

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 51

## Entscheid vom 23. Oktober 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1970, portugiesischer Staatsangehöriger, Vater von 2 Söhnen) arbeitete nach seiner Einreise in die Schweiz (1988) bis September 2006 für die C.\_\_\_\_\_ AG. Am 15. Mai 2007 ging bei der IV-Stelle (wegen Rückenbeschwerden) ein Gesuch für IV-Leistungen ein. Nach Abklärungen ermittelte die IV-Stelle einen IV-Grad von 22% und wies mit Verfügung vom 6. September 2007 das Leistungsbegehren ab (IV-act. 26). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht hinsichtlich des Rentenanspruchs mit Entscheid I 2007 253 vom 19. Februar 2008 abgewiesen. Hinsichtlich des Anspruchs auf berufliche Massnahmen wurde die IV-Stelle angewiesen, eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (IV-act. 33). Dagegen beschwerte sich A.\_\_\_\_\_ erfolglos beim Bundesgericht (siehe Urteil 8C\_286/2008 vom 23.9.2008 = IV-act. 56).

Am 28. März 2008 hatte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ "Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten" gewährt (IV-act. 35). Am 6. Juni 2008 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein 3-monatiges Aufbau-training beim Werk- und Technologiezentrum Linthgebiet (WTL, Jona, IV-act. 42), welches A.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2008 bis 30. September 2008 absolvierte (IV-act. 62). Am 12. November 2008 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab, da sich A.\_\_\_\_\_ nicht arbeitsfähig fühlte (IV-act. 66).

**B.** Auf ein erneutes Leistungsbegehren vom 6. April 2009 (IV-act. 67) ist die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Mai 2009 nicht eingetreten (IV-act. 69). Dagegen beschwerte sich A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht (IV-act. 70), worauf die IV-Stelle die angefochtene Verfügung widerrief (IV-act. 71) und das Beschwerdeverfahren mit Einzelrichterentscheid vom 10. Juli 2009 als gegenstandslos geworden am Protokoll abgeschrieben werden konnte (IV-act. 72).

In der Folge beabsichtigte die IV-Stelle, eine medizinische Abklärung am D.\_\_\_\_\_ durchführen zu lassen (IV-act. 82), derweil A.\_\_\_\_\_ eine Begutachtung bei der Z.\_\_\_\_\_ wünschte (IV-act. 84). Im weiteren Verlauf erstattete das D.\_\_\_\_\_ am 14. November 2010 ein interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 94). Das Begehren um unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren wurde von der IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Dezember 2010 abgewiesen (IV-act. 100). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2011 17 vom 20. April 2011 abgewiesen (IV-act. 111).

**C.** Am 8. Juli 2011 verfügte die IV-Stelle, dass das Begehren um Ausrichtung einer Rente abgewiesen werde. Zudem lehnte es die IV-Stelle ab, die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren (IV-act. 119). Eine dagegen erhobene

Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht abgewiesen (Entscheid I 2011 117 vom 18.11.2011 = IV-act. 124).

**D.** Am 11. Oktober 2012 ging bei der IV-Stelle ein neues Leistungsbegehren ein (IV-act. 127). Dr.med. E.\_\_\_\_\_ wies in einem Bericht vom 21. Dezember 2012 u.a. darauf hin, dass A.\_\_\_\_\_ im Mai 2012 (während 18 Tagen) in der AA.\_\_\_\_\_ -Klinik hospitalisiert gewesen sei (IV-act. 133). Nach einer Prüfung der medizinischen Akten empfahlen die RAD-Ärzte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie FMH) und med.pract. G.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin) die Durchführung einer interdisziplinären Abklärung (IV-act. 141-3/3). Der Begutachtungsauftrag wurde dem H.\_\_\_\_\_ (Institut) zugewiesen (IV-act. 144). Das H.\_\_\_\_\_ -Gutachten wurde am 28. April 2014 erstattet (IV-act. 151). Mit Vorbescheid vom 25. Juni 2014 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 156). Am 2. September 2014 berichtete Dr.med. I.\_\_\_\_\_ von einer geplanten arthroskopischen AC-Resektion (IV-act. 160). Der behandelnde Psychiater AB.\_\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 10. September 2014 mit, dass er mit dem Ergebnis der H.\_\_\_\_\_ -Begutachtung nicht einverstanden sei (IV-act. 161). Am 2. Dezember 2014 erhielt die IV-Stelle von der Ehefrau die Nachricht, dass sich A.\_\_\_\_\_ bei einem Unfall mit dem Mofa schwer verletzt habe, als ihm ein Auto auf der falschen Fahrbahn entgegengekommen sei (IV-act. 163 i.V.m. 166). Der Aufenthalt im Spital AC.\_\_\_\_\_ dauerte vom 22. November 2014 bis zum 11. Dezember 2014 (IV-act. 166-5/12). Anschliessend folgte eine stationäre Rehabilitation in den Kliniken S.\_\_\_\_\_ bis zum 29. Januar 2015 (IV-act. 168-5/23).

**E.** In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Verlaufsbegutachtung bei der letzten Gutachterstelle. Dieses Verlaufsgutachten wurde vom H.\_\_\_\_\_ (gestützt auf Untersuchungen vom 8.11.2016) am 19. Dezember 2016 erstattet (IV-act. 200). Eine Rückfrage der zuständigen RAD-Ärztin AD.\_\_\_\_\_ (= IV-act. 203-9/9) wurde von den H.\_\_\_\_\_ -Gutachtern am 20. März 2017 beantwortet (IV-act. 206). Mit Vorbescheid vom 20. Juni 2017 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, für den Zeitraum vom 1. November 2015 bis zum 30. September 2016 einen befristeten Anspruch auf eine ganze IV-Rente zu gewähren (IV-act. 211). Mit Eingaben vom 21. August 2017 und vom 29. September 2017 opponierte A.\_\_\_\_\_ gegen den Vorbescheid (IV-act. 214 und 2016). Daraufhin erfolgte eine weitere Rückfrage bei der Gutachterstelle, welche von den H.\_\_\_\_\_ -Gutachtern am 4. Januar 2018 beantwortet wurde (IV-act. 219). Mit Verfügung vom 14. Mai 2018 hat die IV-Stelle eine befristete ganze IV-Rente für den Zeitraum vom 1. November 2015 bis zum 30. September 2016 gewährt (zuzüglich Kinderrenten für die beiden Söhne, IV-act. 223).

**F.** Dagegen liess A. \_\_\_\_\_ fristgerecht am 18. Juni 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten, wozu ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben ist;
2. unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuerzusatz zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Des Weiteren beantragte der Beschwerdeführer die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung.

Mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2018 stellte die IV-Stelle den Antrag auf (kostenfällige) Abweisung der Beschwerde.

Am 11. September 2018 fand die vom Beschwerdeführer beantragte öffentliche Verhandlung statt.

### **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).

**1.4.1** Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerde die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind (vgl. BGE 140 V 195, Erw. 3.2 mit Hinweis).

Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 196 Erw. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

**1.4.2** 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 be-

gründet 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).

**1.4.3** 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).

**1.5** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

**2.1** Als Ausgangslage ist im vorliegenden Fall zu berücksichtigen, dass die gesundheitliche Entwicklung des Versicherten bis zum Erlass der Verfügung der IV-Stelle vom 8. Juli 2011 (mit u.a. Schulter- und Kniebeschwerden sowie somatoformen Schmerzstörungen) keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ergab, weshalb mit dem Gerichtsentscheid VGE I 2011 117 vom 18. November 2011 ein Rentenanspruch verneint wurde (IV-act. 124). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**2.2** Der weitere Verlauf umfasst u.a. eine Hospitalisation in der AA. \_\_\_\_\_ - Klinik vom 3. bis zum 21. Mai 2012. Der Versicherte wurde vom Sozialpsychiatrische Dienst (SPD \_\_\_\_\_) auf freiwilliger Basis der Klinik zugewiesen nach häuslicher Gewalt am Vorabend bei schwerer depressiver Symptomatik mit Suizidalität bei psychosozialer Belastungssituation (IV-act. 137-4/4 oben). Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Oberarzt der Klinik) stellte folgende Diagnosen (IV-act. 137-2/4):

- F32.1 Mittelgradige depressive Episode
- G47.31 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Für die Dauer des Klinikaufenthaltes wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Hinsichtlich der weiteren Beurteilung wurde auf den nachbehandelnden Psychiater med.pract. K. \_\_\_\_\_ verwiesen (IV-act. 137-3/4).

**2.3** Des Weiteren wurde am 28. April 2014 das auf Untersuchungen im Februar und März 2014 basierende interdisziplinäre H. \_\_\_\_\_-Gutachten erstattet, unterzeichnet von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin/ Fallführung), Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (FMH Gastroenterologie), Dr.med. Y. \_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie), Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (FMH Urologie), Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (FMH Neurologie). Die H. \_\_\_\_\_-Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 151-33f./55):

1. Mässiggradige medial betonte trikompartimentale Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.3)
  - Status nach Arthroskopie mit partieller lateraler Meniskektomie und Resektion von abgerissenen Kreuzbandfasern am 25.3.2008, nach arthroskopisch-assistierter Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes am 2.12.2009 und nach Arthroskopie mit medialer Meniskusrefixation am 25.3.2013 (ICD-10 Z98.8)
2. Leichtgradiges subakromiales Rest-Impingement Schulter rechts (ICD-10 M75.4)
  - Status nach Arthroskopie mit Subskapularis-Refixation, Bizepstenodese und subakromialer Défilée-Erweiterung am 16.4.2009 (ICD-10 / 98.8)
3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10 M54.5, M52.2)
  - bildgebend leichtgradige degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (ICD-10 M47.85)
  - mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das rechte Bein
4. Chronische Prostatitis mit ausgeprägter Urge-Symptomatik seit ca. 2006 (ICD-10 41.1)
  - mit Nachweis von E. coli 2012

Hinsichtlich Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Adipositas (ICD-10 E66.0/ BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom hingewiesen (IV-act. 151-34/55). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Baugewerbe wie auch für jede andere körperlich schwere Arbeit wurde eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 151-36/55). Die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten (ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, und ohne länger dauernde Zwangshaltungen des rechten Knies und ohne repetitive Überkopfarbeiten des rechten Armes) wurde auf 100% veranschlagt (IV-act. 151-35/55).

**2.4** Nachdem der Versicherte am 22. November 2014 als Mofa-Fahrer (mit Helm) von einem falsch fahrenden Autolenker angefahren worden war, wurde er durch den Rettungsdienst ins Spital AC. \_\_\_\_\_ gebracht und dort am 22. sowie am 28. November 2014 operiert (vgl. IV-act. 166-9/12 i.V.m. IV-act. 166-11/12 und 167-1/4: erstgradige offene Etagenfraktur Oberschenkel links / ORIF Condylus medialis links mit Zugschrauben; Knie rechts mit dorsolateraler Instabilität mit lateraler Seitenbandruptur, Ruptur der Sehne biceps femoris, Ausriss Tractus iliotibialis/ Naht und Rekonstruktion der Strukturen des dorsolateralen Eckes; distale Phalanxfraktur Dig. I Fuss links; Commotio cerebri Grad II).

Im Austrittsbericht der Kliniken S. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2015, wo sich der Versicherte vom 11. Dezember 2014 bis zum 29. Januar 2016 zur Rehabilitation aufgehalten hatte, führten die Abteilungsärztin (dipl.med. AE. \_\_\_\_\_) und der leitende Arzt (Dr.med. Q. \_\_\_\_\_) u.a. aus, dass der Versicherte mit besserer Mobilisation an 2 Unterarm-Gehstöcken, jedoch eingeschränkter Gehgeschwindigkeit und Gehstrecke mit weiterhin Beschwerden im Bereich der unteren Extremität sowie mit persistierender depressiver Symptomatik nach Hause entlassen wurde. Die Arbeitsfähigkeit wurde für die Dauer des Klinikaufenthaltes auf 0% veranschlagt, während die Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Folgezeit den nachbehandelnden Ärzten überlassen wurde (IV-act. 168-8/23).

**2.5** Bei einer Verlaufskontrolle vom 27. März 2015 konstatierte Dr.med. R. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt der Klinik für Chirurgie, Spital AC. \_\_\_\_\_) persistente belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des linken Beines (v.a. Femur links, vgl. IV-act. 169-12f./63). Am 24. August 2015 folgte eine weitere Knieoperation (mit Entfernung des einliegenden Osteosynthesematerials im Bereich der medialen Femurkondyle Kniegelenk links und Entfernung des Femurnagels mit Achskorrektur sowie Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit medialer und lateraler Teilmenisektomie (IV-act. 175). Bei der Verlaufskontrolle vom 23. September 2015 sprach der Operateur Dr.med. R. \_\_\_\_\_ hinsichtlich des Femurschaftes von einem guten Verlauf, derweil er im Bereich des rechten Knies von einem medizinischen Endzustand mit Restinstabilität und Belastungseinschränkung ausging. Für eine stehende belastende Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit aktuell und auf Dauer 100% (IV-act. 175-2/2). Bei der Verlaufskontrolle vom 4. November 2015 rechnete Dr.med. R. \_\_\_\_\_ mit einer dauerhaften Einschränkung beider Extremitäten; der Versicherte sei seit dem 22. November 2014 100% arbeitsunfähig (IV-act. 176-2/2). Im Bericht vom 13. Januar 2016 an die IV-Stelle veranschlagte Dr.med. R. \_\_\_\_\_ weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (IV-act. 180-2/12, Ziff. 1.6). Mit Schreiben vom 10. Mai 2016 wurde der Versicherte zu einem Standortgespräch eingeladen,

welches rund eine Stunde dauerte und der RAD-Ärztin (AD.\_\_\_\_\_) den Eindruck vermittelte, dass dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von rund 50% für einfache, sitzend auszuübende Tätigkeiten zuzumuten sei (IV-act. 190-8/9). Im Ergebnis schlug sie ein Verlaufsgutachten bei der letzten Gutachterstelle vor (IV-act. 190-9/9).

**2.6** Das von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin/ Fallführung), Dr.med. U.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie), Dr.med. V.\_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr.med. W.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) unterzeichnete H.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Dezember 2016 beinhaltet folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 200-38ff./43, Schreibweise gemäss Original):

1. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 T93.3/ M17.3/ Z98.8)
  - Status nach arthroskopischer lateraler Teilmeniskektomie, Resektion der Plica mediopatellaris und eingerissener Fasern des vorderen Kreuzbandes am 25.3.2008 bei grossem lateralem Meniskusriss und alter Ruptur des vorderen Kreuzbandes
  - Status nach Punktion eines Hämarthros am 29.3.2008
  - Status nach arthroskopisch assistierter vorderer Kreuzbandplastik am 22.2.2009 mittel Patellarsehnenstreifens (Spital AC.\_\_\_\_\_)
  - Status nach arthroskopischer medialer Meniskusnaht am 25.3.2013 (Dr. AF.\_\_\_\_\_)
  - Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie und erneuter Naht des medialen Meniskus am 23.9.2013 (Dr. AF.\_\_\_\_\_)
  - Status nach Motorradunfall am 22.11.2014 mit hochgradiger dorsolateraler Instabilität mit Ruptur des lateralen Seitenbandes sowie der Bizeps femoris-Sehne im Bereich des Fibulaköpfchens, Ausriss des Tractus iliotibialis, Elongation und Teilruptur der Popliteusehne sowie Ausriss des lateralen Meniskus mitsamt der Kapsel und Luxation
  - Status nach Arthrotomie, Reinsertion des ausgerissenen lateralen Meniskus, des Kapselbandapparates und Traktus iliotibialis, Naht der Bizeps femoris-Sehne sowie des oberflächlichen Aussenbandes und Augmentation mittels modifizierter Larson-Technik mit autologer Semitendinosusehne mittels Fiber Tape am 28.11.2014 (Dr. R.\_\_\_\_\_, Spital AC.\_\_\_\_\_)
  - Status nach arthroskopischer medialer und lateraler Teilmeniskektomie am 24.8.2015 (Dr. R.\_\_\_\_\_, Spital AC.\_\_\_\_\_)
  - intraoperativer Befund: deutliche anterolaterale Instabilität, Chondromalazie Grad I-II lateral und femoropatellär sowie Grad II-III medial
  - radiologisch mässiggradige, im Verlauf lateral zunehmende trikompartimentäre Gonarthrose (Röntgen 24.3.2014 und 8.11.2016)
  - Klinisch Reizzustand und anterolaterale Instabilität
2. Chronische Beschwerden im Bereich des linken Oberschenkels (ICD-10 T93.1/ Z98.8)
  - Status nach distaler, erstgradig offener Femurschaftfraktur und Fraktur des Condylus medialis im Rahmen eines Motorradunfalles am 22.11.2014
  - Status nach offener Reposition des Condylus medialis und Zugschrauben-Osteosynthese sowie geschlossener Reposition und Osteosynthese mittels

- dynamisch verriegelten Femurmarknagels am 22.11.2014 (Dr. AG.\_\_\_\_\_, Spital AC.\_\_\_\_\_)
- Status nach schmerzhafter non-union des Femur
  - Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials, Achsenkorrektur und Re-Osteosynthese mittels Femurmarknagels am 24.8.2015 (Dr. R.\_\_\_\_\_, Spital AC.\_\_\_\_\_)
    - Radiologisch abgeschlossene ossäre Konsolidation ohne Hinweis für Implantatlockerung (Röntgen 14.9.2016)
    - Klinisch Beinverkürzung von 1 cm, diskret verminderte Knieflexion sowie mögliche mediale und laterale Meniskusläsion
3. Chronische Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M75.4)
- Status nach Schulterarthroskopie mit Refixation der Subskapularissehne, Bizepsstenodese und subakromialer Dekompression am 16.4.2009 bei traumatischer Ruptur der Subskapularissehne und Bizepsluxation
  - Status nach Schulterarthroskopie, ventraler Arthrolyse, subakromialer Dekompression, knöcherner Akromioplastik und Resektion des Akromioklavikulargelenkes am 23.9.2014 bei subakromialen Impingement und symptomatischer Arthrose des Akromioklavikulargelenkes (Dr. I.\_\_\_\_\_)
    - Klinisch bis auf subakromiales Impingement regelrechter Befund
4. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
- Status nach periduraler Infiltration LWK 3/4 6/2004, 7/2004 und 10/2006
  - Status nach postpunktionellem Schmerzsyndrom nach Periduralinfiltration 10/2006
  - Radiologisch leichtgradige, im Verlauf etwas zunehmende degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (Röntgen 24.3.2014 und 8.11.2016)
  - Residuelles radikuläres Syndrom S1 rechts

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die H.\_\_\_\_\_ - Gutachter (IV-act. 200-40/43):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
  - pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung rechtes Bein (ICD-10 R52.2) und funktionelle Hemihypästhesie rechts (ICD-10 R20.8)
3. Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.31)
  - CPAP-Therapie
  - bei Diagnose 5.2.4 (siehe nachfolgend)
4. Adipositas mit BMI von 38 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0)
5. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
6. Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie (ICD-10 R74.8)
  - DD: ethylisch bedingt/bei Steatosis hepatis/medikamentös induziert
7. Status nach Fraktur der Endphalanx Dig I Hand links am 22.11.2014 (ICD-10 T92.2)
8. Benigne Prostatahyperplasie (ICD-10 N40)

**2.7** Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Maurer sowie für jede andere, körperlich mittelschwere bis schwer belastende und überwiegend stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten veranschlagten die H.\_\_\_\_\_ -Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, während körperlich sehr leichte, angepasste Tätigkeiten als zu 100% zumutbar erachtet wurden (IV-act. 200-41/43).

**2.8** Nach einer Verlaufskontrolle vom 11. Januar 2017 berichtete Dr.med. R.\_\_\_\_\_ dem Hausarzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_, dass langfristig mit einer hochgradigen Funktions- und Belastungseinschränkung aufgrund des Unfalles vom 22. November 2014 gerechnet werden müsse; daher sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen (IV-act. 202-2/2). Am 10. Mai 2017 nahm Dr.med. R.\_\_\_\_\_ eine Abschlussuntersuchung vor. Auf das damals festgestellte Ergebnis sowie auf die entsprechende Stellungnahme der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter vom 4. Januar 2018 ist nachfolgend näher einzugehen.

**3.** Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Akten sowie der während der gerichtlichen Verhandlung gewonnenen Erkenntnisse zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**3.1** Nach den vorliegenden Akten wurde der Versicherte in den vergangenen Jahren insgesamt dreimal im Rahmen einer MEDAS-Begutachtung interdisziplinär untersucht (D.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 14.11.2010 = IV-act. 94; H.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 28.04.2014 = IV-act. 151; H.\_\_\_\_\_ -Verlaufsgutachten vom 19.12.2016 = IV-act. 200). Rund 7 Monate nach dem 2. MEDAS-Gutachten (am 22.11.2014) hatte der Versicherte einen Verkehrsunfall erlitten, welcher (aufgrund der unfallbedingten Beeinträchtigungen und stationären Rehabilitationen) zur Folge hatte, dass die Vorinstanz für den Zeitraum vom 1. November 2015 bis zum 30. September 2016 eine befristete ganze IV-Rente gewährte. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist insbesondere, ob über den 30. September 2016 hinaus ein Rentenanspruch besteht (oder nicht).

**3.2** In Anbetracht von *drei* interdisziplinären Gutachten ist grundsätzlich zu erwarten, dass der Versicherte in medizinischer Hinsicht ausreichend untersucht wurde. Dafür spricht sodann auch, dass die Vorinstanz zweimal eine Rückfrage bei den H.\_\_\_\_\_ -Gutachtern veranlasste (vgl. die Rückfrage vom 13.3.2017 = IV-act. 204-1/4 i.V.m. IV-act. 203-9/9, mit Antwort vom 20.3.2017 = IV-act. 206; vgl. Rückfrage vom 14.11.2017 = IV-act. 218-1/4 mit Antwort der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter vom 4.1.2018 = IV-act. 219).

**3.3.1** Beim dritten MEDAS-Gutachten (vom 19.12.2016) fällt auf, dass es gemäss den H.\_\_\_\_\_-Gutachtern im Vergleich zum zweiten MEDAS-Gutachten (vom 28.4.2014) "zu keiner quantitativen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen" sei (vgl. IV-act. 200-41/43, Ziff. 6.3). Die Folgen des am 22. November 2014 erlittenen Motorradunfalls würden nur "vorübergehend eine höhergradige" Arbeitsunfähigkeit "bis aufgehobene Arbeitsfähigkeit" begründen. Spätestens seit der am 14. September 2016 dokumentierten Konsolidation der Femurfraktur könne wieder von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 200-41/43, Ziff. 6).

**3.3.2** Demgegenüber führte Dr.med. R.\_\_\_\_\_- nach einer Untersuchung des Versicherten am 11. Januar 2017 (d.h. nach dem 3. MEDAS-Gutachten vom 19.12.2016) in einem Bericht vom 13. Januar 2017 an den Hausarzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_- u.a. aus, dass der Patient aufgrund der Unfallfolgen weiterhin "durch Schmerzen, Instabilität und Funktionseinschränkung hochgradig beeinträchtigt" sei (IV-act. 202-1/2 unten). Langfristig müsse mit einer hochgradigen Funktions- und Belastungseinschränkung aufgrund des Unfalles vom 22. November 2014 gerechnet werden, weshalb die Arbeitsunfähigkeit weiterhin 100% betrage (IV-act. 202-2/2 Mitte).

**3.3.3** Daraufhin veranlasste die RAD-Ärztin AD.\_\_\_\_\_- eine Rückfrage bei den MEDAS-Gutachtern, welche allerdings explizit nur die Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum von November 2015 bis August 2016 betraf (vgl. IV-act. 203-9/9 in fine und IV-act. 204-1/4). In der Antwort vom 20. März 2017 bescheinigten die H.\_\_\_\_\_-Gutachter für den Zeitraum vom 22. November 2014 bis 14. September 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-206). Zur Thematik, wonach Dr.med. R.\_\_\_\_\_- weiterhin eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anerkannte (vgl. vorstehend Erw. 3.3.2), nahmen die Gutachter (damals noch) nicht Stellung (weil die IV-Stelle es zunächst unterliess, den neuen, ihr am 29. Januar 2017 zur Kenntnis gebrachten Arztbericht von Dr.med. R.\_\_\_\_\_- den Gutachtern zu unterbreiten).

**3.3.4** Am 10. Mai 2017 nahm Dr.med. R.\_\_\_\_\_- eine Abschlussuntersuchung hinsichtlich der Folgen der Kombinationsverletzung nach dem Motorfahrzeugunfall vom 22. November 2014 vor. Als medizinischer Endzustand veranschlagte er im Bericht vom 11. Mai 2017 (an den Hausarzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_-) eine persistente Instabilität in beiden Kniegelenken sowie belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des proximalen Femurs auf der linken Seite und eine schmerzhaft Insuffizienz der kurzen Glutealmuskulatur. Dadurch seien das Gangbild und die

Mobilität hochgradig eingeschränkt. Die Mobilisation mit zwei Rahmenorthesen und zwei Gehstöcken sei hier ausreichend. Im Übrigen sei es Sache der Unfallversicherung bzw. der Haftpflichtversicherung, den Patienten für eine Begutachtung aufzubieten und eine Rentenzahlung für den verbleibenden Schaden festzulegen (IV-act. 209).

**3.3.5** Am 14. November 2017 unterbreitete die IV-Stelle den H.\_\_\_\_\_ - Gutachtern die zwischenzeitlich eingegangenen Berichte von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (vom 13.1.2017 und vom 11.05.2017). In der Antwort vom 4. Januar 2018 nahmen Dr.med. U.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopäd. Chirurgie) und Dr.med. X.\_\_\_\_\_ (Ärztliche Leitung) dahingehend Stellung, dass die beiden Berichte von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ etwas widersprüchliche Einschätzungen beinhalten würden, welchen nicht zuletzt aufgrund der Begutachtungsergebnisse (vom 19.12.2016) klar nicht gefolgt werden könne, zumal der Explorand bereits damals seine Beschwerden auffallend diffus und widersprüchlich geschildert habe, so dass der Leidensdruck nur schwer nachzuvollziehen sei. Zusammenfassend würden aus den von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ angeführten klinischen und radiologischen Befunden keine Faktoren hervorgehen, welche gegen die im H.\_\_\_\_\_ - Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit (von 100%) für körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen sprechen würden. Abgesehen davon sei im Abschnitt 4.2.8 des H.\_\_\_\_\_ - Gutachtens dargestellt, dass Dr.med. R.\_\_\_\_\_ am 13. Februar 2016 sitzende Verrichtungen als zumutbar angegeben habe. Am 16. September 2016 habe er von einer „leicht konsolidierten“ Situation bei achsengerecht komplett verheilten linksseitiger Femurfraktur gesprochen und nur stehende und belastende Verrichtungen als auf Dauer nicht mehr möglich bezeichnet (vgl. IV-act. 219-2/2).

**3.3.6** Was diesen Hinweis anbelangt, wonach Dr.med. R.\_\_\_\_\_ am 16. September 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für eine stehende und belastende Tätigkeit der unteren Extremitäten attestiert habe (IV-act. 195-2/2), kann daraus - entgegen der sinngemässen Argumentation der H.\_\_\_\_\_ - Gutachter - keine 100%ige Arbeitsfähigkeit für rein sitzende Tätigkeiten abgeleitet werden. Denn in diesem Bericht vom 16. September 2016 betonte Dr.med. R.\_\_\_\_\_, "nach erneuter radiologischer und Verlaufskontrolle in 6 Monaten werde ich hier den Femurnagel auf der linken Seite entfernen". Nach dieser Operation sollte das Heilverfahren abgeschlossen werden und "die Unfallfolgen durch die Unfallversicherung festgelegt werden" können (IV-act. 195-2/2). Mit dieser Formulierung liess der Operateur durchblicken, dass relevante Unfallfolgen verbleiben werden, deren Ausmass noch nicht abgeschätzt werden könne, wie dies der gleiche Arzt am 15. März 2016 prognostisch beurteilt hatte (vgl. IV-act. 187-2/2). Im Einklang

damit steht auch die Einschätzungen der RAD-Ärztin AD.\_\_\_\_\_ vom 9. März 2016 (IV-act. 183-8/8) und vom 2. Mai 2016 (vgl. IV-act. 188-8/8):

(Stellungnahme vom 9.3.2018)

Dr. R.\_\_\_\_\_ spricht von einer höheren Leistungseinschränkung, was auch nachvollziehbar ist.

Genau beziffert wird das aber nicht.

Von der versicherungsmedizinischen Sichtweise aus kann hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer ca. 50% AF behinderungsangepasst ausgegangen werden. Im ersten Jahr nach dem Unfall bis etwas Ende Dez. 2015 wird die AUF 100% gewesen sein, für jegliche Tätigkeit. (...)

(Stellungnahme vom 2.5.2016)

Der Verlauf ist zäh und unbefriedigend. Eine AUF wird resultieren. Klar ist nicht wie hoch. Dr. R.\_\_\_\_\_ spricht von höhergradigen Unfallfolgen (Motorradunfall 11/14) und Orthesenbedarf re. Im letzten Protokolleintrag hatte ich eine 50% AUF vermutet (...)

**3.3.7** Hinsichtlich der Stellungnahme der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter vom 4. Januar 2018, wonach Dr.med. R.\_\_\_\_\_ am 13. Februar 2016 sitzende Verrichtungen als zumutbar angegeben habe, ist klarzustellen, dass ein solcher Bericht vom 13. Februar 2016 nach der Aktenlage weder existiert, noch in der im H.\_\_\_\_\_ -Verlaufsgutachten (vom 19.12.2016) detailliert wiedergegebenen Auflistung der vorhandenen Akten enthalten ist (vgl. IV-act. 200-7/43 oben). Soweit in der H.\_\_\_\_\_ -Stellungnahme vom 4. Januar 2018 (sowie unter Ziffer 4.2.8 des H.\_\_\_\_\_ -Gutachtens vom 19.12.2016) nicht ein Bericht vom "13.2.2016", sondern das Ergebnis der Sprechstunde vom "13.1.2016" angesprochen werden sollte, verhält es sich so, dass dem entsprechenden Bericht von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ zur Untersuchung des Versicherten in der Sprechstunde vom 13. Januar 2016 keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit in einer rein sitzenden Tätigkeit zu entnehmen ist. Im Gegenteil vertrat Dr.med. R.\_\_\_\_\_ den Standpunkt: "Im Grossen und Ganzen bleibt hier jedoch eine hochgradige Belastungs- und Funktionseinschränkung bestehen" (IV-act. 182).

**3.3.8** Bei dieser Sachlage (wonach die H.\_\_\_\_\_ -Gutachter aus den Angaben des Operators Dr.med. R.\_\_\_\_\_ nach dem Gesagten unzutreffende Schlussfolgerungen ableiteten, vgl. vorstehend) vermag das vorinstanzliche Vorgehen, gestützt auf die Einschätzung der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für sehr leichte, angepasste Tätigkeiten auszugehen, einer gerichtlichen Überprüfung nicht standzuhalten.

**3.4** Für das gleiche Ergebnis spricht aber auch die aktenkundige Insuffizienz der kurzen Glutealmuskulatur (IV-act. 216-6/6), welche mit einer stundenlangen sitzenden Tätigkeit nicht ohne weiteres vereinbar wäre. Vielmehr ist bei Probleme

men mit der Gesässmuskulatur mindestens mit einem vermehrten Pausenbedarf zu rechnen (zumal stehende und gehende Tätigkeiten auch nach Einschätzung der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter unzumutbar sind), was mit der Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht vereinbar wäre.

**3.5** Hinzu kommt, dass die sinngemässe Argumentation der H.\_\_\_\_\_ - Gutachter, wonach bis zum 14. September 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (auch für leidensangepasste Tätigkeiten) anerkannt werde (IV-act. 206), derweil anschliessend eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Arbeiten bestehe, nicht zu überzeugen vermag. Es leuchtet nicht ein, weshalb - namentlich auch in Anbetracht der vom Operateur mehrfach betonten Unfallrestfolgen - von einem Monat zum nächsten ein Wechsel von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu einer vollständigen Arbeitsfähigkeit zumutbar gewesen sein soll. Dies gilt erst recht, als die konsultierte RAD-Ärztin im betreffenden Jahr 2016 nicht nur einmal eine Arbeitsfähigkeit von 50% für behinderungsangepasste Tätigkeiten veranschlagte (vgl. IV-act. 183-8/8 und 188-8/8) und nach dem rund einstündigen Standortgespräch mit dem Versicherten vom 20. Juli 2016 (und mithin rund 9 Wochen vor dem Stichtag der H.\_\_\_\_\_ -Gutachter) eine Arbeitsfähigkeit von 50% für einfache, sitzend auszuführende Arbeiten postulierte (vgl. IV-act. 190-8/9). Dass die gleiche RAD-Ärztin am 10. Januar 2017 von ihrer ursprünglichen Einschätzung abwich und der Einschätzung der H.\_\_\_\_\_ - Gutachter folgte (IV-act. 201-8/8), gereicht dem Versicherten hier nicht zum Nachteil, weil wie erwähnt die H.\_\_\_\_\_ -Gutachter unzutreffende Schlussfolgerungen aus den Angaben des Operateurs zogen, was von der RAD-Ärztin nicht erkannt wurde.

**3.6** Im Lichte all dieser Erwägungen würde sich an sich die Frage nach einer erneuten interdisziplinären Begutachtung stellen. Nachdem indes bereits drei MEDAS-Gutachten vorliegen und nach der Aktenlage die erwähnte RAD-Ärztin bereits nach dem zweiten MEDAS-Gutachten Hemmungen hatte, noch ein drittes MEDAS-Gutachten einzuholen (vgl. IV-act. 188-8/8), drängt es sich auf, über den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad nach Massgabe der konkreten Aktenlage verbindlich zu entscheiden. Dabei steht eine Anlehnung an die ursprüngliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die konsultierte RAD-Ärztin (50% für leichte sitzende Tätigkeiten) im Vordergrund, zumal die im Spruchkörper mitwirkenden Ärzte eine solche Beurteilung in Anbetracht des gerichtlichen Anhörungsergebnisses als wesentlich realistischer beurteilen als das (wenig überzeugende) H.\_\_\_\_\_ -Ergebnis. Hinzu kommt, dass das dargelegte Ergebnis unmissverständlich auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung aufweist, welche den Besonderheiten des konkreten Einzelfalles und damit letztlich auch

einer Einzelfallgerechtigkeit Rechnung trägt. Anzuführen ist, dass die bei der Festlegung des verbliebenen Arbeitsfähigkeitsgrades bereits berücksichtigten Aspekte (wie vermehrter Pausenbedarf, verminderte Leistungsfähigkeit u.a. wegen belastungsabhängigen Schmerzen etc.) nicht nochmals im Einkommensvergleich bei der Beurteilung der Fragestellung eines leidensbedingten Abzuges herangezogen werden dürfen.

**4.1** Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad für (sehr) leichte, leidensangepasste Tätigkeiten auf 50% festzulegen.

**4.2** Das in der angefochtenen Verfügung berücksichtigte Valideneinkommen von Fr. 71'814.90 (per 2015) wurde vom beanwalteten Beschwerdeführer vor Verwaltungsgericht nicht in Frage gestellt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

**4.3** Hinsichtlich des Invalideneinkommens stellte die Vorinstanz auf das aus der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014) hergeleitete Einkommen für männliche Arbeitnehmer in einer einfachen und repetitiven Tätigkeit bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden ab, was als Ausgangswert einen unbestrittenen Jahresbetrag (per 2015) von Fr. 66'633.-- ergibt. Davon sind bei einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% Fr. 33'316.50 zu berücksichtigen. Anhaltspunkte für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug sind hier nicht gegeben (vgl. auch vorstehend Erw. 3.6 in fine).

**4.4** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'814.90 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'316.50 resultiert ein massgebender Invaliditätsgrad von aufgerundet 54% ( $71'814.90 \text{ minus } 33'316.50 = 38'498.40$ ;  $38'498.40 : 71'814.90 \times 100 = 53.60$ ). Damit besteht für den Zeitraum ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Die Festlegung der nachzuzahlenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung.

**5.1** Aus all diesen Gründen ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2018 entsprechend abzuändern, als nebst dem unbestrittenen Anspruch auf eine ganze IV-Rente (1.11.2015 bis 30.9.2016) für den Zeitraum ab 1. Oktober 2016 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente gewährt wird.

**5.2** Diesem Ergebnis entsprechend gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Vorinstanz. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf Rückerstattung des von ihm bezahlten Kostenvorschusses.

Zudem hat die Vorinstanz dem beanwalteten Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu entrichten. Das Honorar wird in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (SRSZ 280.411), der für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, sowie unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung sowie notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 2'500.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festgelegt.

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

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine halbe IV-Rente hat. Die Festlegung der nachzuzahlenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt, derweil der Beschwerdeführer Anspruch auf Rückerstattung des bezahlten Kostenvorschusses hat. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, so das Gericht den erhaltenen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers noch Fr. 500.-- zu entrichten hat.
3. Dem bewalteten Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- zugesprochen.
4. 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] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 23. Oktober 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

#### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 8. November 2018