

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 50

## Entscheid vom 18. September 2019

---

Besetzung

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

---

Parteien

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

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_ 1965) hat von 1981 bis 1985 eine Ausbildung als Buch-Offsetdrucker absolviert (vgl. IV-act. 6-5/8) und anschliessend als Versicherungsbroker gearbeitet sowie mit einem Partner eine Temporärarbeit-Firma gegründet (IV-act. 60-20/31). Seit 1990 arbeitete er als Geschäftsführer der C. \_\_\_\_\_ AG (D. \_\_\_\_\_ [Sitz], Unternehmensberatung/ Personalvermittlung, vgl. IV-act. 4 i.V.m. IV-act. 32-8/23 Mitte). A. \_\_\_\_\_ ist Vater von 2 Kindern (Jahrgang \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_; die Ehe befindet sich offenbar im Scheidungsverfahren, vgl. IV-act. 6-2f./8).

**B.** Am 21. Juni 2015 erlitt A. \_\_\_\_\_ einen cerebrovaskulären Insult mit sekundärer Einblutung (und primärer Versorgung im E. \_\_\_\_\_). Anschliessend folgte ein stationärer Aufenthalt in der F. \_\_\_\_\_ (IV-act. 32-20/23 oben). Am 6. Oktober 2015 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein (IV-act. 6).

**C.** Zur Klärung der Leistungsansprüche teilte die IV-Stelle am 9. Februar 2017 mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung nötig sei (IV-act. 34). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle G. \_\_\_\_\_ zugewiesen (IV-act. 38). Das am 13. Dezember 2017 versandte MEDAS-Gutachten ging am 18. Dezember 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 43). Der RAD-Arzt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ beurteilte das Gutachten am 8. Januar 2018 als nachvollziehbar und schlüssig (IV-act. 44-5/6).

**D.** Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2018 kündigte die IV-Stelle an, für den Zeitraum vom 1. Juni 2016 bis zum 31. August 2016 einen befristeten Anspruch auf eine halbe IV-Rente zu gewähren (IV-act. 46). Dagegen liess A. \_\_\_\_\_ am 12. März 2018 und am 4. Juli 2018 Einwände erheben (IV-act. 54 und IV-act. 60). Die Antwort der Gutachterstelle auf eine Rückfrage der IV-Stelle ging am 29. November 2018 ein (IV-act. 64). Dazu nahm der RAD-Arzt am 14. Januar 2019 Stellung (IV-act. 66-7/7).

**E.** Mit Verfügung vom 28. Mai 2019 hielt die IV-Stelle am Inhalt des Vorbescheids fest (eine halbe IV-Rente für drei Monate ab 1. Juni 2016). Gegen diese am 3. Juni 2019 eingegangene Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ rechtzeitig am 3. Juli 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die IV-Verfügung vom 28. Mai 2019 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente ab dem 1. Juni 2016 bei einem IV-Grad von mindestens 50% zuzusprechen;

2. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur erneuten Einholung eines polydisziplinären medizinischen Gutachtens und zur Neubeurteilung;
3. unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 5. August 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. In einer Eingabe vom 16. September 2019 nahm der Beschwerdeführer zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung.

### **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 substanziell 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. Den vorliegenden Unterlagen sind u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zum Gesundheitszustand des Versicherten und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen.

2.1 Im Austrittsbericht der F. \_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 hielten die mitwirkenden Fachpersonen (Dr.med. I. \_\_\_\_\_ / Abteilungsärztin Neurologie; Dr.med. J. \_\_\_\_\_ / Chefärztin Neurologie; lic.phil. K. \_\_\_\_\_ / Neuropsychologin; prakt.med. L. \_\_\_\_\_ / Assistenzärztin) folgende Diagnosen fest (IV-act. 32-3/23):

1. Cerebrovaskulär ischämischer Insult in den Basalganglien rechts bei Verschluss des M2-Segments der A. cerebri media rechts am 21.06.2015
  - Ätiologie: A.e. Polyglobulie bei Androgenabusus (Testoviron, Decadurabolin)
  - cvRF: Arterielle Hypertonie, Verdacht auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Steroid-/ Anabolika-Einnahme (mehr als 5 Jahre)
  - Initiale Klinik (E. \_\_\_\_\_): Sensomotorisches Hemisyndrom links mit Plegie des Arms, zentrale Fascialisparese links, Dysarthrie, Neglect nach links, NIHSS 12/41, bei Austritt NIHSS 3/42
  - cCT vom 21.06.2015: Keine Blutung, keine Infarktdemarkation, MCA-M2-Verschluss rechts
  - cMRT vom 22.06.2015: Infarkt in den Basalganglien rechts, Einblutung ins Infarktgebiet mit leichtem raumforderndem Effekt, MCA-M2 rechts rekanalisiert, Truncus superior rarifiziert
  - cCT vom 23.06.2015: Blutung stabil
  - Doppler vom 21.06.2015: A. cerebri media - M2 rechts rekanalisiert.
  - TTE vom 02.07.2015: PFP (Persistierendes Foramen ovale)
  - Holter EKG vom 26.06.2015: Kein Vorhofflimmern
  - St.n. Thrombolyse mit mechanischer Thrombektomie 90 min nach Symptombeginn
  - Klinisch: Leichtes brachiofaszial betontes Hemisyndrom links mit Feinmotorikstörung, leichte Sekundärprophylaxe mit Aspirin, Atorvastatin
2. Post stroke depression
3. Hypertrophe Kardiomyopathie, Erstdiagnose 02.07.2015
  - Echokardiographie: konzentrisch hypertropher linker Ventrikel (LVMMI 162 g/m<sup>2</sup>; rTh = 0.57) mit normaler diastolischer Funktion und normaler Auswurfleistung (EF 61%)
  - a.e. toxisch/medikamentös bei Androgen-Abusus, DD hypertensiv, primäre hypertrophe Kardiomyopathie
4. Signifikante ST-Hebung in V2 und V3; ED 21.06.2015
  - Keine thorakalen Beschwerden, keine Dynamik im EKG und der Herzenzyme
  - DD Tako-Tsubo Kardiomyopathie, St.n. Perimyokarditis
5. Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 26.06.2015
6. Vd. a. obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

In der Beurteilung führten die Fachpersonen der Rehaklinik u.a. aus, dass die Fahreignung gegeben sei (indes zu Beginn nur kürzere Strecken empfohlen wür-

den), derweil die Arbeitsfähigkeit vorderhand noch zu verneinen sei; eine Überprüfung finde bei den Kontrollen durch den Hausarzt statt (IV-act. 32-5/23 unten). Der Versicherte könne seine Arbeitszeiten selbst einteilen. Der Wiedereinstieg in die Arbeit sollte initial in einem reduzierten und über die Woche gleichmässig verteilten Pensum von maximal 25% unter Berücksichtigung einer regelmässigen Pause erfolgen (IV-act. 32-10/23).

**2.2** Am 5. April 2016 konsultierte der Versicherte die ambulante Schlafsprechstunde der Klinik für Pneumologie (E.\_\_\_\_\_). Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Oberarzt) prüfte die Fragestellung, ob beim 51-jährigen Versicherten mit obstruktiver Schlafapnoe eine CPAP-Therapie noch indiziert sei, was verneint wurde. In der Begründung führte der Oberarzt in seinem Bericht vom 5. April 2016 an den Hausarzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ aus, als Hauptrisikofaktor für das OSAS habe eine massiv auftrainierte Muskulatur mit entsprechend grossem Halsumfang bestanden. Nach Pausierung/ Reduktion des Bodybuilding-Trainings habe der Versicherte rund 20 kg Muskelmasse abgenommen, was u.a. zum Rückgang des Halsumfanges geführt habe. Der Versicherte habe selbständig das CPAP-Gerät pausiert, was nicht zu Tagesmüdigkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten geführt habe (IV-act. 32-14/23).

**2.3** In einem Bericht vom 20. Juni 2016 an den Vertrauensarzt der Taggeldversicherung (O.\_\_\_\_\_ ) führte der Hausarzt u.a. aus, dass der Versicherte nach eigenen Angaben schnell erschöpft sei und eine allgemeine Müdigkeit verspüre. Nach wie vor zeige der Versicherte ein residuales sensomotorisches Hemisyndrom links, daneben eine depressive reaktive Entwicklung. Seitens der kardialen Situation sei der Versicherte kompensiert und stabil, jedoch sei eine deutliche Leistungseinbusse gegenüber der Zeit vor dem Infarkt festzustellen. Es sei versucht worden, die Arbeitsfähigkeit von 50% auf 60% zu steigern, was nicht realisierbar gewesen sei. Insgesamt beschrieb der Hausarzt koordinative Schwierigkeiten bei gegebenem Hemisyndrom links, daneben Schlafstörungen, Leistungsinsuffizienz, Konzentrationsstörungen und eine allgemeine depressive Entwicklung (Taggeld-Versicherung, act. 2-1/7 = IV-act. 32-22/23). Prognostisch schätzte der Hausarzt, dass eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden könne, und zwar ab Juli 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50% sowie möglicherweise ab 2017 eine weitere Steigerung auf 75% (Taggeld-Versicherung, act. 2-2/7, Ziff. 10 = IV-act. 32-23/23).

**2.4** In einem Bericht vom 24. August 2016 an die P.\_\_\_\_\_ (Versicherungsgesellschaft) erwähnte der Hausarzt die bereits angeführten Diagnosen und dass nach wie vor ein residuales sensomotorisches Hemisyndrom links vorliege. Er

habe eine zunehmende Polyglobulie feststellen müssen, welche auf einen wiederaufgenommenen Androgen-Abusus schliessen lasse. Daraufhin habe der Versicherte zugegeben, erneut Testosteron zu spritzen (IV-act. 32-19/23, Ziff. 2). Des Weiteren führte der Hausarzt u.a. aus, dass der Versicherte anfangs Mai 2016 seine Arbeit zu 40% aufgenommen habe mit der Folge, dass er "so schnell erschöpfe, dass die Lebensqualität anstatt der erwarteten Verbesserung eher eine Verschlechterung" zeige. Der Versicherte sei in seiner Arbeitsintensität deutlich reduziert und könne die früher erbrachte Arbeitsleistung nicht mehr erzielen (IV-act. 32-20/23).

**2.5** Der Hausarzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (FMH Innere Medizin) wiederholte im Bericht vom 12. Januar 2017 an die IV-Stelle die Hauptdiagnosen. In seiner Beurteilung wies er u.a. darauf hin, dass der Versicherte "ein regelmässiges körperliches Training selbständig" durchführe, während eine begleitende Psychotherapie bei gegebener Poststroke-Depression vom Versicherten abgelehnt werde. Prognostisch sei aus hausärztlicher Sicht davon auszugehen, dass der Versicherte nicht mehr die volle Arbeitsfähigkeit wie vor dem Hirnereignis erlangen werde; es sei mit einer anhaltenden, deutlichen Leistungseinbusse zu rechnen (IV-act. 32-2/23, Ziff. 5).

**2.6.1** Am MEDAS-Gutachten der G. \_\_\_\_\_), welches am 18. Dezember 2017 bei der IV-Stelle einging, wirkten folgende Sachverständige mit: (IV-act. 43-1/94):

Dr.med. Q. _____	(Innere Medizin FMH/ Kardiologie FMH/ zertif. med. Gutachter SIM/ Hauptgutachter)
Dr.med. R. _____	(Facharzt Neurologie/ zertif. med. Gutachter SIM)
Dr.med. S. _____	(Psychiatrie und Psychotherapie FMH/ zertif. med. Gutachterin SIM)
Lic.phil. T. _____	(Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/ zertif. med. Gutachter SIM)

**2.6.2** Dem MEDAS-Gutachten sind folgende polydisziplinäre Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (vgl. IV-act. 43-34/94 und IV-act. 43-51/94):

- Status nach zerebraler Ischämie (ICD-10 I64) im rechten Mediastromgebiet am 21.06.2015 mit/bei
- Verschluss des M2-Segmentes der Arteria cerebri media rechts am 21.6.2015
- Ätiologie: Verdacht auf Polyglobulie bei Androgenabusus
- Aktuell klinisch neurologisch diskrete zentral bedingte Parese linker Arm, sowie diffuse Gangunsicherheit
- Längere depressive Reaktion (Anpassungsstörung), teilremittiert (F43.21)

Als Diagnosen ohne relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wird im Gutachten festgehalten:

- Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

- Hypertrophe Kardiomyopathie (ICD-10 I42)
- Leichte Schlafapnoe (ICD-10 G47)
- Anamnestic bekannte chronische Refluxösophagitis (ICD-10 K21)
- Persistierendes Foramen ovale (ICD-10 Q21)
- Anabolikamissbrauch (F55.5)
- Nikotinabusus (F17.1)

**2.6.3** Der versicherungsmedizinischen Beurteilung sind aus interdisziplinärer Sicht u.a. die folgenden Ausführungen zu entnehmen (vgl. IV-act. 43-35f./94):

Auf aktuelle Beschwerden angesprochen berichtete der Versicherte bei der internistischen sowie bei der kardiologischen Begutachtung über koordinative Störungen, welche hauptsächlich die linke Seite betreffen. Die Beschwerden habe er seit dem Schlaganfall vom 21.06.2015. Jetzt gehe es natürlich schon viel besser als vorher, aber die linke Seite funktioniere noch nicht so, wie sie sollte. Vor allem falle ihm schnelles Laufen und Treppensteigen schwer. Er müsse sich beim Treppensteigen auf jeden Schritt konzentrieren. Der Begutachtete gehe regelmässig ins Fitnessstudio, fahre dort Velo. Müsse dabei die linke Seite förmlich nachziehen, weswegen er schneller ermüde. Diese Beschwerden schränken ihn im Alltag physisch, aber zum grossen Teil auch psychisch ein. Er kompensiere beziehungsweise überspiele diese Einschränkungen im Alltag durch Ausweichtendenzen. Im Allgemeinen brauche er jetzt viel mehr Energie für die Alltagsbewältigung.

Müdigkeit: plötzlich auftretend, Batterien seien schnell "auf null". Die Beschwerden in der Form habe er erst seit dem neurologischen Ereignis. Er müsse sich beim Auftreten der Beschwerden hinlegen und schlafen. Keine wesentliche Veränderung der Beschwerden in den letzten zwei Jahren. Dies schränke ihn bei der Ausführung der täglichen Aktivitäten ein, müsse viel mehr Zeit einplanen. Der Begutachtete versuche tagsüber nicht mehr als zwei bis drei Stunden zu schlafen. In der Nacht schlafe er acht Stunden.

Während der Untersuchung bei dem zuständigen neurologischen Gutachter berichtete der Versicherte, dass die gesamte momentane Situation ihn psychisch sehr belaste und daher seine Stimmung auch nicht gut sei. Er berichtet von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, sowie Störungen der Merkfähigkeit. An somatischen Beschwerden beklagt er Koordinationsstörungen der linken Körperhälfte, linker Arm, linkes Bein, was ihn im Alltag sehr beeinträchtigen würde. Er berichtet von Gleichgewichtsstörungen, er müsse sich sehr konzentriert bewegen, was ihn über den Tag sehr anstrengen und frustrieren würde. So müsse er sich zum Beispiel beim Treppenlaufen konzentrieren, insbesondere wie er den linken Fuss aufsetzt. (...)

Sehr störend sind auch plötzlich auftretende Ermüdungserscheinungen. So würden seine Aktivitäten plötzlich von 100% auf 0% abfallen, so dass er sich hinlegen und schlafen müsse. Diese Ermüdungserscheinungen treten mehrfach pro Tag auf. Er fühle sich einfach nicht mehr so belastbar wie früher, was ihn sehr beeinträchtigen würde.

Bis zu dem Ereignis vom 21.06.2015 war er ein gesunder und maximal leistungsorientierter Mensch. (...)

Dem Bericht des zuständigen psychiatrischen Gutachters ist zu entnehmen, dass der Explorand beruflichen Terminen mit gewisser Anspannung bzw. Besorgnis entgegensehe, was früher nie der Fall gewesen sei. Er sei all die Jahre immer sehr

gut auf berufliche Aufgaben vorbereitet gewesen, habe aber auch improvisieren können und aus dem Stand eine gute Performance (bei wichtigen Gesprächen oder Vorträgen) leisten können. Diese Selbstverständlichkeit und das Selbstbewusstsein, alle Situationen gut zu meistern, seien nun nicht mehr vorhanden. Es sei ungewohnt, dass manche Herausforderungen im Beruf ihm heute richtiggehend Angst machten, dies fühle sich "grauenhaft" an. Auch werde er recht schnell, schon nach ca. zwei Stunden müde und unkonzentriert, wo er früher ganze Tage durchgehalten habe. Es komme auch vor, dass er Termine vergesse - früher sei ihm dies praktisch nie passiert. Sein Partner habe diese Veränderungen bei ihm natürlich bemerkt und ihm in einer schonenden Art und Weise mitgeteilt, dass er die frühere Leistung nicht mehr erbringe. Diese Leistungsdefizite würden den Exploranden verunsichern und in ihm grosse Selbstzweifel auslösen, ob er jemals wieder so leistungsfähig werde wie früher (...). Die Veränderungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und die körperlichen Einschränkungen würden ihn psychisch sehr belasten und sich auf seine Stimmung schlagen. Es gebe kaum einen Moment im Tagesablauf, an dem ihm seine Einschränkungen nicht bewusst seien. Seine Lebensqualität sei dadurch sehr negativ verändert.

Körperlich mache ihm vor allem die Koordination von Bewegungen zu schaffen, daher könne er nicht joggen oder rennen. Beruflich sei es vor allem hinderlich, dass er nicht mehr gut und schnell auf der Tastatur schreiben könne, weshalb er die E-Mail-Kommunikation viel kürzer halten müsse als früher; dies erlaube natürlich keine ideale Kommunikation mit Geschäftspartnern.

Nach dem Schlaganfall habe er in relativ kurzer Zeit durch den plötzlichen Stopp des Trainings 30 kg verloren (von 110 kg auf 80 kg). (...) Inzwischen habe er wieder an Gewicht zugenommen, von 80 kg auf 92 kg. Er gehe auch wieder zum Training und verwende auch die Anabolika wieder so wie zuvor, das heisst in niedriger Dosierung (Testoviron 250 mg i.m. alle 14 Tage, in Zyklen). (...)

Bei der Befragung durch den Neuropsychologen schildert der Versicherte ihm gegenüber, dass die rasche Ermüdung den grössten Stressfaktor für ihn darstellen würde. Er habe sich nach dem Unfall schon erwischt, wie er am Schreibtisch während des Arbeitens auf dem Stuhl eingenickt sei. Er sei machtlos dagegen. Deswegen könne er momentan nur zu 20% arbeiten, was ihn aber sehr belaste, da er so für die eigene Firma keinen grossen Nutzen mehr darstelle.

Zusammenfassend handelt es sich um Koordinationsstörungen, schnellere Ermüdbarkeit und depressive Problematik als führende Symptome.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten fanden [sich] weder internistisch noch kardiologisch noch bei der psychiatrischen Begutachtung Anhaltspunkte für deren Reduktion, wohingegen auf dem neurologischen Gebiet bei Status nach Schlaganfall eine Arbeitsfähigkeit von 80% im angestammten Beruf als Geschäftsführer angegeben wird.

Aufgrund diskret bestehender Hemisymptomatik links, mit leichter Ungeschicklichkeit des linken Armes bei Rechtshändigkeit, sowie leichtgradiger Gangunsicherheit, ist es aus neurologischer Sicht erklärbar, dass der Versicherte etwas schneller ermüdet und daher immer wieder Pausen benötigt. Klinisch beeinträchtigende funktionelle Beeinträchtigungen finden sich jedoch nicht, so dass der alltägliche Ablauf und auch das sportliche Trainingsprogramm wieder recht gut gelingt. Die Bewegungsabläufe sind lediglich etwas verlangsamt, so dass mehr Pausen eingelegt werden müssen.

Die aktuell noch vorhandene leichte depressive Restsymptomatik wird mit zunehmendem Abstand vom auslösenden Ereignis sehr wahrscheinlich noch weiter zurückgehen bzw. sich ganz zurückbilden, vor allem wenn der Explorand die anti-depressive Medikation vorerst weiter beibehält und nur nach ärztlicher Massgabe langsam und schrittweise absetzt. Sie ist nicht in einem Mass ausgeprägt, dass dadurch die schlaganfallbedingten, neuropsychologisch dokumentierten kognitiven Defizite wesentlich beeinflusst werden. Insofern ist aus rein psychiatrischer Sicht keine eigenständige, invalidisierende Gesundheitsstörung im Fachgebiet festzustellen, die die Arbeitsfähigkeit zusätzlich zu den neuropsychologischen Einschränkungen weiter beeinträchtigen würde.

### **Polydisziplinäres Belastungsprofil**

Bei längerdauernden kognitiven Belastungen kommt es zunehmend zu erhöhter Ermüdung und damit verbundenen Leistungsinstabilitäten sowohl bezüglich Qualität wie auch Quantität. Dies unter verschiedenen Prüfbedingungen. Die Auswirkungen davon sind deutlich grösser, je komplexer die Tätigkeiten sind. Muss der Explorand unter Zeitdruck verschiedene Faktoren simultan überwachen und kontrollieren, kommt es rascher und zu deutlich mehr Fehler, als wenn er Tätigkeiten in seinem Arbeitstempo und sequenziell nacheinander erledigen kann. Auch ermüdet er unter diesen Bedingungen weniger rasch.

Muss der Explorand selbständig Problemlösungen analysieren, Problemlöseschritte planen oder fehlerhafte Problemlösungen korrigieren und anpassen, zeigt er weit unterdurchschnittliche Leistungen. Zu befürchten wäre, dass der Explorand vor diesem Hintergrund in einem Beruf mit hohen Anforderungen an Fähigkeiten zur Organisation, strategischer Planung, rasches Erkennen von Fehlern und Anpassen von fehlerhaften Handlungsstrategien etc. Schwierigkeiten hätte.

Beim Abrufen zuvor aufgenommener Inhalte hat der Explorand deutliche Schwierigkeiten. Er kann frei nur noch Fragmente ohne grösseren Zusammenhang abrufen.

(...)

Zusammenfassend wäre es hilfreich, wenn die Dauer der Belastungen optimal geplant und angepasst werden könnten: kurze Dauer, inhaltlich der momentanen Belastbarkeit des Exploranden angepasst, Einplanen von Pausen, kognitiv anspruchsvollere Inhalte eher, wenn er sich fit fühlt. Mit anderen Worten wäre es als günstig anzusehen, wenn der Versicherte sich an äusseren Vorgaben orientieren könnte (keine selbständige Organisation und Planung der Abläufe) und die Aufgaben in seinem Arbeitstempo sequentiell nacheinander erledigen könnte. Zudem wäre es von Vorteil, wenn die mnestischen Schwierigkeiten durch Dokumentationen und Vorbereitungen kompensiert werden könnten.

### **Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit**

Aus polydisziplinärer Sicht wäre die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer mit 80% anzugeben.

### **Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit**

80%. Es gilt die gleiche Einschätzung wie bei der angestammten Tätigkeit.

(...)

**2.7** Der RAD-Arzt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ beurteilte das MEDAS-Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig. Er empfahl, die im Gutachten evaluierte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter zu übernehmen (vgl. IV-act. 44-5/6).

**2.8** Mit den Einwänden zum Vorbescheid reichte der Rechtsvertreter des Versicherten einen Bericht vom 29. Mai 2018 (zu einer neuropsychologischen Abklärung vom 8. Mai 2018) ein, welcher von der Psychologin B.Sc. U. \_\_\_\_\_ und der Neurologin Dr.med. V. \_\_\_\_\_ (W. \_\_\_\_\_) unterzeichnet wurde. Diesem Bericht sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 60-19ff./31):

(...) Herr ... gibt an, dass er sich seit dem Hirnschlag (...) stark verändert habe. Er könne sich nicht mehr konzentrieren und leide unter einer enormen Müdigkeit, welche jeweils wie ein Blitz einschlage. Deswegen habe er sich - als er noch gearbeitet habe - häufig für einen power nap hinlegen müssen. Erholter habe er sich danach aber nicht gefühlt, sondern im Gegenteil wie gerädert. Folglich habe diese permanent erhöhte Erschöpfbarkeit seine berufliche Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt. Schon nach ein bis zwei Terminen habe er die restlichen absagen müssen. Auch habe er teilweise Termine vergessen und sei vor Präsentationen ungewohnt verunsichert und nervös gewesen, was früher nie vorgekommen sei. Generell sei er auch in Gesprächen mit Kunden sehr unstrukturiert gewesen und habe häufig den roten Faden verloren. Deswegen habe er auch vor einigen Monaten aufgehört zu arbeiten respektive haben er und sein Partner für das Wohl der Firma entschieden, dass es das Beste sei, wenn er seine Anteile verkaufe. (...). Infolge dieser Entwicklungen brauche Herr ... eine Auszeit und werde dementsprechend in ein paar Tagen mit seinem Hund nach Mallorca fliegen, um dort die nächsten Wochen zu verbringen. In Mallorca möchte er auch das Bodybuilding wieder aufnehmen, welches er die vergangenen drei Wochen vernachlässigt habe. Die neuropsychologische Untersuchung diene der Abklärung seiner Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit.

(...)

#### **Neuropsychologische Untersuchung**

Klinischer Eindruck/ Verhalten während der Untersuchung: Herr ... (Rechtshänder) erscheint pünktlich zum vereinbarten Termin. Sein äusseres Erscheinungsbild ist gepflegt und im Verhalten ist er freundlich. *Orientierung:* keine Defizite hinsichtlich zeitlicher, örtlicher, situativer und autopsychischer Orientierung. *Sprache:* Die Spontansprache ist unauffällig. Das allgemeine Sprachverständnis ist gegeben. Flüssige, wortschatzreiche Spontansprache, ohne Suchverhalten, ohne Wortfindungsstörungen. Im Gespräch jedoch unstrukturiert, weitschweifig und auf bestimmte Themen fixiert. Perseverationstendenzen tauchen auf. Infolge dessen auch häufig an gezielten Fragen vorbeiredend. Sozial-kommunikative Kompetenzen (z.B. Blickkontakt) sind erwartungsgemäss. *Affekt:* herabgestimmt und besorgt, jedoch schwingungsfähig. *Antrieb:* unauffällig. Die Belastbarkeit über eine Untersuchungsdauer von 3 ½ Stunden ist gegeben. Ermüdbarkeit, Aktiviertheit und allgemeine Aufmerksamkeit sind unauffällig. *Arbeitsplanung und Fehlerkontrolle:* Die Ausführung ist sehr sorgfältig (vorhandene Fehlerkontrolle). *Kooperation, Anstrengungsbereitschaft:* Das Engagement, die Ausdauer und Motivation sind vorhanden. Es macht sich ein hoher Leistungsanspruch bemerkbar. Herr ... arbeitet kooperativ mit, so dass die Ergebnisse als valide erachtet werden können.

(...) [diverse Testungen]

#### **Beurteilung**

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung resultiert testpsychologisch ein leicht bis mittelschwer beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil.

Einschränkungen lassen sich vorwiegend im Bereich der Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen finden. Es zeigen sich neben Verlangsamungen auch Beeinträchtigungen in der Impulskontrolle. Betreffend Exekutivfunktionen bestehen Defizite in der verbalen Ideenproduktion, phonematischen Flüssigkeit und Interferenzkontrolle. Im Bereich des Gedächtnisses zeigt sich ein gemischtes Bild: Während sich modalitätsübergreifend keine Einschränkungen in den Lernleistungen finden lassen, bestehen sowohl im verbalen wie auch im figuralen Bereich leichte Defizite im kurzfristigen Abruf. Die verbale Gedächtnisleistung zeigt sich dagegen im langfristigen Abruf sowie auch im Textgedächtnis unbeeinträchtigt. Im figuralen Gedächtnis zeigt sich ein ähnliches Muster durch eine intakte Diskrimination, jedoch teilweise defizitäre langfristige Abrufleistung. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Leistungsunterschiede durch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwankungen zustande gekommen sind. Die Visuo-Konstruktion zeigt sich hingegen normgerecht.

Die testpsychologisch objektivierten leicht bis mittelschweren Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, Konzentration und den Exekutivfunktionen sind als Folgeerscheinungen der im Juni 2015 erlittenen cerebralen Ischämie zu interpretieren und haben, wie vom Patient und seinem Umfeld beschrieben, zu einer stark eingeschränkten beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Funktionsfähigkeit geführt. Zudem ist ein Einfluss der akuten affektiven Symptomatik (BDI, klinischer Eindruck und Fremdanamnese) sehr wahrscheinlich. Aufgrund auffälliger Wesensveränderungen (Teilnahmslosigkeit, Vernachlässigung von Pflichten, Reizbarkeit), Minderungen in der Kognition (v.a. Aufmerksamkeit und Konzentration), mangelnder Krankheitseinsicht sowie familiärer Vorerkrankungen (Vater und Mutter an Demenz erkrankt), kann auch eine dementielle Entwicklung (fronto-temporal) nicht ausgeschlossen werden.

Dementsprechend ist aus neuropsychologischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit nicht gegeben und eine Reduktion der Erwerbsfähigkeit intendiert. Zudem erscheint eine psychiatrische Abklärung und psychologische Betreuung ratsam.  
(...)

Zuvor hatte die Neurologin Dr.med. V. \_\_\_\_\_ in einem Bericht vom 4. Mai 2018 an den Rechtsvertreter des Versicherten ausgeführt, dass die Befunde mit den im Rahmen der klinischen neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten zwischen 2016 und 2017 erhobenen Befunden im Wesentlichen übereinstimmen. Die neurologischen Defizite und testpsychologisch objektivierten Beeinträchtigungen, welche besonders die Bereiche Aufmerksamkeit, Konzentration und Exekutivfunktion betreffen, seien als Folgeerscheinungen des im Juni 2015 erlittenen cerebrovaskulären Infarkts zu interpretieren und hätten zu einer stark eingeschränkten beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Funktionsfähigkeit geführt.

Insgesamt veranschlagte die Neurologin V. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% sowohl im angestammten Beruf, als auch in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 60-30/31).

**3.** In der angefochtenen Verfügung ging die IV-Stelle im ersten Teil der Begründung (ausgehend vom Ergebnis des MEDAS-Gutachtens) von folgenden Arbeitsunfähigkeitsgraden aus (vgl. IV-act. 70-1/5, obere Hälfte):

Ab 21.06.2015 bis 31.12.2015	100% arbeitsunfähig
Ab 01.01.2016 bis 30.06.2016	50% arbeitsunfähig
Ab 01.07.2016 bis 31.08.2016	50% arbeitsunfähig
Ab 01.09.2016 bis 30.11.2016	30% arbeitsunfähig
Ab 01.12.2016	20% arbeitsunfähig

Im zweiten Teil der angefochtenen Verfügung, welcher den Einkommensvergleich betrifft, berücksichtigte die Vorinstanz für den Zeitraum vom 1. Juni 2016 bis 31. August 2016 einen Arbeits(un)fähigkeitsgrad von 50% (was gemäss Berechnung der IV-Stelle zu einem befristeten Anspruch auf eine halbe IV-Rente führte), sowie anschliessend einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30% (welcher gemäss Berechnung der IV-Stelle zu keinem rentenbegründenden IV-Grad führte).

**4.1** Der Versicherte kritisiert das interdisziplinäre Gutachten der G.\_\_\_\_\_ und fordert im Eventualantrag eine neue Begutachtung. Wie es sich mit dieser Kritik verhält und ob ein neues Gutachten geboten erscheint, wird nachfolgend geprüft.

**4.2** Was die von den MEDAS-Gutachtern aus verschiedenen Fachrichtungen erarbeiteten Diagnosen anbelangt (vgl. oben, Erw. 2.6.2), bringt der beanwaltete Beschwerdeführer vor Gericht nichts vor, namentlich wird nicht geltend gemacht, dass die konkreten internistischen, kardiologischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungen nicht lege artis durchgeführt worden seien. Für die Annahme, wonach die einzelnen Teilgutachten fachliche Mängel aufweisen, sind denn auch keine Anhaltspunkte ersichtlich. Dies gilt erst recht, als beispielsweise hinsichtlich der neurologischen und neuropsychologischen Zusatzabklärungen die vom Rechtsvertreter des Versicherten beigezogene Neurologin Dr.med. V.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 4. Mai 2018 (bzw. 27. Juni 2018) ausdrücklich festhielt: "Im Wesentlichen stimmen die Befunde mit den im Rahmen der klinischen neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten zwischen 2016 und 2017 erhobenen Befunde überein" (vgl. IV-act. 60-30/31 Mitte).

**4.3** Mithin sind die Divergenzen grundsätzlich darin zu erblicken, dass aus den im Wesentlichen übereinstimmenden Befunden unterschiedliche Schlussfolgerungen zur Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Die Kritik des Beschwerdeführers fokussiert sich hauptsächlich darauf, dass die einzelnen Gutachter keine Konsensbesprechung durchgeführt hätten. Sodann

wird insbesondere beanstandet, dass die neuropsychologischen Abklärungsergebnisse unzureichend in der gesamthaften Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des vorliegenden MEDAS-Gutachtens berücksichtigt worden seien (siehe auch Eingabe des Beschwerdeführers vom 16.9.2019).

**4.4** Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers ist die Beweiskraft des vorliegenden MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Auch wenn es wünschbar gewesen wäre, dass die Gutachter die Durchführung einer Konsensbesprechung ausdrücklich festgehalten hätten, reicht es im konkreten Fall grundsätzlich aus, dass zum einen im Gutachten unter lit. E die polydisziplinären Diagnosen aufgeführt wurden (siehe IV-act. 43-34/94, siehe auch oben, Erw. 2.6.2) und zum andern (auf 5 ¼ Seiten) unter lit. F die "versicherungsmedizinische Beurteilung und polydisziplinäre Zusammenfassung" dargelegt wurden, welche expressis verbis auf die internistischen, kardiologischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungsergebnisse Bezug nehmen. Dass in dieser versicherungsmedizinischen Beurteilung eindeutig auch Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung im Einzelnen berücksichtigt wurden, ergibt sich im Vergleich daraus, dass einzelne Passagen aus dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht (siehe IV-act. 43-93/94, Ziff. 1.2.2) tel quel in der versicherungsmedizinischen Beurteilung übernommen wurden, so beispielsweise folgende Passagen (vgl. oben, Erw. 2.6.3, nach "polydisziplinäres Belastungsprofil"):

Bei längerdauernden kognitiven Belastungen kommt es zunehmend zu erhöhter Ermüdung und damit verbundenen Leistungsinstabilitäten sowohl bezüglich Qualität wie auch Quantität. Dies unter verschiedenen Prüfbedingungen. Die Auswirkungen davon sind deutlich grösser, je komplexer die Tätigkeiten sind. Muss der Explorand unter Zeitdruck verschiedene Faktoren simultan überwachen und kontrollieren, kommt es rascher und zu deutlich mehr Fehlern, als wenn er Tätigkeiten in seinem Arbeitstempo und sequenziell nacheinander erledigen kann. Auch ermüdet er unter diesen Bedingungen weniger rasch.

Muss der Explorand selbständig Problemlösungen analysieren, Problemlöseschritte planen oder fehlerhafte Problemlösungen korrigieren und anpassen, zeigt er weit unterdurchschnittliche Leistungen. (...)

**4.5** Zusammenfassend hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die in der Beschwerde geäusserte Kritik an der Ausgestaltung des MEDAS-Gutachtens, welche mindestens teilweise auf einen überspitzten Formalismus hinausläuft (beispielsweise hinsichtlich des Einwandes, dass die einzelnen Gutachter nur ihr Teilgutachten, nicht aber das Gesamtgutachten unterzeichnet hätten; siehe auch Eingabe des Beschwerdeführers, S. 2 oben), nicht zu hören ist. Es kann auf die entsprechenden Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung verwiesen werden. Soweit der Beschwerdeführer vor Gericht sinngemäss rügt, dass die MEDAS-Gutachter ge-

samthalt eine prozentual andere Gewichtung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vorgenommen hätten als die vom Rechtsvertreter des Versicherten konsultierten Fachpersonen (siehe oben, Erw. 2.8), ist darin grundsätzlich keine fachlich falsche oder fehlerhafte Vorgehensweise zu erblicken. Vielmehr ist bei der Beurteilung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades den Gutachtern grundsätzlich ein erheblicher Beurteilungsspielraum einzuräumen, welcher nicht schon dadurch verletzt wird, dass die vom Versicherten beauftragte Fachperson zu einem anderen Ergebnis (bzw. zu einem höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad) gelangt. Diesbezüglich wird in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 11) zutreffend darauf hingewiesen, dass die Neurologin Dr.med. V. \_\_\_\_\_ eine eigentliche Begründung für ihre abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht vorbringt und ihre Schätzung letztlich bloss als andere Interpretation derselben Befundlage erscheint. Ins Gewicht fällt sodann, dass im vorliegenden MEDAS-Gutachten die zusammenfassende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung unter dem Titel des polydisziplinären Belastungsprofils ausdrücklich auch Kompensationsstrategien aus neuropsychologischer Sicht mitberücksichtigt, wie in der Vernehmlassung der Vorinstanz (unter Ziff. 6) zutreffend und überzeugend hervorgehoben wurde. Abgesehen davon ist nicht die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für den bislang angestammten Arbeitsbereich massgebend, sondern grundsätzlich diejenige für zumutbare Tätigkeiten, welche den verbliebenen Beeinträchtigungen hinreichend angepasst sind. Schliesslich spricht für eine weniger starke Gewichtung der geltend gemachten Ermüdbarkeit (und mithin für einen höheren Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten), dass bei der vom Rechtsvertreter des Versicherten veranlassten neuropsychologischen Untersuchung vom 8. Mai 2018 die Fachperson ausdrücklich feststellte: "Die Belastbarkeit über eine Untersuchungsdauer von 3 ½ Stunden ist gegeben. Ermüdbarkeit, Aktiviertheit und Aufmerksamkeit sind unauffällig" (vgl. IV-act. 60-20/31 unten und 60-21/31 oben). Im Übrigen ist die Fahreignung nach der Aktenlage nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 43-5/94 unten). Soweit ferner der Versicherte sich "sehr unglücklich, frustriert und lustlos" fühlt, weil er zwischenzeitlich seine von ihm mitgegründete Firma verlassen hat (vgl. IV-act. 60-19/31 unten und nachfolgend, Erwägung 5), sind darin keine relevanten Aspekte für einen höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad zu erblicken. Schliesslich ist der Argumentation in der Eingabe des Beschwerdeführers vom 16. September 2019 (Ziffer 5, wonach sinngemäss es nicht nachvollziehbar sei, weshalb keine höhere als eine lediglich 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen soll, wenn diese 20%ige bereits aus rein neurologischen Gründen resultiere) grundsätzlich entgegenzuhalten, dass nach ständiger Rechtsprechung es nicht zulässig ist, eine Addition der Einschränkungen in verschiedenen Teilbereichen vorzunehmen (siehe VGE I 2008 15 vom 23.9.2008 Erw. 4.3 mit Hinweisen auf

VGE I 2007 152 vom 30.11.2007 Erw. 4.2; VGE 68/98 vom 27.11.1998, Prot. S. 1705 sowie Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 28.05.1999 i.Sa. B, Erw. 2a, wonach die Addition von prozentualen Teilbehinderungen ein falsches Bild zeigen würde, weil sich Beschwerdebilder überschneiden bzw. decken können).

**4.6** Aus all diesen Gründen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf das vorliegende MEDAS-Gutachten abgestellt und davon abgesehen hat, ein weiteres medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.

**5.** Was die erwerblichen Auswirkungen des gutachtlich ermittelten Arbeitsfähigkeitsgrades anbelangt, hat eine Prüfung des Einkommensvergleichs zur Folge, dass eine Rückweisung an die Vorinstanz unerlässlich ist. Das in der angefochtenen Verfügung berücksichtigte Valideneinkommen ergibt nach der Aktenlage keinen Anlass zur Beanstandung. Anders verhält es sich bei der Herleitung des Invalideneinkommens, wie nachfolgend dargelegt wird.

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung insbesondere die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_800/2017 vom 21.6.2018 Erw. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 135 V 297 Erw. 5.2 S. 301).

Die Vorinstanz geht bei ihrer Berechnung des Invalideneinkommens konkludent davon aus, dass der Versicherte weiterhin in der gleichen Firma erwerbstätig sei, bei welcher er vor dem im Juni 2015 erlittenen cerebrovaskulären Infarkt als Geschäftsführer und Verwaltungsrat mit Einzelunterschrift fungierte. Dabei hat die Vorinstanz übersehen, dass der Versicherte mehr als ein Jahr vor Erlass der angefochtenen Verfügung (vom 28.5.2019) aus dem Verwaltungsrat der C. \_\_\_\_\_ AG ausgeschieden und dass seine Berechtigung zur Einzelunterschrift mit der entsprechenden Publikation im Schweizerischen Handelsamtsblatt vom \_\_\_\_\_ (Tagesregister-Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_) erloschen ist (vgl.

Auszug aus dem Handelsregisteramt des Kantons Zug sowie Schweizerisches Handelsamtsblatt Nr. \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_). Dieses Ausscheiden aus der erwähnten Firma steht im Zusammenhang mit dem in den vorliegenden Akten geschilderten Verkauf der Aktienanteile an den Geschäftspartner (vgl. die entsprechende Mitteilung des Hausarztes vom 21.3.2018 = IV-act. 60-24/31 in fine; siehe auch den Bericht der Psychologin U. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2018 = IV-act. 60-19/31 unten: "Generell sei er auch in Gesprächen mit Kunden sehr unstrukturiert gewesen und habe häufig den roten Faden verloren. Deswegen habe er auch vor einigen Monaten aufgehört zu arbeiten respektive haben er und sein Partner für das Wohl der Firma entschieden, dass es das Beste sei, wenn er seine Anteile verkaufe. Diese Entscheidung sei für ihn nichtsdestotrotz unglaublich schwierig gewesen, weswegen er sich seitdem sehr unglücklich, frustriert und lustlos fühle ...").

Bei dieser rund 1 Jahr vor Erlass der angefochtenen Verfügung geänderten Ausgangslage (wonach der Versicherte seine ihm verbliebene Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gar nicht ausgeschöpft hat), wird die Vorinstanz nicht darum herumkommen, das für den Einkommensvergleich massgebende Invalideneinkommen grundsätzlich aus den Tabellenlöhnen herzuleiten.

**6.** Nach dem Gesagten ist die vorliegende Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 28. Mai 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung eines Einkommensvergleichs im Sinne der Erwägungen (mit einem korrekt hergeleiteten Invalideneinkommen) über den IV-Rentenanspruch neu befinden kann.

**7.** Diesem Ergebnis entsprechend werden die gerichtlichen Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt. Zudem wird dem beanwalteten Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zugesprochen. Bei der Festsetzung der Parteientschädigung ist namentlich auch der Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) zu beachten, der für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. In diesem Rahmen ist die Vergütung gemäss § 2 GebTRA nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. In Beachtung der vorerwähnten Bemessungsgrundsätze ist die dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung auf Fr. 2'400.-- (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen.

**8.** Was die Rechtsmittelbelehrung anbelangt, drängen sich folgende Bemerkungen auf. Im Entscheid VGE I 2017 108 vom 14. März 2018 hatte das Verwal-

tungsgericht eine Beschwerde einer Versicherten A insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben, ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 41%) anerkannt und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit letztere darüber befinde, wann der Rentenanspruch entstand und ab wann die Viertelsrente ausbezahlt sei. Dagegen beschwerte sich die Versicherte A beim Bundesgericht und beantragte eine halbe IV-Rente. Mit Urteil 9C\_348/2018 vom 23. Januar 2019 ist das Bundesgericht auf die Beschwerde nicht eingetreten mit der sinngemässen Begründung, dass es sich dabei um einen Zwischenentscheid handle, welcher nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 BGG anfechtbar sei, was in der erwähnten Konstellation nicht gegeben war.

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist fraglich, ob der vorliegende Entscheid direkt mit einer Beschwerde ans Bundesgericht anfechtbar wäre. Um allen Eventualitäten gerecht zu werden, wird der vorliegende Entscheid dennoch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, wobei der Beschwerdeführer daraus bei einem allfälligen Weiterzug nichts zu seinen Gunsten ableiten kann.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 28. Mai 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen nach Durchführung eines Einkommensvergleichs (mit einem korrekt hergeleiteten Invalideneinkommen) über den IV-Rentenanspruch neu befinden kann. Im Übrigen wird die Beschwerde (namentlich soweit die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens beantragt wird) abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers noch Fr. 500.-- zu bezahlen hat.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Auslagen/ MwSt) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, siehe auch noch Erw. 8).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R, inkl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 16.9.2019)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 18. September 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: 30. September 2019