

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 14

Entscheid vom 19. Juni 2019

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geboren am _____ 1975 und aufgewachsen in Serbien, seit 1992 in der Schweiz lebend, verheiratet und Vater von 3 Töchtern mit Jahrgang 2003, 2006, 2007 und eines Sohnes mit Jahrgang 2015) arbeitete jahrelang als Eisenleger. Am 3. November 2011 stürzte er auf einer Baustelle von einem Gerüstbock (rund 1.2 m hoch) auf die linke Körperseite. Die Suva anerkannte zunächst die Leistungspflicht und erbrachte entsprechende Leistungen (siehe VGE I 2016 14 vom 16.8.2016, Ingress A).

B. Am 28. September 2012 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein, wobei die gesundheitlichen Probleme wie folgt umschrieben wurden: "Sturz auf Baustelle 1m 40 Verletzung Knie, Schulter, Wirbelsäule, Kreuz + Hals" (IV-act. 2).

C. Am 24. Januar 2013 verfügte die Suva, dass die Heilkosten und Taggeldleistungen per 30. Januar 2013 eingestellt würden, worauf A. _____ Einsprache erhob. Ebenfalls am 30. Januar 2013 erlitt A. _____ einen weiteren Unfall (Sturz beim Duschen in der Badewanne). Nach weiteren Abklärungen teilte die Suva am 18. Juli 2013 mit, dass die Verfügung vom 24. Januar 2013 als gegenstandslos zu betrachten sei und das diesbezügliche Einspracheverfahren als formlos abgeschlossen gelte (vgl. UV-act. 4-1/2).

Nach weiteren Behandlungen und Untersuchungen gelangte die Suva mit Verfügung vom 26. August 2014 zum Ergebnis, dass hinsichtlich des ersten Unfalles vom 3. November 2011 die Unfallfolgen an der linken Schulter zwei Jahre nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden. Hinsichtlich des zweiten Unfalles vom 30. Januar 2013 verneinte die Suva unter Hinweis auf die Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen einen rechtserheblichen Kausalzusammenhang und gelangte zum Ergebnis, dass das Unfallereignis höchstens mittelschwer sei, weshalb der Leistungsanspruch per 14. September 2014 beendet wurde (vgl. UV-act. 9). Eine dagegen erhobene Einsprache wurde von der Suva mit Entscheid vom 4. Januar 2016 abgewiesen (UV-act. 12).

Eine gegen diesen Suva-Einspracheentscheid erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2016 14 vom 16. August 2016 abgewiesen (vgl. UV-act. 14-648/682 bis 14-679/682). Dieser Gerichtsentscheid ist unangetroffen in Rechtskraft erwachsen.

D. Im IV-Verfahren führte die IV-Stelle am 29. Oktober 2012 ein Abklärungsgespräch mit A. _____ durch (IV-act. 15). Zudem wurde der Verlauf des UV-

Verfahrens verfolgt bzw. abgewartet (siehe unter anderem IV-act. 15-4/5 unten; IV-act. 17; IV-act. 46; IV-act. 47; IV-act. 48; IV-act. 54; IV-act. 55).

Die RAD-Ärztin C._____ erwog in einer Stellungnahme vom 6. September 2013, dass es vorrangig um eine psychiatrische Beurteilung gehe, nachdem der somatische Teil seitens der Suva abgeschlossen sei (IV-act. 32-5/8). Der RAD-Psychiater Dr.med. D._____ empfahl in seinem gleichentags vorgenommenen Aktenkonsilium, im Rahmen der Mitwirkungspflichten/ Schadenminderungspflicht eine stationäre psychiatrische Behandlung durchzuführen (IV-act. 32-8/8), was von der IV-Stelle mit einer entsprechenden Auflage vom 10. September 2013 gefordert wurde (IV-act. 33). Am 13. September 2013 teilte A._____ der IV-Stelle mit, dass es ihm psychisch wieder besser gehe, dass er keine Psychopharmaka mehr benötige und auch seit längerem keine Angstzustände mehr habe; er sei nur noch aufgrund des Bandscheibenvorfalles eingeschränkt (IV-act. 34). Daraufhin hob die IV-Stelle die Auflage einer stationären psychiatrischen Behandlung auf (IV-act. 35).

In einer radärztlichen Beurteilung vom 28. Februar 2017 wurde eine MEDAS-Begutachtung als nötig erachtet (IV-act. 56-7/7). Die Durchführung einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung wurde A._____ am 13. März 2017 mitgeteilt (IV-act. 57). Der Begutachtungsauftrag wurde der E._____ AG zugewiesen (IV-act. 63). Das entsprechende MEDAS-Gutachten wurde am 26. Juni 2017 erstattet (IV-act. 65).

E. Nach Prüfung des Gutachtens empfahl der RAD-Arzt Dr.med. F._____ am 3. Oktober 2017 eine Rückfrage an die MEDAS-Gutachter, um den Verlauf der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit März 2011 gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten darzustellen (IV-act. 67-8/11). Die Antwort der MEDAS-Gutachter auf die Rückfrage folgte am 16. November 2017 (IV-act. 69). Dazu äusserte sich der RAD-Arzt Dr.med. G._____ in einer Stellungnahme vom 11. Januar 2018 (IV-act. 73-9/9). Mit Vorbescheid vom 19. April 2018 kündigte die IV-Stelle an, für den Zeitraum vom 1. März 2013 bis zum 31. Januar 2016 eine ganze IV-Rente und anschliessend ab 1. Februar 2016 befristet bis zum 31. Mai 2017 eine halbe IV-Rente zuzusprechen (IV-act. 77). Gegen diesen Vorbescheid liess A._____ am 18. Mai 2018 Einwände einreichen (IV-act. 82), welche hinsichtlich der Begründung am 29. Juni 2018 ergänzt wurden (IV-act. 86).

F. Mit Verfügung vom 11. Juli 2018 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren ab (IV-act. 88). Mit Schreiben vom 19. Juli 2018 an die E._____ AG ersuchte die IV-Stelle die

Gutachterstelle, zu den Vorbringen des Versicherten gegen den Vorbescheid Stellung zu nehmen (IV-act. 90). Die Antwort der Gutachterstelle zu diesen Einwänden folgte am 17. September 2018 (IV-act. 91). Diesem Ergebnis pflichtete der RAD-Arzt Dr.med. G._____ in einer Stellungnahme vom 11. Oktober 2018 bei (IV-act. 94-11/11). Am 6. und 7. Dezember 2018 reichte der Rechtsvertreter von A._____ weitere medizinischen Berichte ein (IV-act. 97 bis 101). Am 15. Januar 2019 verfügte die IV-Stelle, dass A._____ ab 1. März 2013 bis zum 31. Januar 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente und ab 1. Februar 2016 bis zum 31. Mai 2017 Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe. Der Umfang der nachzuzahlenden Rentenbeträge (inkl. Kinderrenten und Verzugszinsen) für den Zeitraum vom 1. Februar 2016 bis zum 31. Mai 2017 wurde auf Fr. 40'274.-- festgelegt (vgl. IV-act. 103 i.V.m. IV-act. 95 = Bf-act. 2). Die nachzuzahlenden Beträge für den Zeitraum vom 1. März 2013 bis zum 31. Januar 2016 wurden nach Abzug (Verrechnung) der von der kommunalen Fürsorgebehörde bevorzugten Leistungen auf Fr. 8'790.90 festgelegt (vgl. IV-act. 102 = Bf-act. 10).

G. Gegen die Verfügung vom 15. Januar 2019 liess A._____ fristgerecht am 15. Februar 2019 beim Verwaltungsgericht Schwyz Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 15. Januar 2019 sei aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer auch nach dem 31. Mai 2017, also ab 1. Juni 2017 und bis auf Weiteres, eine halbe IV-Rente auszurichten.
3. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2017 und bis auf Weiteres eine IV-Viertelsrente auszurichten.
4. Subeventualiter sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch ein medizinisches Obergutachten abzuklären bzw. die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung mittels Obergutachten zurückzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich MWSt) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Hinsichtlich der von der IV-Stelle eingeholten Stellungnahme der Gutachterstelle vom 17. September 2018, welche dem Rechtsvertreter nicht rechtzeitig zugestellt worden war, erhielt der Beschwerdeführer Gelegenheit, seine Beschwerde mit einer Eingabe vom 1. März 2019 zu ergänzen.

H. Mit Vernehmlassung vom 8. April 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Nach Kenntnisnahme der Vernehmlassung verzichtete der Beschwerdeführer bzw. sein Rechtsvertreter konkludent auf die Erstattung weiterer Bemerkungen.

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.

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.

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades 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 wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit 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 (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. 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 (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der 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 grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: 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 Beschwerden die *Befunde* zu erheben und gestützt darauf die *Diagnose* zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). 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 substantziell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine *wichtige Grundlage* für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person *noch zugemutet werden* können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete, mehrfach bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.6 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; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A. Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3; BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Im vorliegenden Fall sind sich die Parteien einig, dass der Versicherte (im Anschluss an die Unfallereignisse vom 3.11.2011 sowie vom 30.1.2013) für den Zeitraum vom 1. März 2013 bis zum 31. Januar 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente sowie für den Zeitraum ab 1. Februar 2016 bis zum 31. Mai 2017 Anspruch auf eine halbe IV-Rente hat. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, wie es sich mit einem Rentenanspruch ab 1. Juni 2017 verhält. Während die IV-Stelle für die Zeit ab dem 1. Juni 2017 einen rentenbegründenden IV-Grad verneint, macht der Versicherte vor Gericht sinngemäss geltend, dass er weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe, bzw. im Eventualstandpunkt beruft er sich auf einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juni 2017.

3. Aus den vorliegenden Unterlagen sind zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten u.a. die nachfolgenden Angaben zu entnehmen.

3.1 Im rechtskräftigen Entscheid I 2016 14 vom 16. August 2016 setzte sich das Verwaltungsgericht im UVG-Beschwerdeverfahren mit dem damals zu beurteilenden Gesundheitszustand des Versicherten u.a. wie folgt auseinander:

2.1 Gemäss der Schadenmeldung UVG vom 8. November 2011 (...), dem Arztzeugnis UVG von Dr.med. H. _____ vom 21. November 2011 (...) sowie den eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers (...) war der Beschwerdeführer auf einer Baustelle in Sins mit dem Eisenlegen an einer ca. 2,7 m hohen Wand beschäftigt, als er von einem Gerüstbock ca. 1 bis 1,2 m Höhe auf die linke Körperseite fiel und dabei mit der gesamten linken Körperseite von der Schulter bis zum Kniebereich aufschlug (...). Nach eigenen Angaben zog er sich dabei Verletzungen an der Wirbelsäule, Rücken und Schulter links bis ins linke Knie zu. Sein Körper habe unter Schock gestanden und er habe Muskelschmerzen gehabt. Er sei von Arbeitskollegen nach Hause gefahren worden. Am nächsten Morgen seien die Beschwerden unverändert gewesen, weswegen er seinen Hausarzt Dr.med. H. _____ aufgesucht habe. (...) Dr.med. H. _____ hielt folgende Befunde fest: Lumbalbereich: Druckempfindlichkeit, Bewegungseinschränkung; Kniegelenk links: Bewegungseinschränkung. Die Diagnose lautete auf Sturz mit Prellungen. Die Beschwerden hätten sich sofort nach dem Sturz bemerkbar gemacht. Eine Verschlimmerung sei nach ein paar Stunden sowie in der Nacht eingetreten.

2.2 Nach der Überweisung durch Dr.med. H. _____ diagnostizierte Dr.med. I. _____ in ihrem Bericht vom 25. November 2011 (...) ein lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance (Spondylarthrose L4-S1, mit Verweis auf CT vom 4.7.2011), Periarthropatia humeroscapularis bds. bei ACG-Arthrose und muskulärer Dysbalance sowie eine beginnende Gonarthrose links. In der Anamnese wurde festgehalten: "Herr [...] klagt seit dem Sturz am 3.11.2011 über vermehrte lumbale Rückenschmerzen, linkes Knie, Nacken und Schultern. Schmerzverstärkung bei Belastung, jedoch kein Hustenschmerz oder nächtlicher Schmerz. Keine Miktionsstörungen und normaler Stuhlgang. Nun Kraftminderung Beine bemerkt". (...) Dr.med. I. _____ erwähnt eine Schmerzangabe bei der Prüfung der Schulterbeweglichkeit in alle Richtungen bds. (...)

2.3 In Bezug auf die Schulterschmerzen links hielt med.pract. J. _____ bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Januar 2012 eine unklare Genese fest (...). Seine Untersuchung ergab eine aktiv freie Schulterbeweglichkeit, ab einer Elevation und Abduktion von 160° eine schmerzbedingte Einschränkung. In der Folge fanden vermehrt ärztliche Untersuchungen statt, die im Zusammenhang mit den HWS-Beschwerden sowie der seit März 2012 aufgetretenen depressiven Episode mit Panikattacken und Angst standen (...).

2.4 In der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2013 hielt med.pract. J. _____ folgenden Befund fest: "Im Stehen Schultergeradstand, symmetrische Muskulatur im Vergleich zur rechten Gegenseite. Aktiv freie Beweglichkeit mit Abduktion und Elevation jeweils 180°, endgradig leicht verlangsamt und zunehmend zitternd (dabei Schmerzangaben im mittleren Rückenbereich). Freie Aussen- und

Innenrotation, Nackengriff und Schürzengriff einwandfrei möglich" (...). Ein Jahr und drei Monate nach dem Unfall und fehlendem Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im HWS-Bereich und klinisch einwandfreier Schulterfunktion und damit ebenfalls sehr wahrscheinlich ausgeschlossenen unfallbedingten strukturellen Läsionen und bei unauffälliger Neurologie (mit Verweis auf den neurologischen Untersuchungsbefund von Dr.med. K. _____ ...) spiele der Unfall im heutigen Beschwerdebild keine Rolle mehr.

2.5 In seinem Bericht vom 11. April 2013 zum Arthro-MRI des linken Schultergelenks vom 8. April 2013 hielt Dr.med. L. _____ (FMH Radiologie) folgendes fest (...):

Indikation:

Frage nach Rotatorenmanschetten-Pathologie.

Nach durchleuchtungsgesteuerter intraartikulärer Kontrastmittelapplikation regelrechtes Arthrogramm. Nachfolgend Durchführung der Arthro-MRI.

Regelrechte Artikulationsstellung im AC-Gelenk sowie Glenohumeralgelenk. Die Rotatorenmanschette kommt altersentsprechend regelrecht zur Darstellung. Kein Nachweis einer relevanten Insertionstendinose. Keine Ruptur.

Im Bereich des ventralen Labrums lässt sich ein ausgedehnter Einriss darstellen, der bis weit hinter den Bizepssehnenanker reicht, einer höhergradigen SLAP-Läsion entsprechend. Die Sehne des Caput longum musculus biceps ist intakt.

Beurteilung:

Höhergradige SLAP-Läsion bei intakter Rotatorenmanschette.

2.6.1 Bei einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung vom 16. Juli 2013 hielt med.pract. J. _____ zur Schulter links folgende Befunde fest (...):

Aktive Beweglichkeit: Painful arc ab 90° bei freier Schulterbeweglichkeit, oberhalb der Horizontalen jedoch nahezu unmöglich. Es werden Schmerzen im vorderen Schultergelenksbereich angegeben. Keine Schulterinstabilität. Positive Impingementzeichen. Ansonsten schmerzbedingt schwere Untersuchbarkeit der Schulter.

2.6.2 Zur Einholung einer Zweitmeinung bezüglich die diagnostizierte SLAP-Läsion wurde der Beschwerdeführer am 3. September 2013 von Dr.med. M. _____ (Oberarzt Orthopädie) im N. _____ (Spital) untersucht. In der klinischen Untersuchung gelang die aktive Flexion bis ca. 70°. Die Aussenrotation war seitengleich bis ca. 45°, die Innenrotation bis Gesäss. Sämtliche Tests seien schmerzhaft gewesen und daher kaum verwertbar. Dr.med. M. _____ beschrieb den MRI-Befund als "Grosse SLAP-Läsion bei aber wahrscheinlich intaktem Bizepssehnenanker", bestätigte die Diagnose SLAP-Läsion und bot mit Zurückhaltung eine arthroskopische Revision an (...).

2.7 In der kreisärztliche Untersuchung vom 30. September 2013 stellte Dr.med. O. _____ u.a. die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen SLAP-II-Läsion links. Weiter hielt er fest, dass sich ein Teil der vom Versicherten angegebenen Beschwerden durch objektive medizinische Befunde nicht erklären lassen würde. Er reagiere auf unterschiedliche Belastungssituationen in unterschiedlicher Weise. Es seien leichte Aggravationstendenzen bei der Untersuchung der Wirbelsäule und des linken Schultergelenks auffällig. Insgesamt sei aber zu beobachten, dass es zu deutlicher Verbesserung der bisher vom Versicherten beklagten Schmerzsymptomatik von Seiten der Wirbelsäule und des linken Schultergelenks gekommen sei, sodass man annehme, den Fall spätestens Anfang 2014 abschliessen zu können (...).

2.8 Nachdem die Dres.med. P._____ und M._____ dem Beschwerdeführer seit längerem eine Schulterarthroskopie links vorgeschlagen hatten, nahm Dr.med. P._____ diesen operativen Eingriff am 14. November 2013 vor. Im Operationsbericht vom 10. Dezember 2013 wurde u.a. folgendes festgehalten (UV-act. 7-34/73):

Diagnose

SLAP-Läsion, subacromiales Impingement und symptomatische AC-Arthropathie links.

(...)

Operation

Arthroskopie, periösäre Peek-/Cayenneanker-Tenodese (5.5mm), subacromiale Dekompression, knöcherne Acromionplastik und AC- Resektion.

(...)

Vorgehen

(...). Eingehen in das Gelenk durch ein dorsales Standardportal. Intraartikulärer diagnostischer Rundgang. Unauffällige Subscapularis-/ Infra-/ Supraspinatussehne ohne jegliche Läsion. Freier Rezessus axillaris. Unauffällige Bear-area. Das Eingehen mit dem Trocars unterhalb des Bizeps. Im Bereich des Tuberculum supraglenoidale ist möglich hochgradig verdächtig auf das Vorliegen einer SLAP-Läsion. Aufgrund dessen und mit Blick auf die Klinik des Patienten entscheiden wir uns für eine periösäre Peekanker-Tenodese. Der kraniale Sulcus bicipitalis wird angefrischt und ein Anker eingebracht. Nachfolgend durchshutteln der Fäden durch den Anker in Lasso loup-Technik. Resektion des intraartikulären Bizepssehnenstumpfes. Ausgiebiges Spülen. Wechsel auf subacromial. Gründliche Bursektomie. Darstellen des acromialen Daches. Knöcherne Acromionplastik. Aufsuchen des AC-Gelenkes. Knöcherne AC-Resektion. Fotodokumentation.

Nachdem der Beschwerdeführer in den postoperativen Kontrollen berichtete, noch deutlich schmerzgeplagt zu sein, nahm Dr.med. Q._____ am 10. Januar 2014 eine intraartikuläre Infiltration in das linke Schultergelenk vor (...). Im Bericht zur postoperativen Konsultation vom 14. Februar 2014 hielt Dr.med. P._____ folgende klinischen Untersuchungsergebnisse fest: Flexion 110°, Abduktion 90°, AR fast seitengleich frei. Endständig noch etwas schmerzhaft. Sensibilität Dig. IV/V erhalten (...). Im Bericht vom 24. März 2014 hielt Dr.med. P._____ beim Beschwerdeführer eine unveränderte Beschwerdeproblematik fest. Die klinische Untersuchung zeigte: Reizlose und blande Arthroskopie-Portale, Schultergelenksbeweglichkeit in Flexion knapp 110°, Abduktion 85° und Aussenrotation 40°, dann jeweils schmerzbedingter Stopp. Eine weitergehende Mobilisation werde als unangenehm empfunden und deshalb vermieden. Es bestehe eine gute Kraft über der gesamten Rotatorenmanschette, aber noch erheblicher Druckschmerz über dem resezierten AC-Gelenk. Es wurde nochmals eine intraartikuläre Infiltration in das linke Schultergelenk angesetzt (...).

2.9 Am 10. April 2014 wurde ein weiteres Arthro-MRI der linken Schulter angefertigt. Nach einer Sprechstunde des Beschwerdeführers am 14. April 2014 beurteilte Dr.med. P._____ in seinem Bericht vom 16. April 2014 die Situation wie folgt (...):

Arthro-MRI Schulter links

Es zeigt sich eine vollständig intakte Rotatorenmanschette in allen Anteilen. St. n. Bizepssehnen-Tenodese mit liegender Tenodeseschraube. Der Bizeps ist im cranialen Sulcus bicipitalis somit nicht mehr abgrenzbar. Im inferioren Anteil des Sulcus Überlagerung mit dem Subscapularissehnen-Ansatz. Jedoch soweit erkennbar, intakte

Tenodese. Unauffällige glenohumerale Knorpelverhältnisse. AC-Gelenk nach Resektion kein störender Sporn hier erkennbar.

Beurteilung/Procedere

MR-tomografisch konnte keine strukturelle Läsion verifiziert werden. Insgesamt etwas frustraner Verlauf. Zum einen wissen wir, dass der Endzustand nach einer solchen Operation vor allem mit AC-Resektion 9-12 Monate postoperativ beurteilt werden darf, zum anderen würden wir natürlich schon einen etwas speditiveren Heilungsverlauf wünschen. (...).

2.10 Dr.med. R. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) hielt in seinem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 23. April 2014 fest, dass die linke Schulter inspektorisch unauffällig sei. Die Palpation ergab einen Druckschmerz im Bereich des Acromions ventral, aber nicht im Verlauf der Bizepssehne. Die Schulterfunktionen lauteten wie folgt: Abduktion/Adduktion 80-0-20°, Elevation/Retroversion 100-0-10°, Aussen-/Innenrotation 40-0-90°. Der Cross Body Test fiel negativ aus. Bei der Beurteilung der linken Schulter hielt Dr.med. R. _____ zudem folgendes fest (...):

Dieser Versicherte hat die linke Schulter kontusiert vor mehr als 2 Jahren.

Eine eigentliche posttraumatische strukturelle Läsion konnte nicht eruiert werden, man beschrieb einen fraglichen SLAP-Befund.

Eine SLAP-Läsion, z.B. Grad I, ist aber ubiquitär vorhanden und nicht eine Unfallfolge. Auch die übrigen Labrumverletzungen sind selten Unfallfolge.

In seiner Ergänzung zum Kreisarztbericht führte Dr.med. R. _____ am 12. Mai 2014 aus, dass die Reduktion der Funktion der linken Schulter nicht Folge eines Unfalls, insbesondere nicht der SLAP-Läsion, sondern des Impingements sei. (...).

2.11 Dr.med. T. _____ (Leitender Arzt Neurologie) vom Spital S. _____ untersuchte den Beschwerdeführer am 30. Mai 2014. Er hielt in Bezug auf den Status u.a. fest, dass das Schultergelenk links nicht frei beweglich sei. Nach vorne und seitlich bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte passive Beweglichkeit, der Schürzengriff und hinter den Kopf fassen mit dem linken Arm sei nicht möglich. Die anhaltenden, chronischen, invalidisierenden, posttraumatischen panvertebralen Schmerzen würden sehr wahrscheinlich durch eine somatoforme Schmerzstörung verursacht. Der neurologische Status sei normal (...).

2.12 Im Sinne einer Zweitmeinung äusserte sich Prof. Dr.med. U. _____ (Teamleiter Schulterchirurgie, V. _____ [Klinik]) und Dr.med. W. _____ (Assistenzarzt Orthopädie) zum Zustand des Beschwerdeführers am 10. November 2014 wie folgt (...):

Diagnosen

Ausgeprägte Restbeschwerden Schulter links bei (...).

Befund:

Schulter links: Reizlose Arthroskopieportale, unauffälliges Integument, keine Rötung, keine Überwärmung. Schultergelenksbeweglichkeit schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Flexion bis 90°, Abduktion bis 70°, Aussenrotation seitensymmetrisch 30°, Innenrotation bis Trochanter major. Kein Aussenrotationslag. Lift off-Test nicht durchführbar, jedoch negativer Belly press-Test, Jobe- und Whipple-Test ebenfalls nicht durchführbar schmerzbedingt. Ausgeprägte Druckdolenz im AC-Gelenk sowie im Bereich der mutmasslichen Bicepstenodese. Glenohumerale Abduktion 100°.

Zusätzliche Untersuchungen:

Röntgen Schulterstatus links vom 10.11.2014:

Unauffällige ossäre Strukturen, Critical shoulder angle von 28°, normaler ACHD von 11mm.

In der Beurteilung wurden bestehende Restbeschwerden ca. ein Jahr nach Schulterarthroskopie mit AC-Gelenksresektion und Bicepstenodese festgehalten. Diese Beschwerden würden sich in der klinischen Untersuchung nicht objektivieren lassen.

2.13 Auf Anfrage der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers äußerte sich Dr.med. X._____, der den Beschwerdeführer seit dem 23. Oktober 2014 behandelte, mit Antwortschreiben vom 23. Februar 2015 wie folgt zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (...):

2. Diagnose

- Cervicocephales Syndrom bei St. n. Trauma mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri
- Cervical und torakal betontes Panvertebralsyndrom
- St. n. Schulterarthroskopie, periossäre Bicepstenodese (5.5mm Peak-Anker), subacromialer Dekompression, Acromioplastik, AC-Resektion links im November 2013 (fecit. Dr.med. P._____) bei
- SLAP-Läsion und symptomatischer AC-Gelenksarthropathie
- St. n. Schultertrauma 2011 beim Sturz von einem Gerüst
- Rezidiv Dreh-Schwindel 27.09.2013
- Arbeitsunfall 03.11.2011 mit Schulterprellung li, Rücken-LWS-Prellung, HWS Distorsion
- Cluster/Migräne-Kopf-SZ (Rezidiv 2002 und 2009)
- Angststörung, Panikattacke
- Spondylarthrose L4-S1
- PHS [Periarthritis humeroscapularis]
- Beg. Gonarthrose li
- HWS-Syndrom mit NPP C5/6
- Neuer Badewannenunfall am 30.01.2013 mit HWS-Distorsion und Commotio
- SLAP-Läsion ventrales Labrum li-OP li SG am 14.11.2013 Dr. P._____
- SM-Abusus mit tox. Leberschaden
- OP Hämorrhoiden 25.06.2013 SL

Die Frage, ob die SLAP-Läsion beim Beschwerdeführer keine Unfallfolge war, verneinte Dr.med. X._____. Es sei durchaus nachvollziehbar, dass ein Sturz aus 1,5 Meter Höhe mit axialem Stauchungstrauma auf den linken Arm/Schulter objektiv geeignet sei, eine SLAP-Läsion hervorzurufen. Bei einem Sturz aus solcher Höhe wären durchaus noch schwerwiegendere Verletzungen denkbar. Dr.med. X._____ führte weiter aus, dass er bei der Beurteilung der Frage nach dem Typ der SLAP-Läsion auf den Operationsbericht von Dr.med. P._____ angewiesen sei. Darin halte der Operateur fest: "Im Bereich des tuberculum supraglenoidale ist möglich hochgradig verdächtig auf das Vorliegen einer SLAP-Läsion" (...). Aufgrund dieser Beobachtung durch den Operateur müsse tatsächlich angenommen werden, dass es sich um eine supraglenoidale SLAP-Läsion handle, wobei der Operateur unglücklicherweise nicht detailliert beschreibe, worin der hochgradige Verdacht einer Verletzung im Bereich des tuberculum supraglenoidale begründet sei (...).

2.14 Am 24. März 2015 beantwortete Dr.med. P._____ die Fragen der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (...).

2.15 In der Folge beauftragte die Vorinstanz PD Dr.med. Y._____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva mit der chirurgischen Beurteilung des

vorliegenden Falles. Am 17. August 2015 erstattete er seine chirurgische Beurteilung (...). Die Beurteilung erfolgte aufgrund der Akten, ohne Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie umfasst 18 Seiten. Nach der Einleitung wurde auf den folgenden neun Seiten die Vorgeschichte nach der Aktenlage wiedergegeben, wobei nur jene Akten zitiert sind, welche im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden links stehen; die Verletzungen von LWS, HWS und die im weiteren Verlauf aufgetretenen psychischen Beschwerden wurden von PD Dr.med. Y._____ bewusst ausgeklammert. Auf der Seite 11 der Beurteilung findet sich die Bildgebung des MRI der linken Schulter vom 8. April 2013 (...). Dann folgte die Beurteilung, wo noch einmal der bisherige Beschwerdeverlauf mit den wichtigsten medizinischen / ärztlichen Zwischenstationen wiedergegeben wird. Im Abschnitt "Erschwerung der Diagnostik" auf Seite 13 verweist PD Dr.med. Y._____ darauf, dass die Beurteilung, ob es sich bei der nach rund 1 ½ Jahre nach Unfall vorgefundenen SLAP-Läsion um einen degenerativen vorbestehenden Schaden oder um ein frisches Trauma handle, durch eine nicht zeitnah vorgenommene Bildgebung erschwere. Als nach einer zeitnahen Hausarztkonsultation dem Patienten eine MRI-Untersuchung der linken Schulter vorgeschlagen wurde, habe dieser die Untersuchung wegen Platzangst nicht gewünscht. Eine vorgesehene MRI-Untersuchung der linken Schulter vier Monate nach dem Unfall habe wegen der dafür notwendigen Seitenlage aus Schmerzgründen nicht durchgeführt werden können. Aus Sicht der Bildgebung sei deshalb eine Unterscheidung zwischen degenerativ und frisch traumatisch nicht möglich (...). Es folgen allgemeine Bemerkungen zur SLAP-Läsion und zur Bildgebung. (...)

Die Frage der Vorinstanz, ob die Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einem organischen Substrat beruhen würden, bejahte PD Dr.med. Y._____. Die Frage, ob der Gesundheitsschaden im Bereich der linken Schulter mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 3. November 2011 verursacht worden sei, verneinte er. Eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes bejahte PD Dr.med. Y._____, wobei er davon ausging, dass die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach einem Jahr (nach dem Unfall) keine Rolle mehr spielen würden (...).

Da PD Dr.med. Y._____ zur Zeit seiner Beurteilung vom 17. August 2015 die Röntgenbilder der Schultern beidseits vom 21. November 2011 noch fehlten, erhielt er diese zur nachträglichen Beurteilung. In seinem Bericht vom 14. Oktober 2015 (...) konnte er bei der rechten Schulter keine Hinweise für eine ossäre Läsion, keine Hinweise für eine Arthrose, sondern einzig ein ganz leichter Sklerosierungssaum im Bereich des Ansatzes der Rotatorenmanschette feststellen. Im Gegensatz zur rechten Schulter bestehe links ein ganz leichter Tiefstand der Schulter, indem die Kalotte etwas unterhalb des inferioren Randes des Glenoids (Maloney-Linie) reiche. Es bestehe eine leicht runde Linie am kranialen Glenoid, nicht ganz scharf begrenzt, was einem Summationseffekt der erwähnten Knochenstrukturen entspreche und nicht einer ossären Läsion. An seiner vorgängigen Beurteilung würden die Röntgenbilder der Schultern bds. nichts ändern (...).

3.1 Aufgrund der vorliegenden Akten ergibt sich folgendes Bild: Unmittelbar nach dem Unfall vom 3. November 2011 standen die Schulterbeschwerden links nicht im Vordergrund (...). Erstmals werden Schulterbeschwerden beidseits (und mithin ohne konkrete Nennung der linken Schulter) im Bericht von Dr.med. I._____ vom 25. November 2011 erwähnt, allerdings lag der Schwerpunkt dieser Untersuchung auf den lumbalen Rückenschmerzen, dem Nacken und dem lin-

ken Knie. Es wird hier eine "Schmerzangabe bei der Prüfung der Schulterbeweglichkeit in allen Richtungen bds." aufgeführt (...). Nachdem die Schulterbeschwerden nicht nach-liessen, erwähnte Dr.med. I._____ in ihrem Bericht vom 13. Dezember 2011, dass zwar keine Unfallfolgen eruier werden könnten, allerdings könne durch den Sturz eine Exazerbation der Beschwerden nachvollzogen werden. Als Auslöser für die aktuellen Schmerzen nahm Dr.med. I._____ eine Muskelkontusion und nachfol-gende Schmerzhaltung an (...). Auch in diesem Bericht wird die linke Schulter nicht ausdrücklich thematisiert. Eine erstmalige klinische Untersuchung der linken Schulter ist im Bericht von Kreisarzt med.pract. J._____ vom 26. Januar 2012 dokumentiert, worin eine aktiv freie Schulterbeweglichkeit links, ab einer Elevation und Abduktion von 160° schmerzbedingte Einschränkung (wobei der Beschwerdeführer Nackenschmerzen angab) festgehalten wird (...). Die MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks vom 7. März 2012 (...) konnte nicht durchgeführt werden, "da dafür eine Lagerung in der Seitenlage notwendig ist und diese vom Patienten schmerzbedingt nicht toleriert wurde". Das erste MRI des Schultergelenks links wurde am 8. April 2013 (17 Monate nach dem Unfall) von Dr.med. Q._____ angefertigt und zeigte eine höhergradige SLAP-Läsion bei intakter Rotatorenmanschette (...). Ein weiteres Arthro-MRI vom 10. April 2014 wurde erst nach der Schultergelenk-Operation vom 14. November 2013 angefertigt; darin liess sich keine strukturelle Läsion verifizieren (...).

Es ist damit erstellt, dass in der ersten Zeit nach dem Unfall keine bildgebenden Dokumente (Arthro-MRI) zur linken Schulter existieren sowie dass die Schulterbeschwerden links damals nicht im Vordergrund standen. Da sich im Arthro-MRI vom 10. April 2014 keine strukturelle Läsion mehr feststellen liess, ist der vorinstanzlichen Beurteilung zuzustimmen, dass sich spätestens am 14. September 2014 (zehn Monate nach der Schultergelenkoperation) der Zustand, wie er vor dem Unfall bzw. ohne den Unfall bestand (status quo ante vel sine), eingestellt hatte.

3.2 Wenn der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vorbringt, Dr.med. Y._____ habe im Gegensatz zu Dr.med. I._____ anhand der Röntgenbilder vom 21. November 2011 keinen Humeruskopfhochstand bds. feststellen können, so ist dies nicht relevant in Bezug auf die Frage, ob beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 14. September 2014 noch unfallbedingte Schulterbeschwerden links bestanden. Es ist aus ärztlicher Sicht unbestritten, dass ein (allfälliger) Humeruskopfhochstand bds. nicht durch das Unfallereignis vom 3. November 2011 ausgelöst wurde. Da zudem Dr.med. I._____ in ihren Berichten vom 25. November 2011 (...) und vom 13. Dezember 2011 (...) keine Unfallfolgen eruieren konnte, ist die Beurteilung der Röntgenbilder vom 21. November 2011 durch PD Dr.med. Y._____ nicht zu beanstanden, wonach sich darauf keine Hinweise für eine ossäre Läsion zeigten (...).

3.3 Im Weiteren ist es miteinander vereinbar, wenn einerseits Dr.med. I._____ in ihrem Bericht vom 13. Dezember 2011 eine sturzbedingte Exazerbation der Beschwerden (infolge der Periarthropatia humeroscapularis bds.) als nachvollziehbar beurteilt (...) und andererseits PD Dr.med. Y._____ zum Ergebnis gelangt, dass ein Jahr nach dem Unfall vom 3. November 2011 eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Beschwerdebild des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spiele (...).

3.4 Zu keinem anderen Ergebnis führen die weiteren aktenkundigen Arztberichte. In seinem Antwortschreiben vom 23. Februar 2015 beurteilte der behandelnde Arzt des Beschwerdeführers Dr.med. X._____ eine durch den Sturz vom 3. November 2011 verursachte SLAP-Läsion zwar als "durchaus nachvollziehbar" und "denkbar". Zur Frage nach der Ursache der SLAP-Läsion verweist er auf den Operateur Dr.med. P._____ (...). Dieser hält eine durch den Sturz verursachte SLAP-Läsion beim "Auffangen des nicht unerheblichen Gewichtes [des Beschwerdeführers]" ebenfalls nur für "denkbar" (...). Diese beiden Beurteilungen sind nicht geeignet, die Beurteilung von PD Dr.med. Y._____ in Zweifel zu ziehen, der in nachvollziehbarer Weise davon ausgeht, dass spätestens ein Jahr nach der Operation die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten (...).

3.5 Aufgrund der vorliegenden Akten ist eine traumatische Genese des subacromialen Impingements und der AC-Gelenksarthropathie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Nennung eines traumatisch ausgelösten subacromialen Impingements im Bericht von Dr.med. P._____ vom 24. März 2015 (...) steht im Widerspruch zu den übrigen Akten, namentlich auch zur Beurteilung von Dr.med. X._____ vom 23. Februar 2015 (...). Gegen eine traumatische Genese des subacromialen Impingements spricht auch die festgestellte intakte Rotatorenmanschette. Die symptomatische AC-Arthropathie ihrerseits ist unbestritten nicht durch das Unfallereignis vom 3. November 2011 verursacht worden.

3.6 Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz, gestützt auf die Beurteilung von PD Dr.med. Y._____ – welche in Kenntnis der relevanten Vorakten (...) erging und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar ist – in ihrer Verfügung vom 26. August 2014 in Bezug auf die Schulterbeschwerden links den Status quo sine vel ante spätestens ab dem 14. September 2014 annahm (...).

3.7 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der chirurgischen Beurteilungen von PD Dr.med. Y._____ vom 17. August 2015 und vom 14. Oktober 2015 bestehen, weshalb die Vorinstanz ihre Leistungen hinsichtlich der Schulterbeschwerden links zu Recht auf den 14. September 2014 eingestellt hat.

4. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die weiteren Beschwerden (neben den Schulterbeschwerden links) des Beschwerdeführers kausal auf die Unfallereignisse vom 3. November 2011 und/oder vom 30. Januar 2013 und zurückzuführen sind.

4.1 (...)

4.2 Zu den übrigen Beschwerden des Beschwerdeführers lassen sich den vorliegenden Akten – wiederum in gedrängter Form (...) – folgende Angaben entnehmen:

4.2.1 Im Bericht zum CT der HWS vom 12. Dezember 2011 konnte Dr.med. Q._____ keine ossäre Läsion der HWS (bis einschliesslich BWK 4) feststellen. Allerdings zeigte sich eine Osteochondrose HWK 5/6 mit höhengeminderter Bandscheibe und darüber hinaus der Nachweis einer kleinen rechtsmediolateralen Diskushernie, wodurch der Duralsack kompromittiert werde. Eine Wurzelkompression liess sich nicht feststellen, die übrigen Bandscheibenetagen der HWS waren unauffällig (...).

4.2.2 Auf Nachfrage des Mitarbeiters der Vorinstanz gab der Beschwerdeführer am 21. November 2011 an, dass er bereits vor dem Unfall vom 3. November 2011 bei Dr.med. I. _____ Abklärungen vornehmen liess; diese standen im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden im Kreuzbereich, die wegen seiner beruflichen Tätigkeit im Sinne einer Überlastung aufgetreten seien. Er sei geröntgt worden und habe Medikamente nehmen müssen (...).

4.2.3 Am 6. März 2012 nahm Dr.med. Z. _____ (Facharzt Radiologie, AA. _____) beim Beschwerdeführer ein MRI der Halswirbelsäule (nativ) und der Lendenwirbelsäule (nativ) vor (Vi-act. I 56-1/2). Hinsichtlich die HWS wurde in der Beurteilung folgendes festgehalten: Gering ausgeprägte Chondrose C4/5. Deutliche Chondrose, Anulusriss und breitbasige Diskushernie C5/6 mit Myelonkontakt, aber ohne signifikante Einengung bzw. Kompression neuraler Strukturen. LWS: Lumbosakrale Übergangsanomalie. Anulusriss und breitbasige Diskushernie L5/S1 rechtsmediolateral, dadurch Einengung des lateralen Rezessus und des Neuroforamens mit Kompromittierung der Nervenwurzeln S1 und evtl. auch L5 rechts. Diesbezüglich hielt med.pract. J. _____ am 5. April 2012 fest, dass Beschwerden durch traumatisierte, vorbestehende Diskushernien C5/6 und L5/S1 vorliegen würden; diese könnten bis zu einem Jahr ab dem Ereignis unfallbedingt sein (...).

4.2.4 Gemäss dem Notfallbericht des Spitals S. _____ vom 9. März 2012 wurde der Beschwerdeführer an diesem Datum auf den Notfall gebracht mit Thoraxschmerzen ausstrahlend in den Hals. Das EKG, das Labor und die klinische Untersuchung blieben unauffällig. Dr.med. AB. _____ (Leitender Arzt Interdisziplinäre Notfallstation) und pract.med. AC. _____ (Assistenzärztin Innere Medizin) interpretierten die Beschwerden im Rahmen einer Panikattacke (...).

4.2.5 Im Notfallbericht vom 1. Mai 2012 hielten Dr.med. AD. _____ (Oberärztin Innere Medizin) und Dr.med. AE. _____ (Assistenzärztin Innere Medizin) vom Spital S. _____ folgendes fest (IV-act. 13-19/26):

Diagnosen:

1. Panikattacke

- bei bekannter Angststörung seit Unfall 11/11
- St. n. rezidivierenderen Panikattacken

2. Vd. a. depressive Verstimmung

3. St. n. Arbeitsunfall 11/11

- seither chronische Schmerzen im Bereich der cervikalen und lumbalen WS

(...) Wir interpretieren die Beschwerden am ehesten i.R. der Panikattacke, DD viraler Infekt bei umgebungsanamnestisch kürzlicher Gastroenteritis bei den Kindern. Auf die Gabe von Perfalgan und Pantozol i.v. sowie Temesta 1 mg Exp. vollständige Regredienz der Beschwerden bis auf weiterhin bestehende epigastrische Beschwerden. Der Patient fühlt sich durch die Angstzustände und Panikattacken im Alltag gestört und eingeschränkt, es könne so nicht weiter gehen. Wir empfahlen dem Patienten dringend professionelle Hilfe (Verhaltenstherapie, ggf. medikamentöse Therapie) welche der Patient gerne annehmen würde. Wir entliessen den Patienten in deutlich gebessertem AZ unter symptomatischer Therapie nach Hause. (...).

4.2.6 Am 25. Mai 2012 wurde der Beschwerdeführer von Dr.med. K. _____ untersucht, der in seinem Bericht vom 29. Mai 2012 bei diagnostizierter depressiven Episode mit Panikattacken und Angst festhielt, dass in den letzten drei Monaten praktisch täglich Angst- und Panikattacken aufgetreten seien (...). Begonnen hätten die Beschwerden mit Schmerzen im Rücken und Brustkorb links,

weshalb er mit Verdacht auf kardialen Notfall ins Spital S._____ gebracht worden sei. Dort seien die Untersuchungen unauffällig gewesen. (...). Dr.med. K._____ erwähnt zudem, dass beim Beschwerdeführer zuletzt 2009 Clusterkopfschmerzen aufgetreten seien. Die orientierende neurologische Untersuchung zeigte keine wesentliche Pathologie (IV-act. 13-13/26).

4.2.7 In seinem Bericht vom 15. Juni 2012 hielt der Hausarzt Dr.med. AF._____ (...) u.a. fest, dass beim Patienten eindeutig die Angst- und Panikattacken im Vordergrund stehen würden, die nach Angaben des Patienten latent seit bereits zwei Jahren existent seien (Angstgefühle beim Tunnelfahren und Symptome von Tachykardie und Angst in engen Räumen) (...).

4.2.8 Am 21. September 2012 hielt Kreisarzt med.pract. J._____, fest, dass beim Beschwerdeführer ein degenerativer Vorzustand traumatisiert worden sei. Die Beschwerden seien deshalb noch unfallbedingt. Er empfahl eine erneute Prüfung ein Jahr nach dem Unfall (...).

4.2.9 Im Bericht vom 21. September 2012 hielt Dr.med. K._____ fest, der Patient leide seit einer funktionellen Herzstörung im März 2012 an Angst- und Panikattacken sowie depressiver Entwicklung. Man habe diverse Psychopharmaka gegeben ohne durchschlagende Besserung. Als erste Massnahme schlage er eine Erhöhung von Remeron auf 45 mg zur Nacht vor. Langfristig empfehle er die Vorstellung bei einem Psychiater, um die psychiatrische Seite ganzheitlich anzugehen. Er glaube nicht, dass man allein mit Medikamenten den therapeutischen Durchbruch schaffe. Es bestehe bereits jetzt eine gewisse Neigung zu Benzodiazepinabusus, zur Vermeidung einer Suchtentwicklung sollten unbedingt Temesta, Lexotanil und auch Distraneurin ausgeschlichen werden. In neurologischer Hinsicht fanden sich keine Reflexausfälle oder sensible oder motorische Defizite der unteren Extremität. Somit gebe es keine sicheren Hinweise auf eine radikuläre Ursache (IV-act. 13-15/26).

4.2.10 Bei der psychiatrischen Aktenbeurteilung kam der Konsiliarpsychiater der Vorinstanz Dr.med. AG._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) am 4. Oktober 2012 zum Ergebnis, dass die bekannte klaustrophobe Veranlagung bzw. Beeinträchtigung durch den Unfall und dessen Folgen richtungsgebend verschlimmert worden seien (IV-act. 26).

4.2.11 Im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2013 hielt med.pract. J._____ u.a. folgendes fest (IV-act. 26-6/7):

1 Jahr und 3 Monate nach obengenanntem Unfall und fehlendem Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im HWS-Bereich und klinisch einwandfreier Schulterfunktion und damit ebenfalls sehr wahrscheinlich ausgeschlossenen unfallbedingten strukturellen Läsionen und bei unauffälliger Neurologie (...) spielt der Unfall im heutigen Beschwerdebild keine Rolle mehr.

Am heutigen Untersuchungstag erscheint [der Beschwerdeführer] im Vergleich zur Voruntersuchung in einem erschreckend schlechten Allgemeinzustand. Die Adäquanz der jetzigen depressiven Episode mit Panikattacken, Angststörungen sowie Klaustrophobie wurde von Seiten der Suva Sachbearbeitung verneint und vom beurteilenden Konsiliarpsychiater der Suva AG._____ ebenfalls als vorbestehend beurteilt. Diesbezüglich ist die weitere Therapie krankheitsbedingt.

Aus unfallkausaler Sicht liegen heute keine somatischen Folgen vor und damit besteht eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit.

4.2.12 Gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers am 22. März 2013 sei er am 30. Januar 2013 nach 10 Uhr aufgestanden und habe einen Kaffee getrunken. Nach 11 Uhr sei er duschen gegangen. Er habe Wasser und Seife um den Kopf herum gehabt. Er habe in der Badewanne stehend einen kleinen Schritt retour gemacht und sei dabei ausgerutscht. Er sei geradlings nach hinten gefallen. Mit dem Nackenbereich sei er am Rand der längsseitigen Badewanne aufgeschlagen und nachher auch noch mit dem Hinterkopfbereich. Er habe dann in der Badewanne gelegen und sich dabei auf die rechte Seite gedreht. Er sei bewusstlos geworden. Sein Cousin habe den Sturz gehört und sei ins Bad gekommen. Der Beschwerdeführer sei während 10 Minuten bewusstlos gewesen, während sein Cousin versuchte, ihn mit kaltem Wasser zu wecken. Als er wieder zu sich kam, habe er sofort starke Schmerzen im Nacken-/Kopfbereich verspürt und ihm war schwindelig. Er sei dann ins Spital S._____ gegangen (...).

4.2.13 Der Beschwerdeführer befand sich nach dem Unfall zur 24-Stunden-Überwachung im Spital S._____. Gemäss dem Austrittsbericht vom 9. Mai 2013 wurde beim Beschwerdeführer ein mittelschweres Schädelhirntrauma (SHT) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt, der sich bis Spitalaustritt stetig verbesserte. Folgende beiden bildgebenden Untersuchungen wurden während des Aufenthalts angefertigt (...):

CT Schädel und HWS vom 30.01.2013:

Normale Weite der inneren und äusseren Liquorräume infra- und supratentoriell. Regelrechte Dichteverteilung des infra- und supratentoriellen Parenchyms. Kein Anhalt für eine frische intracerebrale Blutung. Kein Hinweis auf Fraktur im Schädel und im Hals. Diskushernie HWK 5/6 mit Kompression des Duralschlauchs. Fusionsanomalie des BWK1.

MRI HWS vom 30.01.2013:

Kein Hinweis für ein prävertebrales Hämatom. Kein Hinweis für ein Hämatom im Bereich der Halsmuskulatur. Es besteht eine Diskushernie in Höhe C5/C6, die sich mediolateral nach rechts erstreckt und zur rechtsseitigen lokoregionären Nervenwurzel C6 eine unmittelbare Lagebeziehung aufweist.

4.2.14 Im Bericht vom 5. Juli 2013 zum ambulanten Assessment in der Rehaklinik Bellikon am 23. Mai 2013 hielten Dr.med. AH._____ (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation) und Dr.med. AI._____ (Spitalfacharzt) u.a. folgendes fest (...):

Diagnosen

A. Unfall vom 30.01.2013: Sturz auf der Badewanne

A1 Mittelschwere traumatische Hirnverletzung (gemäss Spital S._____ 30.01.2013)

A2 HWS-Distorsion QTF II

- 30.01.2013 CT Schädel und HWS: Diskushernie C5/6 mit Kompression des Duralschlauchs. Fusionsanomalie TH1
- 30.01.2013 MRI HWS: Diskushernie in Höhe C5/6

B. Unfall vom 11/2011 Sturz auf die linke Körperhälfte aus 1,5m Höhe während der Arbeit

B1 Schulterkontusion links

- 08.04.2013 Arthro-MRI: Höhergradige SLAP-Läsion
- 25.02.2013 Infiltration Schulter links

C. Unfall vom 2003: PW-Frontalkollision

D. Arterielle Hypertonie

E. Depressives Syndrom

- F. LWS Syndrom
 - 17.04.2013 MRI LWS/ISG: Rechtsmediolaterale Diskusprotrusion L5/S1 ohne Wurzelkompression. Keine relevante Coxarthrose.
- G. Leichtes Übergewicht (Präadipositas, BMI 29).

Aktuelle Probleme

1. Erhebliche Symptomausweitung (bei der Interpretation dieser Befunde ist die psychiatrische Diagnose zu berücksichtigen)
2. Nacken und Hinterkopfschmerzen
3. Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit beider Schultern (links mehr als rechts)
4. Knieschmerz links
5. Panikattacken, Angst und Depression

4.2.15 Kreisarzt med.pract. J._____ hielt in seinem Untersuchungsbericht vom 16. Juli 2013 fest, dass die bekannten Diskushernien im Bereich der HWS und LWS mit multiplen degenerativen Veränderungen und auch Myelonkontakt durch zwei Unfallereignisse traumatisiert wurden, ohne dass diese Unfälle strukturelle Läsionen hinterliessen (...).

4.2.16 Zur Einholung einer Zweitmeinung wurde der Beschwerdeführer am 11. September 2013 von Dr.med. AJ._____ (Leiter interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie) im N._____ untersucht (...). In seinem Bericht vom 12. September 2013 hielt Dr.med. AJ._____ zu dem am 28. August 2013 angefertigten MRI-HWS fest, dass sich unverändert eine diskrete Diskusprotrusion C4/5 und rechtsseitige Retrospondylophyten bei Osteochondrose C5/6 ohne Befundprogression und ohne Zeichen einer Neurokompression zeigen würden. Auch zeige sich neben einer regulären sagittalen Profilbildung ohne Zeichen einer Bandläsion eine reguläre Artikulation. Dr.med. AJ._____ gelangte zur folgenden Beurteilung:

Die am 12.12.2011 nachweisbaren Osteochondrose-Zeichen mit Retrospondylophyten sind nicht auf das Unfallereignis vom 03.11.2011 zurückzuführen, sondern degenerativ bedingt. In der gesamten Bildfolge keine erkennbaren Traumafolgen von Seiten der HWS und LWS, die Schulter wurde beurteilt von Dr.med. M._____/ Orthopädie-Sursee mit Bericht vom 04.09.2013. Keine bildgebend nachweisbare organische Ursache der Schmerzen. Allerdings bestehen erhebliche Zeichen einer deutlichen Schmerzverarbeitungsstörung mit Panikattacken, veränderter Körperwahrnehmung und Depression. Somit ergibt sich aus wirbelsäulenchirurgischer Seite absolut kein Handlungsbedarf, weder operativ noch interventionell. Die Schmerzmedikation scheint mir ausgeschöpft, eine Lyrica-Höherdosierung nicht sinnvoll. Einzig erfolgsversprechend scheint mir ein multidisziplinärer Therapieansatz mit vor allem auch psychologischer Unterstützung.

4.2.17 Kreisarzt Dr.med. O._____ gelangte in seinem Untersuchungsbericht vom 30. September 2013 zum Ergebnis, dass aufgrund seiner Untersuchung ein Teil der vom Versicherten angegebenen Beschwerden sich durch objektive medizinische Befunde nicht erklären lassen würde. Der Beschwerdeführer reagiere auf unterschiedliche Belastungssituationen in unterschiedlicher Weise. Es seien leichte Aggravationstendenzen bei der Untersuchung der Wirbelsäule und des linken Schultergelenks auffällig. Insgesamt sei aber zu beobachten, dass es zu einer deutlichen Verbesserung der bisher vom Versicherten beklagten Schmerzsymptomatik von Seiten der Wirbelsäule und des linken Schultergelenks gekommen sei (...).

4.2.18 In seinem Bericht vom 2. Mai 2014 hielt der Psychiater Dr.med. AK._____ folgende Diagnosen fest (...): Protrahierte Anpassungsstörung mit

chronifizierter depressiver Reaktion mit Panikattacken und Angst nach dem Unfall ICD10 F43.2 (St.n. Sturz vom Gerüst aus 1 m Höhe am 3.11.2011 mit axialem Stauchungstrauma am/an Arm/ der Schulter links, St. quo sine erreicht); somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]).

4.2.19 Auf Zuweisung seines Hausarztes wurde der Beschwerdeführer am 28. Mai 2014 vom Neurologen Dr.med. AL._____ im Spital S._____ untersucht, der in seiner Beurteilung festhielt, dass die anhaltenden, chronischen, invalidisierenden, posttraumatischen panvertebralen Schmerzen sehr wahrscheinlich durch eine somatoforme Schmerzstörung verursacht würden. Der neurologische Status sei normal, radiologisch hätten ebenfalls keine Traumafolgen im Bereich von Schädel, Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule festgestellt werden können. Die festgestellten Protrusionen auf Höhe 5/6 und LWK5/SWK1 würden die Beschwerden des Patienten nicht erklären (...).

4.2.20 Auf Nachfrage der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers äusserte sich Dr.med. X._____, mit Antwortschreiben vom 23. Februar 2015 wie folgt zur Rückenproblematik des Beschwerdeführers (Vi-act. II 116-4ff./8; Fragen und die Antwort wurden vom Gericht zusammengeführt, die Antworten sind kursiv dargestellt):

7. Bezüglich HWS

Trifft es zu, dass ein Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im HWS-Bereich fehlt und dass in diesem Bereich von keinen Unfallfolgen (Unfall vom 3.11.2011 und Unfall vom 30.01.2013) mehr auszugehen ist?

Ja, es muss dabei argumentiert werden, dass man in den bildgebenden Verfahren (MRI-HWS, Röntgen) keine unfallbedingten strukturellen Läsionen feststellen konnte. Es handelt sich bei den HWS Beschwerden eindeutig um weichteilbedingte Beschwerden, wie sie typischerweise bei der HWS Distorsion (eine solche hat der Pat. bei diesem Sturz auch erlitten) festzustellen sind.

Das Fehlen von unfallbedingten strukturellen Läsionen in den bildgebenden Verfahren schliesst keineswegs aus, dass der Patient noch Folgen dieser HWS Distorsion aufweist, da wie oben erwähnt die weichteilbedingten Beschwerden in den bildgebenden Verfahren nicht feststellbar sind.

4.3 Aufgrund der vorstehend dargelegten medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise für eine organische und objektiv ausgewiesene Grundlage für die geltend gemachten Beschwerden. Sowohl die Kreisärzte, als auch der zur Zweitmeinung hinzugezogene Neurologe Dr.med. AL._____ sowie der den Beschwerdeführer behandelnde Dr.med. X._____ sind sich dahingehend einig, dass keine organischen Traumafolgen im Bereich von Schädel, Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule mehr feststellbar sind. Die vorinstanzliche Leistungseinstellung per 14. September 2014 erweist sich auch vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, nach der ein klinisch stummer degenerativer Vorzustand an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist, als rechtmässig (...).

3.2 Im IV-Verfahren berichtete Dr.med. AM._____ (Assistenzarzt Chirurgie, Spital S._____) am 11. März 2013 der IV-Stelle, der Versicherte sei am 30. Januar 2013 in seiner Badewanne auf seinen Rücken/ Hinterkopf gestürzt (mit fraglicher Bewusstlosigkeit). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits-

fähigkeit wurden Panikattacken/ Angstörung (bestehend seit Unfall vom Nov. 2011) angeführt, derweil die Schmerzen im HWS-/ LWS-Bereich als "ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" beurteilt wurden (IV-act. 25, Ziff. 1.1 und 1.4).

3.3 Dr.med. AK._____ (Psychiatrie/ Psychotherapie FMH), welcher den Versicherten seit dem 12. November 2013 behandelt, begründete in einem bei der IV-Stelle am 17. April 2013 eingegangenen Bericht die von ihm veranschlagte Arbeitsunfähigkeit von 50% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Eisenleger/ Monteur mit folgenden Beeinträchtigungen/ Diagnosen (vgl. IV-act. 29-1/12):

Protrahierte Anpassungsstörung mit chronifizierter depressiver Reaktion mit Panikattacken und Angst nach dem Unfall (ICD10 F43.2) (St.n. Sturz vom Gerüst aus 1 m Höhe am 03.11.2011 mit axialem Stauchungstrauma auf der linken Schulter/ Arm, St. quo sine erreicht)

V.a. somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die vom Hausarzt empfohlene und durchaus sinnvolle psychiatrisch-stationäre Behandlung lehnte der Versicherte ab ("zu stark sei die Angst von seiner Familie getrennt zu werden", vgl. IV-act. 29-3/12). Die Arbeitsfähigkeit "in einer nicht körperlich anspruchsvollen bzw. vorwiegend sitzenden Tätigkeit" wurde von Dr.med. AK._____ auf 100% veranschlagt (IV-act. 29-4/12, Ziff. 1.7 in fine).

3.4 Der RAD-Psychiater Dr.med. D._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) empfahl in einem Aktenkonsilium vom 6. September 2013, vom Versicherten im Rahmen der Mitwirkungspflichten/ Schadenminderungspflicht die Durchführung einer stationären psychiatrischen Behandlung zu fordern, was von der IV-Stelle mit einer entsprechenden Auflage vom 10. September 2013 übernommen wurde (IV-act. 32-8/8 und 33). Daraufhin teilte der Versicherte der IV-Stelle am 13. September 2013 mit, dass es ihm psychisch "wieder zu 99% gut" gehe und dass er nur noch aufgrund des Bandscheibenvorfalles eingeschränkt sei; er nehme keine Psychopharmaka mehr ein und er habe auch schon seit längerem keine Angstzustände mehr (IV-act. 34).

3.5.1 In der Folge liess die Vorinstanz gestützt auf eine Empfehlung des RAD eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung vornehmen. Für die ausgeloste Gutachterstelle (E._____ AG) wurden folgende Sachverständige tätig (IV-act. 65):

Allgemeine Innere Medizin	Dr.med. AN._____ (Fachärztin Allgem. Innere Medizin)
Neurologie	Dr.med. AO._____ (Facharzt Neurologie)
	Dr.med. AP._____ (Assistenzärztin Neurologie)
Neuropsychologie	dipl. Psych. AQ._____ (Neuropsychologie FSP)
Orthopäd. Chirurgie/ Traumatologie des Bewegungsapparates	Dr.med. AR._____ (Facharzt orthopäd. Chirurgie)

3.5.2 Als Hauptdiagnosen mit Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2017 gemeinsam fest (IV-act. 65-72/87):

- Periarthropathia humeroscapularis links (ICD-10: M75.0) bei
 - o Zustandsbild nach Schulterarthroskopie, periostaler Tenodese der langen Bizepssehne, subacromialer Dekompression, knöcherner Acromioplastik und Resektion des AC-Gelenkes (14.11.2013) und
 - o Zustandsbild nach diversen Infiltrationen ohne relevanten Effekt
- Chronisches cervikovertebrales Syndrom (ICD-10: M54.82) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10: M47.82) und diskogener (ICD-10: M50.3) Art
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10: M54.5) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10: M47.86) und diskogener (ICD-10: M51.8) Art.

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter was folgt auf (Ziff. 8.1.2):

- Psychogene Überlagerung (ICD-10: F54) der Unfallfolgen
 - o DD: chronische Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23)
- Iatrogenen Benzodiazepinkonsum (ICD-10: F43.23)
- Kniebeschwerden links, klinisch Verdacht auf diskrete Meniskusläsion
- Ellbogenbeschwerden links unklarer Ätiologie

3.5.3 Diese vorstehenden Diagnosen wurden nach folgender Gliederung im MEDAS-Gutachten hergeleitet: Nach den Grundlagen (1.) folgt unter Ziffer 2 des Gutachtens auf 36 Seiten eine Zusammenfassung der aktenkundigen medizinischen Berichte, welche den Zeitraum vom 26. Januar 2012 bis zum 6. Januar 2016 umfassen.

Unter Ziffer 3 werden die von der fallführenden Internistin evaluierten subjektiven Angaben aufgelistet. Darnach leidet der Versicherte an dauerhaften Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule, Knie-/ Schulterschmerzen, unter Panikattacken, Platzangst und Stimmungsschwankungen, rezidivierenden Kopfschmerzen (Cluster-Kopfschmerzen), Gefühlsstörungen im linken Arm und in der Hand (Ameisengefühl/ geminderte Kraft) sowie an Schlafstörungen (IV-act. 65-45/87). Nach eigenen Angaben fühlt sich der Versicherte als nicht arbeitsfähig (IV-act. 65-46/87 unten).

Unter Ziffer 4 folgen der internistische Status, Laborbefunde sowie Röntgenbefunde (Ziff. 4.2.2).

Ziffer 5 enthält das psychiatrische Teilgutachten (mit Mitwirkung eines Dolmetschers beim Explorationsgespräch, IV-act. 65-48/87, Ziff. 5.1) inkl. die neuro-

psychologische Untersuchung: nebst der aktuellen Anamnese (Ziff. 5.2.1), der schulischen/ beruflichen Anamnese (Ziff. 5.2.2), der Familien- und Sozialanamnese (Ziff. 5.2.3) und den objektiven Befunden (Ziff. 5.3.1 Psychostatus) werden auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung (Ziff. 5.3.2) detailliert behandelt. Unter Ziff. 5.4 werden die Krankengeschichte und die Untersuchungsbefunde aus psychiatrischer Sicht beurteilt, wobei unter Ziff. 5.4.2 auch zu früheren diagnostischen Einschätzungen Stellung genommen wird. Unter Ziff. 5.4.3 folgen eine Diskussion und Würdigung der fachspezifischen psychiatrischen Zusatzuntersuchungen (IV-act. 65-53/87). Aktuell konnte der psychiatrische Gutachter keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (vgl. IV-act. 65-54/87, Ziff. 5.5.1; hinsichtlich der Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit siehe nachfolgend). Aus psychiatrischer Sicht wurde weder in der angestammten Tätigkeit, noch für Verweistätigkeiten eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit veranschlagt (Ziff. 5.6).

Ziffer 6 enthält das orthopädische Teilgutachten, gegliedert in Einleitung (Ziff. 6.1, wonach hier bei der Untersuchung für etwa 1/3 des Gesprächs ein Dolmetscher "präzisierend übersetzt", vgl. IV-act. 65-55/97 unten), fachspezifische Ergänzungen (Ziff. 6.2.1: aktuelle Anamnese aus orthopädischer Sicht/ Ziff. 6.2.2: schulische und berufliche Anamnese/ Ziff. 6.2.3: orthopädische Hilfsmittel) und objektive Befunde (Ziff. 6.3). Die in Ziffer 6.4 enthaltene Zusammenfassung und Beurteilung der Krankengeschichte sowie der Untersuchungsbefunde nimmt zur Entwicklung bzw. Verlauf (Ziff. 6.4.1) sowie zu früheren diagnostischen orthopädischen Einschätzungen (Ziff. 6.4.2) Stellung. Unter Ziffer 6.4.3 folgen eine Diskussion inkl. Würdigung der fachspezifischen orthopädischen Zusatzuntersuchungen, während in Ziff. 6.4.4 zu Handicaps und erhaltenen Funktionen/ Ressourcen Stellung genommen wird. Nach den orthopädischen Diagnosen (Ziff. 6.5, siehe dazu nachfolgend) wird unter Ziff. 6.6.1 festgehalten, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Eisenleger als nicht mehr arbeitsfähig beurteilt wird, während für eine leidensangepasste Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgegangen wird (Ziff. 6.6.3). Die adaptierten Tätigkeiten werden in Ziff. 6.6.4 dahingehend umschrieben, dass es sich um wechselbelastende, körperlich leichte Arbeiten handeln muss mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen, Stehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Notwendigkeit des Einnehmens von Zwangspositionen der Wirbelsäule im Sinne von Inklinations- und Rotationsbewegungen, ohne Bewegungen des linken Schultergelenkes oberhalb der Horizontalebene und ohne repetitive Bewegungen im linken Schultergelenk (IV-act. 65-63/87). Nebst Therapieempfehlungen aus orthopädischer Sicht (Ziff. 6.7) und Hinweisen zur beruflichen Eingliederung (Ziff. 6.8) wird auch

noch zur Selbsteinschätzung des Versicherten zur Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.9) und zu früheren orthopädischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.10) Stellung genommen.

Ziffer 7 enthält das neurologische Teilgutachten, welches u.a. eine Einleitung (Ziff. 7.1), fachspezifische Ergänzungen (Ziff. 7.2) und die objektiven Befunde (Ziff. 7.3) umfasst. Unter Ziffer 7.4 werden die Krankengeschichte (Verlauf) und die Untersuchungsbefunde aus neurologischer Sicht beurteilt (mit dem sinn gemässen Ergebnis, wonach sowohl bei den früheren, als auch bei der aktuellen Untersuchung aus neurologischer Sicht keine wesentlichen Pathologien objektiviert werden konnten, vgl. IV-act. 65-68/87). Bei der Diskussion der fachspezifischen neurologischen Zusatzuntersuchungen (Ziff. 7.4.3 in fine) wurde auf eine Diskrepanz zwischen "Langsitz mit gestreckten Beinen auf der Untersuchungs liege" sowie der Lasègue-Prüfung hingewiesen. Es konnten keine neurologischen Diagnosen gestellt werden (Ziff. 7.5). Aus rein neurologischer Sicht konnte keine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (IV-act. 65-70/87).

Unter Ziffer 8 wurden die Diagnosen und medizinischen Beurteilungen der einzelnen Gutachter auf der Grundlage polydisziplinärer Besprechungen zusammengefasst (siehe nachfolgend).

3.5.4 In der polydisziplinären Beurteilung gelangten die Gutachter gesamthaft u.a. zum (sinngemässen) Ergebnis (IV-act. 65-73/87),

- dass im Bereich des Nackens osteochondrotische und spondylarthrotische Veränderungen der gesamten HWS (nach distal zunehmend) nachgewiesen werden konnten;
- dass auch im Bereich der LWS spondylarthrotische Veränderungen auf Höhe L5/S1 festgestellt werden konnten;
- dass im Bereich des linken Schultergelenkes eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit bezüglich Abduktion und Anteversion vorliegt;
- dass bezüglich des linken Ellbogens konventionell-radiologisch keine relevanten Veränderungen feststellbar waren, was sich auch mit den klinischen Befunden deckte, wonach lediglich eine Druckdolenz an den Epikondylen und im Sulcus nervi ulnaris vorlag;
- dass das linke Kniegelenk konventionell-radiologisch keine degenerativen Veränderungen aufweist (auch wenn sich klinisch eine Meniskusläsion nicht vollständig ausschliessen lasse; indes spreche die fehlende Ergussbildung und die Abwesenheit von Blockaden gegen eine relevante Meniskusschädigung);
- dass aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht keine Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellbar waren;
- dass aus psychiatrischer Sicht es sich um eine psychogene Überlagerung der Unfallfolgen handle mit einem aggravierenden Verhalten des Versicherten. Es sei

davon auszugehen, dass der Versicherte dadurch auf sein somatisches Leiden aufmerksam machen wolle, dass er dadurch ernst genommen und entsprechend behandelt werden möchte. Andererseits sei bei diesem demonstrativen Verhalten ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht auszuschliessen. Die Kriterien zur Diagnostizierung einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt;

- dass als Gründe für die neuropsychologisch unplausible Symptomproduktion am ehesten eine bewusste Aggravation kognitiver Beeinträchtigungen bei zweifelsfrei angestrebtem Krankheitsgewinn in Frage komme. Die auffälligen Befunde der Beschwerdenuvalidierung im Bereich der reinen Ratewahrscheinlichkeit sowie das unplausible Defizit-Muster würden in diese Richtung weisen;
- und dass nicht von einem Benzodiazepinmissbrauch, sondern von einem ärztlich verordneten Benzodiazepinkonsum (ICD-10: Z72.2) auszugehen sei.

3.5.5 Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Eisenleger wurde eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereiche des Achsen-skelettes und der funktionellen Einschränkungen am linken Schultergelenk verneint (IV-act. 65-74/87, Ziff. 9.1.1). Für leidensangepasste Tätigkeiten (mit vermehrten Pausenmöglichkeiten) wurde bei einem ganztägigen Einsatz eine zumutbare Leistungsfähigkeit von 80% veranschlagt, wobei folgende Aspekte zu berücksichtigen seien (IV-act. 65-74/87, Ziff. 9.2.2):

Es muss sich um eine wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen handeln, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Notwendigkeit des Einnehmens von Zwangspositionen der Wirbelsäule im Sinne von Inklinations- und Rotationsbewegungen, ohne Bewegungen des linken Schultergelenkes oberhalb der Horizontalebene und ohne repetitive Bewegungen im linken Schultergelenk.

3.6 Gestützt auf eine entsprechende Rückfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act. 68-1/4 i.V.m. 67-8/11) nahmen die Hauptgutachterin (Dr.med. AN._____) sowie der psychiatrische Gutachter (Dr.med. AS._____) in einer Stellungnahme vom 16. November 2017 zur retrospektiv zu beurteilenden Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall vom 3. November 2011 bis zur Erstattung des MEDAS-Gutachtens Stellung (IV-act. 69). Dieser dort enthaltenen Abstufung des Arbeitsfähigkeitsgrades für adaptierte Tätigkeiten (100% Arbeitsunfähigkeit bis 5.1.2016; 50% Arbeitsfähigkeit ab dem 6.1.2016 sowie 80% Arbeitsfähigkeit ab 11.5.2017) pflichtete der RAD-Arzt Dr.med. G._____ in einer Stellungnahme vom 11. Januar 2018 bei (IV-act. 73-9/9).

3.7 Nach Kenntnisnahme des Vorbescheids liess der Versicherte am 18. Mai 2018 sowie am 29. Juni 2018 Einwände einreichen (IV-act. 82 und 86), welche die IV-Stelle der Gutachterstelle unterbreitete, was zu einer Stellungnahme der ärztlichen Gutachter vom 17. September 2018 führte. Auf diese Aspekte ist nachfolgend zurückzukommen.

4. Eine gerichtliche Würdigung des vorliegenden Falles zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

4.1 Soweit der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt trifft es nach der Aktenlage zu, dass dem Rechtsvertreter die Stellungnahme der Gutachterstelle vom 17. September 2018 (= IV-act. 91) zu spät zur Kenntnis gebracht wurde, weshalb dem Beschwerdeführer mit einer gerichtlichen Nachfrist Gelegenheit gegeben wurde, seine Beschwerde zu ergänzen. Damit ist aber diese angesprochene Gehörsverletzung zwischenzeitlich geheilt worden, nachdem sich der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 1. März 2019 diesbezüglich uneingeschränkt äussern konnte. Abgesehen davon hätte der Beschwerdeführer nach Kenntnisnahme der vorinstanzlichen Vernehmlassung nochmals ergänzende Bemerkungen einreichen bzw. einen zweiten Schriftenwechsel beantragen können. Daraus, dass der bewaltete Beschwerdeführer vom sogenannten Replik-Recht keinen Gebrauch machte, kann er hier nichts zu seinen Gunsten ableiten.

4.2 Was die Beurteilung der im MEDAS-Gutachten untersuchten somatischen Einschränkungen des Versicherten anbelangt verhält es sich so, dass der Beschwerdeführer vor Gericht die orthopädische Beurteilung der Beschwerden im Schulter- und Wirbelsäulenbereich (siehe die Diagnosen unter Ziffer 6.5.1 des Gutachtens) grundsätzlich nicht in Frage stellt und namentlich sich mit dem im Gutachten daraus abgeleiteten Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% für adaptierte Tätigkeiten nicht substantiiert auseinander gesetzt hat. Hinsichtlich somatischer Beschwerden wird in der Beschwerde (Ziff. 32) im Wesentlichen die Beurteilung der Schmerzen am linken Ellenbogen kritisiert und auf einen Bericht von Dr.med. AT. _____ (Leitender Arzt Klinik Chirurgie, Spital S. _____) vom 4. Dezember 2018 an den Hausarzt Dr.med. AF. _____ verwiesen, in welchem folgende Diagnose gestellt wurde (Bf-act. 20):

V.a. nicht verheilten ossären Ausriss des ulnaren Kollateralbandes am Humerus links und begleitende Epicondylitis humeri ulnaris links nach Sturz vom Gerüst 2011;
Somatisiertes Schmerzsyndrom im Anschluss.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im MEDAS-Gutachten die Ellenbogenbeschwerden links nicht übersehen, sondern ausdrücklich (konventionell-radiologisch und anhand klinischer Befunde) geprüft (vgl. IV-act. 65-61/87, Ziff. 6.4.3, 4. Abs.) und schliesslich bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet wurden (Ziff. 6.5.2 des Gutachtens). Dies hatte zur Folge, dass bei der Spezifikation der adaptierten Tätigkeiten der orthopädische Gutachter keinen Bezug auf den linken Ellenbogen

nahm (vgl. Ziff. 6.6.4 des Gutachtens). Daraus kann entgegen der sinngemässen Argumentation in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 10f.) indes nicht abgeleitet werden, dass die Einsetzungsmöglichkeiten des Ellenbogens im erwähnten Gutachten hinreichend gewürdigt worden seien. Vielmehr rechtfertigt es sich diesbezüglich unter Mitberücksichtigung des neuen Arztberichtes vom 4. Dezember 2018, der Argumentation in der Beschwerde (S. 10) zu folgen, wonach in Anbetracht der Beschwerden am linken Ellenbogengelenk eine gewisse Anpassung des Zumutbarkeitsprofils geboten ist in dem Sinne, dass der linke Arm für Arbeiten nicht uneingeschränkt, sondern nur beschränkt einsetzbar ist. Mit einer solchen Schonung des linken Armes kann allerdings nicht davon gesprochen werden, dass die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit nicht mehr zumutbar sei, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch Arbeitsplätze für einarmige Versicherte aufweist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_451/2016 vom 17.10.2016, publ. in SVR-Rechtsprechung 3/2017 IV Nr. 20). Hingegen ist diese zusätzliche Einschränkung des in Frage kommenden zumutbaren Arbeitsprofils ("Schonung des linken Armes") mindestens im Einkommensvergleich bei der Beurteilung eines leidensbedingten Abzuges anzurechnen (siehe dazu nachfolgend, Erwägung 5.2.2).

4.3 In der vorliegenden Beschwerde (S. 6, Ziff. 24) wird der Hauptfehler des MEDAS-Gutachtens "in der psychiatrischen Beurteilung im Zusammenspiel mit der neuropsychologischen Bewertung" erblickt. Kritisiert wird insbesondere die gutachtliche Feststellung, wonach der Versicherte in der testpsychologischen Untersuchung eine stark verminderte Leistungsbereitschaft gezeigt und in der Mehrheit der durchgeführten Testverfahren weit unterdurchschnittliche Ergebnisse gezeigt habe.

4.3.1 Diese soeben angesprochene Kritik wird u.a. mit Kommunikationsproblemen bzw. der schlechten Übersetzung des (teilweise) eingesetzten Dolmetschers begründet. Dazu drängen sich folgende Bemerkungen auf. Der Beschwerdeführer lebt seit 31. August 1992 in der Schweiz (vgl. IV-act. 2-2/7, Ziff. 1.6). Mithin hielt er sich im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung seit beinahe 25 Jahren in der Schweiz auf, weshalb ohne weiteres davon auszugehen ist, dass er sich in deutscher Sprache verständigen kann, zumal er bis 2000 in der Gastronomie und anschliessend in der Baubranche arbeitete (IV-act. 65-44/87). Im Einklang damit steht auch die Feststellung des neurologischen Gutachters, wonach der Versicherte fließend Deutsch sprechen konnte (IV-act. 65-64/87 unten). Analog hielt auch der orthopädische Gutachter fest, dass der Versicherte die deutsche Sprache "recht gut" verstehe und "etwa 1/3 des Gesprächs" "vom Dolmetscher präzisierend übersetzt" werden musste (IV-act. 65-55/87 unten). Auch die begutach-

tende Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP bestätigte, dass der Versicherte recht gut deutsch sprechen und verstehen konnte (IV-act. 65-79/87 Mitte). Sodann wird in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 7f.) nachvollziehbar der Umstand hervorgehoben, wonach bei den anderen aktenkundigen Arztbesuchen nirgends festgehalten wurde, es seien jeweils Übersetzungen nötig gewesen. Abgesehen davon wäre im Rahmen der MEDAS-Begutachtung zu erwarten gewesen, dass der Versicherte - soweit er etwas nicht verstanden hätte - dies damals vorgebracht hätte, worauf umgehend eine Klärung möglich gewesen wäre (nötigenfalls mit Mithilfe des anwesenden Dolmetschers). Soweit aber bei der Durchführung des interdisziplinären Gutachtens der anwesende Dolmetscher nur teilweise eingesetzt wurde (weil die Verständigung für die jeweiligen Untersuchungshandlungen auch ohne Dolmetscher möglich war), geht es grundsätzlich nicht an, allfällige Verständigungsprobleme nicht sofort, sondern erst im Nachhinein geltend zu machen, wenn das entsprechende Untersuchungsergebnis nicht wunschgemäss ausgefallen ist. Mit anderen Worten ist die nachträgliche Kritik an der Mitwirkung des betreffenden Dolmetschers hier nicht zu hören. Dies gilt erst recht, als der Versicherte in der neuropsychologischen Testung "sehr schwache und inkonsistente Leistungen auch in sprachfreien und sehr einfachen Aufgaben" erbrachte, womit die auffälligen Ergebnisse nicht einseitig mit (allfälligen) Verständigungsproblemen erklärt werden können.

4.3.2 Entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 8) kann aus Ausführungen eines Gutachters, welche ein aggravierendes Verhalten des Versicherten thematisieren, grundsätzlich keine Voreingenommenheit des Sachverständigen hergeleitet werden. Der Beschwerdeführer übersieht, dass es einem Gutachter grundsätzlich möglich sein muss, ein für den Exploranden unvorteilhaftes Untersuchungsergebnis klar und deutlich auszusprechen und seine Sicht der Dinge darzulegen, ohne dass deshalb auf eine Voreingenommenheit geschlossen werden darf (vgl. VGE I 2013 23 vom 4.12.2014 Erw. 6.3; VGE I 2010 116 vom 25.10.2010 Erw. 3.1, mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts I 38/98 vom 6.09.1999 Erw. 3b in fine). Abgesehen davon fällt hier massgeblich ins Gewicht, dass nicht allein der Psychiater und mit ihm die begutachtende Neuropsychologin Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen des Versicherten feststellten, sondern namentlich auch:

- der orthopädische Gutachter (vgl. IV-act. 65-60/87 unten);
- der neurologische Gutachter (vgl. IV-act. 65-69/87, Ziff. 7.4.3 in fine; siehe auch IV-act. 65-69/87, Ziff. 7.4.2 in fine);
- und bereits schon früher der Suva-Kreisarzt Dr.med. O. _____ (vgl. oben, Erw. 3.1, Ziff. 2.7 = UV-act. 14-352/682).

Zudem ist den vorinstanzlichen Ausführungen in der Vernehmlassung (S. 9, Ziff. 2.4.3) zur Bezugnahme des Gutachters auf die kulturelle Herkunft des Versicherten uneingeschränkt beizupflichten, ohne dass sich diesbezüglich weitere Ausführungen aufdrängen.

4.3.3 Auch wenn das vorliegende MEDAS-Gutachten hinsichtlich der Medikation gewisse Schwächen aufweist (indem es wünschbar gewesen wäre, dass die damalige Medikation und die Ergebnisse der Laborauswertung (IV-act. 65-83/87) expressis verbis vertiefter behandelt und gewürdigt worden wären), wird dadurch der Beweiswert des Gutachtens nicht massgeblich in Frage gestellt. Denn der Kritik in der Beschwerde (S. 7f., Ziff. 27f. und S. 11, Ziff. 34 in fine), wonach die massive Medikation den Versicherten erheblich einschränke, sind insbesondere folgende Aspekte entgegenzuhalten:

- Zum einen fühlt sich der Versicherte weiterhin in der Lage, einen Personenwagen zu lenken (IV-act. 65-49/87, Ziff. 5.2.1 in fine; IV-act. 65-51/87 Mitte; siehe namentlich auch IV-act. 65-44/87, Ziff. 3.1.3, wonach der Versicherte "beim schlechten Wetter die Kinder mit dem Auto zur Schule" bringt!); wären die Folgen der Medikation tatsächlich von so anhaltender, ermüdender Wirkung, hätte er konsequenterweise schon längst das Autofahren aufgegeben (dies wird indes vom beanwalteten Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, auch nicht nach Kenntnisnahme der vorinstanzlichen Vernehmlassung, S. 12, Ziff. 2.8, 3. Abs. und S. 13 oben).
- Zum andern ergibt sich aus dem Psychostatus anlässlich der Begutachtung, dass namentlich keine Störung des Gedächtnisses, des Konzentrationsvermögens, der Aufmerksamkeit oder der Auffassung feststellbar war (siehe IV-act. 65-50/87, Ziff. 5.3.1). Bei der neuropsychologischen Untersuchung machte der Versicherte geltend, sich müde zu fühlen; nach einer Stunde wurde eine Pause von rund 10 Minuten durchgeführt; am Ende der 2-stündigen Untersuchung erklärte der Versicherte, er sei zunehmend müde geworden, die Konzentration habe gegen Ende der Untersuchung abgenommen (IV-act. 65-79/87). Auch wenn eine gewisse Ermüdung im Verlaufe dieser Untersuchung nachvollziehbar ist, vermag dies die vom Versicherten produzierten Ergebnisse, welche "z.T. weit unter dem Leistungsbereich von Demenz-Patienten" liegen (vgl. IV-act. 65-81/87, Mitte), nicht hinreichend zu erklären, zumal der Versicherte bereits zu Beginn der Untersuchung die geschilderten Auffälligkeiten und unplausible Antwortmuster zeigte (IV-act. 65-51/87 unten). Im Übrigen wiesen die MEDAS-Gutachter in der

ergänzenden Stellungnahme vom 17. September 2018 ausdrücklich darauf hin, dass keine Störungen des Bewusstseins oder der Orientierung bestanden sowie keine Zeichen von Sedierung oder von einer medikamentösen Intoxikation feststellbar waren (vgl. IV-act. 91-1/3). Der orthopädische Gutachter betonte schliesslich, dass sich während der 85 Minuten (10.05 Uhr bis 11.30 Uhr) dauernden Untersuchung und Befragung keine Anhaltspunkte ergaben, wonach der Versicherte müde, schläfrig oder reaktionslos gewesen sei (IV-act. 91-2/3 unten).

- Schliesslich ist auch noch zu beachten, dass die labormässig ausgewerteten Medikamentenspiegel mindestens teilweise unterhalb der Wirkstoffgrenze lagen (vgl. Vi-act. 65-83/87), was offenkundig Zweifel an einer zuverlässigen Medikamenten-Compliance des Versicherten erweckt. Den diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 8, S. 12) ist beizupflichten.

4.4 Aus den dargelegten Gründen ist im Einklang mit der Vorinstanz festzuhalten, dass der Beweiswert des vorliegenden MEDAS-Gutachtens zu bejahen ist, ohne dass (im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung) ein weiteres Gutachten nötig wäre. Dieses vorliegende Gutachten erweist sich als nachvollziehbar und hinreichend schlüssig. Es beruht auf einer ausführlichen Anamneseerhebung und es berücksichtigt auch die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden. Zudem ist aktenmässig belegt, dass es in Kenntnis sowie im Rahmen einer Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten erstellt wurde.

4.5.1 An diesem dargelegten Zwischenergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Soweit er sich darauf beruft, dass der Cluster-Kopfschmerz unzureichend berücksichtigt wurde, ist auf die überzeugenden Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 9, Ziff. 2.5) hinzuweisen, wonach sinngemäss zu unterscheiden ist, ob diese Schmerzen chronischer (andauernder) oder episodischer Natur sind. Soweit diese Kopfschmerzen - wie in den vorliegenden Akten (2002, 2009, 2015 und Mai 2018, siehe Bf-act. 19) dokumentiert - phasenweise bzw. vorübergehend auftreten, kann nicht von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesprochen werden. Allerdings kann eine solche periodische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich Anlass geben, im Rahmen des Einkommensvergleichs einen etwas höheren leidensbedingten Abzug zu gewähren (vgl. nachfolgend).

4.5.2 Unbehelflich ist sodann die Kritik des Beschwerdeführers in seiner Eingabe vom 1. März 2019 (S. 2f.), wonach der orthopädische Gutachter bei seiner Untersuchung keine Rücksicht darauf genommen habe, ob ein Dolmetscher da sei oder nicht. Vielmehr erläuterte dieser Gutachter glaubhaft und nachvollziehbar, dass er seine Fragen stets direkt an den Versicherten gerichtet habe; soweit das Gespräch auf Schriftdeutsch flüssig abgelaufen und keine Verständigungsprobleme bemerkbar gewesen seien, habe sich jeweils eine Übersetzung erübrigt (vgl. IV-act. 91-2/3). Was daran beim seit über 25 Jahren in der Deutschschweiz lebenden Versicherten zu beanstanden wäre, bleibt unerfindlich.

4.5.3 Nicht zu hören ist namentlich auch die Kritik des Beschwerdeführers in der Eingabe vom 1. März 2019 (Ziff. 2), dass sich die begutachtende Neuropsychologin in der ergänzenden Stellungnahme vom 17. September 2018 nicht geäußert habe. Eine solche zusätzliche Stellungnahme durch diese Psychologin war bzw. ist im konkreten Fall entbehrlich, nachdem die Ausführungen dieser Gutachterin im zugrunde liegenden Teilgutachten überzeugen und einleuchten (hinsichtlich des Einwandes zur unzureichenden Berücksichtigung der Medikation siehe oben Erwägung 4.3.3). Dies gilt erst recht, als der Versicherte bei der neuropsychologischen Untersuchung ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht wurde, dass auch eine Überprüfung und Beurteilung der Anstrengungsbereitschaft erfolge (vgl. IV-act. 65-79/87 unten, 65-80/87 oben). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers kommt es im vorliegenden Zusammenhang nicht in Frage, das Ergebnis der von der Gutachterin beurteilten formalisierten Beschwerdenuvalidierung (wonach der Versicherte Resultate produzierte, die z.T. weit unter dem Leistungsbereich von Demenz-Patienten lagen) hier unberücksichtigt zu lassen, da der Beschwerdeführer nach der Aktenlage weiterhin einen Personenwagen fährt und in der Lage ist, seine Kinder beispielsweise zur Schule zu chauffieren. Damit sind ausgesprochen schwache Leistungen bei den neuropsychologischen Testungen nicht vereinbar bzw. grundsätzlich mit den angesprochenen Schlussfolgerungen der Gutachterin zu erklären.

4.5.4 Nachdem der psychiatrische Gutachter nach der klinischen Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung in nachvollziehbarer Weise keine psychiatrische Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit stellen konnte, erübrigt sich im konkreten Fall eine Auseinandersetzung mit der höchstrichterlichen Indikatorenrechtsprechung (vgl. BGE 143 V 409 Ingress Satz 2 und S. 417 Erw. 4.5.3). Dies wird in der Argumentation in der Eingabe vom 1. März 2019 (S. 12, Ziff. 37) übersehen.

4.5.5 Ferner ist - soweit in der Beschwerde (S. 10, Ziff. 33) auf die abweichende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Psychiaters verwiesen wird (siehe dazu auch Bf-act. 21 und 25) - auf die unterschiedliche Natur des Behandlungsauftrages und des Begutachtungsauftrages hinzuweisen. Im ersteren Fall hat der therapeutisch tätige Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten die geklagten Beschwerden grundsätzlich als Faktum hinzunehmen, derweil der Gutachter (anders als die behandelnden Ärzte) grundsätzlich auch damit betraut ist, Angaben des Versicherten kritisch zu hinterfragen, namentlich wenn Diskrepanzen auftreten. In diesem Sinne wird denn auch ein Gutachten rechtsprechungsgemäss nicht allein dadurch in Frage gestellt, weil der Gutachter zu anderen Ergebnissen gelangt als die behandelnden Ärzte (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2007 vom 4.8.2008; Meyer/ Reichmuth, IVG-Kommentar, 3. A., S. 386 N 224 zu Art. 28a IVG). Diese Rechtsprechung findet sodann auch Anwendung bei den Angaben des behandelnden Hausarztes (siehe Bf-act. 23, 24, 26, 28).

4.6 Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ab dem 11. Mai 2017 (= Zeitpunkt der orthopädischen Begutachtung, siehe IV-act. 65-4/87) von einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% für adaptierte Tätigkeiten ausgegangen ist.

5.1 Bei der Prüfung der erwerblichen Auswirkungen des dargelegten massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades ist zu beachten, dass der beanwaltete Beschwerdeführer das von der Vorinstanz berücksichtigte Valideneinkommen von Fr. 72'540.-- (per 2016) auch nicht ansatzweise in Frage gestellt hat, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

5.2.1 Zur Festlegung des Invalideneinkommens ging die Vorinstanz von den Tabellenlöhnen für Männer (gemäss LSE 2016, tiefstes Kompetenzniveau) von durchschnittlich Fr. 67'022.-- aus, was der Beschwerdeführer ebenfalls nicht beanstandet hat. Davon hat die Vorinstanz bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% als Zwischenergebnis Fr. 53'617.60 ($67'022 \times 0.80$) berücksichtigt und davon einen Abzug von 10% mit der Begründung, dass Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt werde als Vollzeittätigkeit.

5.2.2 Demgegenüber fordert der Beschwerdeführer vor Gericht einen höheren leidensbedingten Abzug zur Festlegung des Invalideneinkommens. Diesem Begehren ist aus den folgenden Gründen stattzugeben. Zum einen rechtfertigt bereits der Umfang der zu vermeidenden Körperhaltungen, welche bei adaptierten Tätigkeiten zu berücksichtigen sind (vgl. Ziff. 9.2.2 des Gutachtens), eine gewis-

se Anrechnung, nachdem bei der Herabsetzung des Arbeitsfähigkeitsgrades auf 80% v.a. der vermehrte Pausenbedarf massgebend ist. Zum andern kommt hinzu, dass aufgrund der Beschwerden im Ellenbogenbereich, welche bei der Begutachtung nicht als leistungseinschränkend berücksichtigt wurden, zwischenzeitlich eine zusätzliche Schonung geboten erscheint (vgl. oben Erw. 4.2 in fine). Hinzu kommt, dass für nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe (hier: Cluster-Kopfschmerzen) verursacht werden können, ein leidensbedingter Abzug in Frage kommen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_179/2018 vom 22.5.2018, publ. in SVR-Rechtsprechung 10/2018, IV Nr. 62). Im Lichte all dieser Aspekte rechtfertigt es sich im konkreten Fall, als leidensbedingten Abzug nicht nur die von der Vorinstanz gewährten 10% (für den Aspekt der Teilzeitarbeit), sondern gesamthaft unter Berücksichtigung aller Einschränkungen des Leistungsprofils auf mindestens 20% zu veranschlagen. Ob gegebenenfalls auch der maximal mögliche Abzug von 25% in Frage käme, kann hier offen bleiben, da dies im konkreten Fall nicht zu einer höheren IV-Rente führen würde (siehe nachfolgend). Zusammenfassend ist das Invalideneinkommen unter Anrechnung eines leidensbedingten Abzuges von 20% auf Fr. 42'894.-- ($53'617.60 \times 0.80$) festzusetzen.

5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'540.-- sowie einem massgebenden Invalideneinkommen von Fr. 42'894.-- resultiert ein aufgerundeter IV-Grad von 41% ($72'540 \text{ minus } 42'894 = 29'646$; $29'646 : 72'540 \times 100 = 40.86$). Damit steht dem Versicherten für die Zeit nach Beendigung des Anspruchs auf eine halbe IV-Rente eine IV-Viertelsrente zu. Die Festlegung und Auszahlung der entsprechenden IV-Rentenleistungen ist Sache der Verwaltung.

6.1 Bei dieser Sachlage ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung dahingehend abgeändert wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2017 Anspruch auf eine IV-Viertelsrente hat.

6.2 Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten jeweils zur Hälfte der IV-Stelle und dem Beschwerdeführer auferlegt. Auf das Inkasso gegenüber der Versicherten wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vorderhand verzichtet.

6.3 Analog wird dem Beschwerdeführer zulasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen. Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; 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 GebTRA 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. 1'400.-- festzulegen. Nach den gleichen Grundsätzen ist das vom Staat zu erbringende Honorar für die unentgeltliche Verbeiständung auf Fr. 1'400.-- festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer (nebst den von der IV-Stelle für die Zeit vor dem 31. Mai 2017 zugesprochenen Rentenleistungen) für den Zeitraum ab dem 1. Juni 2017 ein Anspruch auf eine IV-Viertelsrente (IV-Grad 41%) zuerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz sowie dem Beschwerdeführer zu 1/2 (Fr. 250.--) 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) einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'400.-- zugesprochen.
4. Im Übrigen wird dem Beschwerdeführer für das teilweise Unterliegen im verwaltungsgerichtlichen Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung gewährt und Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein reduziertes Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'400.-- zuzusprechen.
5. Der Beschwerdeführer hat seinen Verfahrenskostenanteil von Fr. 250.-- und den Honoraranteil von Fr. 1'400.-- 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, Schwanenhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

7. Zustellung an:
- den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 19. Juni 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 12. Juli 2019