den Erwägungen 2.1 bis 2.19 zusammengefassten Angaben zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**3.1** Der Versicherte wurde mehrfach und umfassend medizinisch abgeklärt. Beim Vergleich der medizinischen Berichte fällt auf, dass der überwiegende Teil der konsultierten Ärzte das Auftreten von Cluster-Kopfschmerzen anerkennen (so die Ärzte der Klinik Zugersee, vgl. Erw. 2.1; die Hausärztin Dr.med. K.\_\_\_\_\_, AE.\_\_\_\_\_, vgl. Erw. 2.3; Dr.med. L.\_\_\_\_\_, vgl. Erw. 2.4 und 2.12, Dr.med. N.\_\_\_\_\_, vgl. Erw. 2.8; die Neurologin Dr.med. M.\_\_\_\_\_, vgl. Erw. 2.9; Dr.med. R.\_\_\_\_\_, vgl. Erw. 2.15), derweil die MEDAS-Gutachter geltend machen, dass sich die Kopfschmerzattacken ätiologisch nicht klassieren liessen und die Diagnosekriterien eines Cluster-Kopfschmerzes nicht erfüllen würden (vgl. Erw. 2.13). Nachdem das MEDAS-Gutachten vom 12. Dezember 2016 stammt und die Untersuchungen an einer für Kopfschmerzen spezialisierten Einrichtung (Kopfwehzentrum Hirslanden Zürich) aktueller sind, da sie ab 9. Juni 2017 vorgenommen wurden (vgl. IV-act. 164-3ff./14 bzw. Erw. 2.15), sprechen die gewichtigeren Argumente für die Annahme, wonach das Auftreten solcher Kopfschmerzen nicht in Frage zu stellen ist, ohne dass diesbezüglich noch weitere Abklärungen angebracht wären. Dies gilt erst recht, als es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_388/2016 vom 2.11.2016 Erw. 4.2.2). Hinsichtlich solcher Auswirkungen ist zu berücksichtigen, dass die Kopfschmerzen nicht ständig auftreten, sondern nach der Aktenlage im Verlauf eine unterschiedliche bzw. z.T. wechselnde Häufung aufweisen (vgl. u.a. IV-act. 164-10/14: "intermittierend"). Abgesehen davon ist zu berücksichtigen, dass solche Kopfschmerzen grundsätzlich mit einer geeigneten Medikation beseitigt bzw. zumindest gelindert werden können (wie z.T. Dr.med. R.\_\_\_\_\_ bescheinigte, vgl. IV-act. 164-7/14, 164-8/14). Indes ist es grundsätzlich glaubhaft und nachvollziehbar, dass beim Auftreten solcher intermittierender Kopfschmerz-Attacken bzw. unter dem Einfluss der in diesem Zusammenhang eingenommenen Medikamente mit Auswirkungen wie eine erhöhte Ermüdung bzw. einem vermehrten Pausenbedarf, mit einem Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit etc. zu rechnen ist und insofern die Leistungsfähigkeit des Versicherten tangiert wird. Darauf ist nachfolgend zurückzukommen. Anzuführen ist, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung der Cluster-Kopfschmerz den organisch bedingten Leiden

zugeordnet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2017 vom 30.11.2017, publ. in SVR-Rechtsprechung 6/2018 IV Nr. 31).

**3.2** Weitere somatische Diagnosen werden als Nebendiagnosen im MEDAS-Gutachten aufgeführt (vgl. Erw. 2.13: Adipositas Grad I und Arterielle Hypertonie) sowie als chronifiziertes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom von Dr.med. S.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Dezember 2017 aufgeführt (vgl. Erw. 2.16). Dass solche zervikospondylogene Beschwerden zusammen mit dem Cluster-Kopfschmerz und rezidivierenden depressiven Episoden zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen würden, wie Dr.med. S.\_\_\_\_\_ in einem Bericht vom 6. Dezember 2017 an die Hausärztin geltend macht (IV-act. 164-11/14 unten), vermag nicht zu überzeugen, zumal der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben in der Beschwerde (S. 5) weiterhin rund 3 Stunden vormittags und rund 3 Stunden nachmittags (mit vielen Kurzpausen) arbeitet und dabei eine Leistung von rund 50% erreiche.

**3.3.1** Was die neuropsychologischen Beeinträchtigungen anbelangt, veranschlagte der Neuropsychologe lic.phil. T.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 3. Februar 2014 aufgrund der leichten neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen eine Verminderung der Leistungsfähigkeit im Ausmass von ca. 20% (vgl. IV-act. 54-13/14, Ziff. 2 in fine).

**3.3.2** Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 21. November 2016, welches im Rahmen der MEDAS-Begutachtung erstattet wurde, nahm AD.\_\_\_\_\_ zur Frage des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit wie folgt Stellung (IV-act. 145-44/54):

Bezüglich der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit würde man rein unter Berücksichtigung des kognitiven Leistungsprofils (leichte neuropsychologische Störung) aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 10-30% ausgehen. Aufgrund der zusätzlich bestehenden deutlich verminderten Belastbarkeit bzw. raschen Ermüdbarkeit, welche sich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirkt (nach 2½ Stunden passieren z.B. Fehler), ist in zeitlicher Hinsicht von einer deutlicheren Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit auszugehen. Insgesamt ist unter Berücksichtigung des objektivierte kognitiven Leistungsprofils und der deutlich verminderten Belastbarkeit bzw. raschen Ermüdbarkeit die Arbeitsunfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht auf 40%-50% einzuschätzen. Allenfalls kann die Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit durch eine Belastungserprobung noch genauer eingeschätzt werden (gemäss Angaben des Versicherten sind die aktuellen 4 Stunden am Tag möglich).

**3.3.3** Demgegenüber wurde in der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung das Ausmass des zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrades auf eine Bandbreite von 70% bis 90% veranschlagt, was einem Arbeitsunfähigkeits-

grad von 10% bis 30% für die evaluierte leichte kognitive Störung entspricht (vgl. IV-act. 145-36/54). Die Divergenz zur Einschätzung der begutachtenden Neuropsychologin (vgl. Erw. 3.3.2) wurde im Rahmen einer Rückfrage bei den MEDAS-Gutachtern (an sich nachvollziehbar) damit begründet, dass die Ergebnisse einer neuropsychologischen Untersuchung grundsätzlich (hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) von einem Psychiater oder einem Neurologen zu validieren sind (vgl. oben Erw. 2.14). Dies wurde im vorliegenden Fall auch vorgenommen. Auf die Frage, ob dieser Korrektur beigepflichtet werden kann, ist noch nachfolgend zurückzukommen.

**3.4.1** Der Umstand, wonach unterschiedliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen vorliegen, erfordert nicht zwingend eine Vornahme weitere Abklärungen oder die Einholung eines weiteren Gutachtens. Vielmehr verhält es sich so, dass eine Arbeitsfähigkeitsschätzung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem jeweiligen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_550/2016 vom 30.12.2016 Erw. 4.2.1 per analogiam). In diesem Sinne wäre bei einer Rückweisung zur erneuten Abklärung nicht mit wesentlich neuen Erkenntnissen, sondern letztlich mit einer weiteren, ermessensbezogenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

**3.4.2** Abgesehen davon darf bei Divergenzen zwischen behandelnden und begutachtenden Fachpersonen die Rechtsprechung mitberücksichtigt werden, wonach die Berichte der behandelnden Fachpersonen, welche in einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten stehen und die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen haben, mit einer gewissen Zurückhaltung gewürdigt werden dürfen (vgl. vorstehend Erw. 1.5.2 mit Hinweisen). Allerdings hilft diese Rechtsprechung dort nicht weiter, wo (wie z.T. hier) begutachtende Fachpersonen aus den Befunden unterschiedliche Schlussfolgerungen hinsichtlich des zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrades ziehen.

**3.5** Nachdem im konkreten Fall eine weitere medizinische Untersuchung mit Arbeitsfähigkeitsschätzung grundsätzlich kaum einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn verspricht und wie erwähnt bei solchen Schätzungen ohnehin ein erheblicher Spielraum unausweichlich ist, rechtfertigt es sich insgesamt, die massgebende Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Gesamtwürdigung aller medizinischen Angaben festzulegen und in diesem konkreten Fall ermessensweise auf 60% zu veranschlagen. Damit wird nicht nur (teilweise) der von mehreren Fachpersonen (Dres.med. AF.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, AD.\_\_\_\_\_) in einem et-

was höheren Ausmass attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen, sondern zusätzlich auch den Erfahrungen in der Arbeitserprobung (angemessen) Rechnung getragen. Zudem werden damit auch die in Erwägung 3.1 enthaltenen Erkenntnisse massgeblich mitberücksichtigt, dass - abweichend von den Ausführungen im MEDAS-Gutachten - das Auftreten von Cluster-Kopfschmerzen als organisch bedingtes Leiden hinsichtlich erhöhter Ermüdung, vermehrtem Pausenbedarf, Nachlassen der Konzentration etc. ebenfalls relevante Auswirkungen auf den Arbeitsfähigkeitsgrad hat. Sodann ist dem in der Beschwerde (S. 15, mit Verweis auf die Dres.med. AA.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_) geltend gemachten Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% (und damit einer zusätzlichen Erhöhung des vorstehend veranschlagten Arbeitsunfähigkeitsgrades von 40%) entgegenzuhalten, dass der Versicherte zumutbarerweise durch ein vollständiges Sistieren seines Alkoholkonsums in relevanter Weise zu einer Verbesserung beitragen könnte, wie im MEDAS-Gutachten (IV-act. 145-35/54) und in der angefochtenen Verfügung nachvollziehbar postuliert wurde. Soweit diesbezüglich der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 9. Mai 2018 (S. 2) sinngemäss einwendet, ein Zusammenhang zwischen den kognitiven Defiziten und dem Alkoholkonsum sei eher unwahrscheinlich, ist klarzustellen, dass die betreffende MEDAS-Gutachterin einen solchen Zusammenhang (mit der Formulierung "sind die objektivierten Befunde eher nicht im Rahmen der in den Akten erwähnten Alkoholerkrankung ... zu werten") nicht ausgeschlossen hat. Namentlich widersprach sie nicht der oben dargelegten Erkenntnis, dass eine (nach der Aktenlage gerade nicht eingehaltene) vollständige Alkoholabstinenz zu einer relevanten Verbesserung beitragen könnte.

**3.6** Zusammenfassend ist der dargelegte Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40% auf eine Kombination der (intermittierenden) Cluster-Kopfschmerzen, chronischen Nacken- und Rückenschmerzen sowie den kognitiven Einschränkungen zurückzuführen, welche gemeinsam eine vermehrte Ermüdung mit nachlassender Konzentration (etc.) bewirken bzw. einen überdurchschnittlichen Pausenbedarf begründen. Zu ergänzen ist, dass das vorliegende gerichtliche Ergebnis insbesondere auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung aufweist, welche den Besonderheiten des konkreten Einzelfalles und damit letztlich auch einer Einzelfallgerechtigkeit Rechnung trägt. Damit ist für den Einkommensvergleich von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% (bzw. einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40%) auszugehen. Im Übrigen ist bereits hier darauf hinzuweisen, dass die gleichen Gründe, welche Anlass geben, einen gegenüber der Vorinstanz etwas erhöhten Arbeitsunfähigkeitsgrad anzunehmen, nicht zusätzlich dazu dienen können, beim Einkommensvergleich einen leidensbedingten Abzug zu begründen.

**4.1.1** Beim Einkommensvergleich hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung das Valideneinkommen wie folgt hergeleitet:

Da er früher Geschäftsführer und Verwaltungsratspräsident der A.\_\_\_\_\_ war und diese Firma Konkurs gegangen ist, wird bezüglich Valideneinkommen auf die Lohnstrukturerhebungstabelle 17 (2014) abgestützt. Als Führungskraft im kaufmännischen Bereich (über 50-jährige) hätte Herr C.\_\_\_\_\_ im Jahr 2014 unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Wirtschaftszweig 47 (Detailhandel) und von 41.7 Stunden pro Woche ein Einkommen von Fr. 152'146.60 erzielen können. Indexiert auf das Jahr 2015 (2226/2200) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 152'557.80.

**4.1.2** Demgegenüber wird in der Beschwerdeschrift (S. 8f.) u.a. sinngemäss geltend gemacht:

- dass der Beschwerdeführer seine selbständige Erwerbstätigkeit zufolge seiner Erkrankung habe aufgeben müssen,
- dass der Konkurs über die A.\_\_\_\_\_ am 23. Mai 2012 eröffnet worden sei, als der Beschwerdeführer bereits während eines halben Jahres krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen sei,
- dass diese Firma noch im April 2011 einen normalen Geschäftsgang aufgewiesen habe,
- dass der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt zufolge Ausscheidens von AG.\_\_\_\_\_ die alleinige Geschäftsführungstätigkeit übernommen habe,
- dass der Versicherte während vieler Jahre für die A.\_\_\_\_\_ tätig war,
- dass von einer dauerhaften und kontinuierlichen Tätigkeit des Beschwerdeführers in seiner letzten selbständigen Erwerbstätigkeit auszugehen sei,
- und dass es überwiegend wahrscheinlich anzunehmen sei, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin in der A.\_\_\_\_\_ tätig gewesen wäre.

**4.1.3** Dieser in Erwägung 4.1.2 enthaltenen Argumentation kann aus folgenden Gründen nicht beigepflichtet werden. Bei der A.\_\_\_\_\_ handelt es sich um eine Firma, welche im Mittel- und Hochpreissegment Schuhe, Taschen und Koffer verkaufte (mit drei Filialen im Raum Zürich und einem Outlet-Geschäft, vgl. IV-act. 50-18-29 i.V.m. IV-act. 125-2/9 bis 125-4/9). Diese Firma gehörte ursprünglich seiner (ehemaligen) Schwiegermutter AG.\_\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 50-10/29 unten: "bei seiner Schwiegermutter ins Schuhgeschäft eingestiegen" i.V.m. IV-act. 7-1/6 i.V.m. 8-1/12). Die (nach Angaben des Beschwerdeführers) sehr gut laufende Outlet-Filiale wurde nicht aus wirtschaftlichen Gründen, sondern "weil eine Bank das ganze Geschäftshaus übernommen habe" geschlossen (IV-act. 50-9/29 oben). Zudem gab es (nach Angaben des Beschwerdeführers) Schwierigkeiten mit dem Personal und kam es offenbar zu Unterschlagungen, indem ein langjähriger Mitarbeiter "ihn bestohlen habe" (siehe IV-act. 50-9/29). Überdies wurde die langjährige intensive Zusammenarbeit mit der (ehemaligen) Schwiegermutter deswegen beendet, weil bei letzterer (nach Angaben des Beschwerde-

führers) eine dementielle Entwicklung einsetzte (IV-act. 50-9/29, 1. Abs. in fine). Dass die Geschäftspartnerin, welche an der ausserordentlichen Generalversammlung vom 18. März 2011 (und mithin etwas mehr als 1 Jahr vor der Konkursöffnung) als Verwaltungsratspräsidentin zurücktrat (vgl. Bf-act. 4, siehe auch Handelsregistereintrag vom 12.4.2011), für die erwähnte Firma von massgeblicher Bedeutung war, illustriert die Tatsache, dass der Beschwerdeführer am 3. Dezember 2012 der IV-Stelle mitteilte, er sei nie selbständigerwerbend gewesen und er habe auch keine Buchhaltungsunterlagen der konkursiten AG (vgl. IV-act. 27: "er habe damit nie etwas zu tun gehabt"), Zudem ist das gesamte wirtschaftliche Umfeld in der damaligen Zeit mit zu berücksichtigen. Auf der einen Seite ist auf die Auswirkungen der ab 2007 auftretenden globalen Banken- und Finanzkrise hinzuweisen, welche u.a. zur Folge hatten, dass in der Finanzbranche markant tiefere Boni-Leistungen (namentlich auch im Raum Zürich, vgl. die Rettung der Grossbank UBS) ausgerichtet wurden, womit die verfügbaren Mittel für Konsumkäufe (Schuhe, Taschen, Koffer) im Mittel- und Hochpreissegment tendenziell zurückgingen bzw. diesbezüglich (in unsicheren Zeiten bezüglich der weiteren wirtschaftlichen Entwicklung, Arbeitsplatzsicherung etc.) erfahrungsgemäss vermehrt Zurückhaltung bei nicht lebensnotwendigen Einkäufen auftritt (siehe zum Ganzen auch Medienmitteilung des Bundesamtes für Statistik, BFS, vom 14.5.2018, wonach die zum Grundlohn ausbezahlten Boni zwischen 2008 und 2014 markant sanken und erstmals wieder ab 2016 etwas anstiegen).

Auf der anderen Seite ist auf die Entwicklung des Franken- zum Eurokurs ab Januar 2015 hinzuweisen, als die Schweizerische Nationalbank den Mindestkurs von Fr. 1.20 pro Euro aufhob und dies den Franken derart erstarcken liess, dass viele Schweizer vermehrt im grenznahen Ausland (günstiger) Schuhe und dergleichen einkauf(t)en, mithin eine Entwicklung einsetzte, welche dem schweizerischen Detailhandel erwiesenermassen enorme Ausfälle bescherte.

Im Lichte all dieser dargelegten Aspekte kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Versicherte im Gesundheitsfall weiterhin ein Schuhgeschäft im Raum Zürich (mit wenigen Filialen) betreiben und das in der Beschwerdeschrift (S. 9) geltend gemachte Jahreseinkommen von durchschnittlich rund Fr. 200'000.-- erzielen würde. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass der Versicherte vor der Konkursöffnung ein verhältnismässig hohes Einkommen bezog, zumal nicht auszuschliessen ist, dass solche hohen Lohnbezüge (mehr oder weniger) zum späteren Konkurs zumindest teilweise beigetragen haben. Zusammenfassend ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass das Valideneinkommen nicht auf der Basis der letzten Lohnbezüge bei der konkursiten Firma festzulegen ist.

**4.1.4** Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz das massgebende Valideneinkommen aus den Lohnstrukturtabellen hergeleitet hat. Allerdings kommt es nach der Aktenlage nicht in Frage, auf den Durchschnittslohn für eine Führungskraft im kaufmännischen Bereich im Wirtschaftszweig Detailhandel abzustellen, da ihm diesbezüglich die erforderlichen Steuerkenntnisse abgehen (vgl. IV-act. 116-2/2 oben). Vielmehr rechtfertigt es sich, zur Ermittlung des massgebenden Durchschnittseinkommens im hypothetischen Gesundheitsfall auf den kürzlich vom Bundesamt für Statistik publizierten monatlichen Brutto-lohn (Zentralwert) für Männer im oberen und mittleren Kader im Dienstleistungssektor für das Jahr 2016 von Fr. 11'111.-- abzustellen, welcher umgerechnet auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche sowie auf ein ganzes Jahr ein Jahreseinkommen von Fr. 138'999.-- ( $11'111 : 40 \times 41.7 \times 12$ ) ergibt. Zusammenfassend ist das Valideneinkommen nach Massgabe der aktuellsten statistischen Unterlagen des Bundesamts für Statistik für ein Kadermitglied im Dienstleistungssektor (Detailhandel, mit wenig Erfahrung beispielsweise im bedeutsamen Bereich der Steuern) per 2016 ermessensweise auf aufgerundet Fr. 139'000.-- zu veranschlagen.

**4.2** Bei der Ermittlung des massgebenden Invalideneinkommens fällt ins Gewicht, dass der Versicherte in der aktuellen Tätigkeit ("Sekretariatsarbeiten für den Geschäftsführer" [vgl. Beschwerde, S. 11 unten], und zwar eines Malergeschäftes, welches auch Immobilien verwaltet (vgl. die Auflistung der Tätigkeiten in IV-act. 126-1/3 = Anstellungsvertrag) seine Ressourcen nicht vollumfänglich ausschöpft. Zum einen hatte der Versicherte bei der Firma B. \_\_\_\_\_ eine (im Vergleich zum aktuellen Malergeschäft) höher qualifizierte Arbeit in Aussicht, welche insbesondere deshalb scheiterte, weil der Versicherte Hinweise und Ratschläge von anderen Teammitgliedern nicht annahm, was offenkundig als IV-fremd zu qualifizieren ist (vgl. IV-act.-3/4). Zum andern erreicht das aktuelle Pensum die in den Erwägungen 3.1 bis 3.6 ermittelte, hier massgebende Arbeitsfähigkeit nicht. Hinzu kommt, dass der Versicherte über sehr gute Kenntnisse in vier Sprachen (Deutsch, Italienisch, Französisch, Englisch, siehe IV-act. 125-2/9) verfügt, welche bei der aktuellen Arbeit in einem Malergeschäft (mit Immobilienanteil) wenig nutzbar sind. In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass der Versicherte mit seiner Berufserfahrung und Sprachkenntnissen ausgehend von einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% ein höheres Einkommen realisieren könnte, als er aktuell mit Fr. 65'000.-- (vgl. Beschwerde, S. 16 oben) erzielt. Bei dieser Sachlage ist mit der Vorinstanz das massgebende Invalideneinkommen nach Massgabe der statistischen Tabellenlöhne festzulegen. Dabei ist analog wie beim Valideneinkommen vom Durchschnittslohn eines Mannes (über 50 Jahren) im oberen und mittleren Kader des Dienstleistungssektors per 2016

von Fr. 139'000.-- auszugehen, wovon bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% insgesamt Fr. 83'400.-- anzurechnen sind ( $139'000 : 100 \times 60$ ). Ein leidensbedingter Abzug für rasche Ermüdung, nachlassende Konzentration, vermehrter Pausenbedarf etc. entfällt im konkreten Fall, weil diese Aspekte bereits bei der Festlegung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades hinreichend berücksichtigt wurden und eine doppelte Anrechnung (sowohl beim Arbeitsfähigkeitsgrad, als auch beim Einkommensvergleich) offenkundig ausser Betracht fällt.

**4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 139'000.-- sowie einem massgebenden Invalideneinkommen von Fr. 83'400.-- resultiert ein IV-Grad von 40% ( $139'000 \text{ minus } 83'400 = 55'600$ ;  $55'600 : 139'000 \times 100 = 40$ ). Wie bereits vorstehend in Erwägung 3.6 betont wurde, ist die vorliegende gerichtliche Entscheidung wesentlich von einer vermittelnden Vergleichslösung geprägt. Bei einer weniger wohlwollenden Betrachtungsweise, welche sich stärker an die vorinstanzliche Argumentation anlehnen würde, liesse sich wohl auch eine für den Versicherten restriktivere Haltung vertreten.

**5.** Aus all diesen Gründen wird die Beschwerde insoweit teilweise gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer auf der Basis eines IV-Grades von 40% eine Viertelsrente gewährt wird.

**6.1** Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

**6.2** Soweit der Beschwerdeführer obsiegt, hat er Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Soweit er unterliegt, ist ihm in der Person von Rechtsanwältin M<sup>Law</sup> D. \_\_\_\_\_ eine unentgeltliche Rechtsbeiständin zu bestellen, da im konkreten Fall die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege (inkl. Rechtsverbeiständung) erfüllt sind (siehe auch das eingereichte Schuldenverzeichnis und die Abzahlungsvereinbarungen bezüglich ausstehender Steuerrechnungen).

**6.3** Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 dieses Tarifs ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte ist die reduzierte, von der Vorinstanz zu bezahlende Parteientschädigung auf Fr. 1'500.-- festzulegen. Nach den gleichen Grundsätzen ist das

vom Staat zu erbringende Honorar für die unentgeltliche Verbeiständung ebenfalls auf Fr. 1'500.-- festzusetzen.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen insoweit gutgeheissen, als festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Viertelsrente hat. Die Sache wird an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie den Leistungsanspruch in masslicher und zeitlicher Hinsicht in einer Verfügung festlegen kann.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Kostenanteil von Fr. 250.-- innert 30 Tagen seit Zustellung des Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 des Gerichts zu überweisen. Der Verfahrenskostenanteil des Beschwerdeführers wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe nachstehend Ziff. 5) auf die Gerichtskasse genommen.
3. Für das vorliegende Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- zugesprochen.
4. Im Übrigen wird dem Beschwerdeführer für das teilweise Unterliegen im verwaltungsgerichtlichen Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwältin M<sup>Law</sup> D. \_\_\_\_\_ als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. Ihr ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'500.-- zuzusprechen.
5. Der Beschwerdeführer hat seinen Verfahrenskostenanteil von Fr. 250.-- und den Honoraranteil von Fr. 1'500.-- für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
7. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 11. Juli 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 26. Juli 2018