

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 110

Entscheid vom 24. August 2021

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Stefanie Zlauwinen, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Höhe des Rentenanspruchs)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. ____19__, Vater von 3 Kindern mit Jahrgang 20__, 20__ und 20__) arbeitete seit September 2002 als Bauarbeiter für die Firma C._____. (D._____). Am 7. Februar 2012 glitt er auf einer Baustelle aus und verletzte sich dabei am rechten Ellbogen. Die Suva bejahte mit Verfügung vom 21. Mai 2014 grundsätzlich die Leistungspflicht und schloss den Fall per 31. August 2012 ab. Eine dagegen erhobene Einsprache wurde von der Suva mit Entscheid vom 27. Januar 2015 abgewiesen (UV-act. 8). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

B. Aufgrund der Ellenbogen-Beschwerden hatte sich A._____ bereits am 2. Mai 2012 bei der IV-Stelle für eine Früherfassung gemeldet (IV-act. 1-1/3). Die ordentliche Anmeldung für IV-Leistungen ging am 11. Juni 2012 bei der IV-Stelle ein, wobei die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit "Arthrose im Ellbogengelenk, rechts" umschrieben wurden (IV-act. 8-5/7). Aufgrund der Einschränkungen der Beweglichkeit im Ellenbogenbereich beendete die Tiefbaufirma C._____ das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2012 (vgl. IV-act. 60-7/8). Eine in Betracht gezogene Umschulung zum Buschauffeur scheiterte an der fehlenden Sehschärfe (IV-act. 26). Am 28. Januar 2013 unterzeichnete A._____ eine Vereinbarung zur Arbeitsvermittlung (IV-act. 34). Am 4. Februar 2015 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für einen Einsatz an einem Testarbeitsplatz der P._____ Q._____ (bis 31.7.2015, beginnend mit 50%, IV-act. 67). Ausserdem wurde ein IV-Taggeld gewährt (IV-act. 71). Am 8. Juli 2015 verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache für den Testarbeitsplatz bis 1. Februar 2016 (IV-act. 77).

C. Am 14. Januar 2016 teilte die IV-Stelle mit, dass die Kosten für eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung übernommen werde (IV-act. 94). Der Auftrag wurde der Gutachterstelle E._____ zugestimmt (IV-act. 100). Die vorgesehenen Gutachter wurden A._____ mit Schreiben vom 29. Februar 2016 bekanntgegeben (IV-act. 103). Dieses Gutachten wurde am 26. Mai 2016 erstattet (IV-act. 105). Nachdem die IV-Stelle mit Schreiben vom 5. August 2016 A._____ aufgefordert hatte, eine Pharmakotherapie bei einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fachperson aufzunehmen (IV-act. 108), teilte der Hausarzt Dr.med. F._____ am 12. August 2016 mit, dass sein Patient seit Januar 2013 in regelmässiger ambulanter Psychotherapie beim G._____ sei (IV-act. 109).

Vom 5. Januar 2017 bis zum 6. Februar 2017 war A._____ in der Klinik H._____ hospitalisiert (IV-act. 132).

Auf Anraten des zuständigen RAD-Arztes veranlasste die IV-Stelle eine MEDAS-Verlaufsbeurteilung bei der gleichen Gutachterstelle (IV-act. 134-9/10, 136). Das entsprechende Verlaufsgutachten wurde am 2. Oktober 2017 erstattet (IV-act. 148). Am 8. November 2017 folgte eine konsiliarische Beurteilung durch die RAD-Psychiaterin (IV-act. 151-10/13). Die behandelnde Therapeutin (lic.phil. I._____) erachtete am 12. Dezember 2017 die therapeutischen Möglichkeiten als ausgeschöpft (IV-act. 154).

D. Nachdem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgebracht wurde, empfahl der RAD J._____ (Dr.med.univ. Dr.phil. K._____) eine weitere polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung (IV-act. 170-12/12), was dem Vertreter von A._____ am 16. Mai 2018 mitgeteilt wurde (IV-act. 172). Innerer streckter Frist erklärte der Rechtsvertreter mit Schreiben vom 6. Juli 2018 seine Zustimmung zum geplanten Vorgehen (IV-act. 178), worauf der Begutachtungsauftrag erteilt wurde (IV-act. 179). Am 30. Juli 2018 ging bei der IV-Stelle ein Bericht der Klinik H._____ ein, wonach sich A._____ vom 11. Juni 2018 bis zum

6. Juli 2018 in der Klinik aufgehalten habe (2. Hospitalisation, IV-act. 182).

Am 27. September 2018 wurde das dritte MEDAS-Gutachten erstattet (IV-act. 186). Zu diesem Gutachten äusserte sich die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. K._____ in einer Stellungnahme vom 26. November 2018 (IV-act. 191-14/14), worauf A._____ im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgefordert wurde, eine teilstationäre Behandlung von mindestens 8-12 Wochen durchzuführen (IV-act. 192).

Am 29. Januar 2019 liess A._____ der IV-Stelle mitteilen, dass die L._____ ihn bei der Klinik M._____ angemeldet habe (IV-act. 198). Vom 15. April 2019 bis 6. Juni 2019 hielt er sich in dieser Klinik auf (IV-act. 211).

Nach einer Würdigung der medizinischen Aktenlage durch den RAD-Psychiater Dr.med. N._____ vom 20. Januar 2020 (vgl. IV-act. 221-16f./17) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 2. März 2020 an, ab 1. Februar 2016 eine Viertelsrente zu gewähren (IV-act. 224). Dazu äusserte sich der Rechtsvertreter von A._____ in Eingaben vom 1. Mai 2020 (IV-act. 229) und vom 2. Juni 2020 (IV-act. 231). Zu diesen Einwänden nahm der RAD-Psychiater Dr.med. N._____ am 9. Juli 2020 Stellung (IV-act. 233). Am 20. August 2020 folgte noch eine (orthopädische) Stellungnahme von Dr.med. O._____ (RAD-J._____).

E. Am 12. November 2020 verfügte die IV-Stelle, dass A._____ mit Wirkung ab 1. Februar 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente habe (IV-Grad 43%).

Gegen diese am 13. November 2020 eingegangene Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 14. Dezember 2020 (= Montag) beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 12. November 2020 sei insoweit aufzuheben, als dem Beschwerdeführer rückwirkend ab Februar 2016 keine fort-dauernde Dreiviertelsrente ausgerichtet wird.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Vernehmlassung vom 4. März 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten des Beschwerdeführers.

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 (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 substantiell 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 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

1.6 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung an

den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 Erw. 6 S. 426f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 6; 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zit. Urteil 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 143 V 418 Erw. 6 und auch BGE 144 V 50 Erw. 4.3).

1.7 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 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Aus den vorliegenden Akten sind u.a. die nachfolgend angeführten Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten zu entnehmen.

2.1.1 Bei der IV-Anmeldung im Juni 2016 umschrieb der Versicherte seine gesundheitlichen Probleme mit "Arthrose im Ellbogengelenk rechts" (IV-act. 8-5/7).

2.1.2 Beim Abklärungsgespräch vom 26. Juni 2012 führte der Versicherte u.a. sinngemäss aus, dass er mittelfristig nicht mehr in der Lage sei, seine bisherige Beschäftigung als Bauarbeiter im Tiefbau auszuführen. Er könnte sich vorstellen, als Bus-Chauffeur zu arbeiten; er sei sehr motiviert, eine angepasste Tätigkeit zu finden (IV-act. 25-2/5).

2.1.3 Anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 28. Januar 2013 erklärte der Versicherte u.a. sinngemäss, die bisherige Arbeitgeberfirma habe ihm die Stelle per 31. Dezember 2012 gekündigt, weil sie keine leichten Arbeiten für ihn hätte. Er könne sich eine Beschäftigung als Fabrikangestellter, im Verkauf (z.B. Kiosk) oder bei der Postzustellung vorstellen. Er sei überzeugt, dass er die bisherige Tätigkeit nie mehr in Vollzeit werde ausführen können, weil sich durch eine solche Arbeit seine (Ellbogen-)Beschwerden noch verschlechtern würden. Deshalb wolle er eine neue Tätigkeit finden, wo er wieder zu 100% arbeiten könne (IV-act. 41-2f./6).

2.1.4 Die Suva hatte mit Verfügung vom 21. Mai 2014 ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 7. Februar 2012 ("Ausgleiten auf Baustelle/ Ellbogenverletzung") ab dem 31. August 2012 verneint (UV-act. 5). Eine dagegen erhobene Einsprache wurde von der Suva mit Entscheid vom 27. Januar 2015 abgewiesen (UV-act. 8).

Kurz zuvor wurde bei der Besprechung des Versicherten mit dem IV-Berater am 7. Januar 2015 (u.a.) notiert, dass gemäss Arztbericht der Versicherte für leichte Arbeiten bis zu 10 kg und ohne repetitive Arbeiten (welche sinngemäss den Ellbogen rechts belasten) zu 100% arbeitsfähig sei; er könne sich eine Beschäftigung als Fabrikangestellter, für Lager/Spedition oder als Kurierfahrer (Kat. B) vorstellen (IV-act. 64-2/5).

2.1.5 Am 29. Januar 2015 unterzeichnete der Versicherte eine Eingliederungsvereinbarung für den Einsatz an einem Testarbeitsplatz der P._____ in Q._____, welcher mit 50% zu Beginn und allmählicher Steigerung geplant war (IV-act. 70). Beim Standortgespräch vom 13. Mai 2015 wurde u.a. notiert, dass der Versicherte seit ca. 3 Wochen wieder mehr Ellenbogenschmerzen habe. Die aktuelle Arbeit sei aber gut angepasst (Stapler

fahren, Bahnwagen beladen, etikettieren, rüsten). Der konsultierte Arzt (Dr. R._____) befürwortete am 22. Juni 2015 die Verlängerung des Testarbeitsplatzes um weitere 6 Monate (IV-act. 72-5/6). Daraufhin übernahm die IV-Stelle am 8. Juli 2015 die Kosten für den Einsatz an diesem Testarbeitsplatz bis 1. Februar 2016 (IV-act. 77) und gewährte ein entsprechendes Taggeld (IV-act. 78, 81).

2.2 Am 14. Oktober 2015 ging bei der IV-Stelle ein Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes (G._____) ein, welche von der Psychologin MSc. S._____ unterzeichnet und von Dr.med. T._____ (Leitende Ärztin G._____, heute L._____ U._____) visiert wurde. Diesem Bericht ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sowie eine Major Depression, rezidivierend, aktuell mittelschwer (ICD-10 F33.1) zu entnehmen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, chronisch mit verzögertem Beginn, aktuell stark reduzierte bis remittierte Symptome, ICD-10 F43.1) erwähnt. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde in diesem SPD-Bericht ausgeführt, dass bis anhin keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei: "Wenn eine geeignete Tätigkeit gefunden werden kann, gehen wir von einer 100% Arbeitsfähigkeit aus". Hinsichtlich Tiefbau sei vermutlich aus somatischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 84).

2.3.1 In einem Verlaufsbericht, welcher bei der IV-Stelle am 25. November 2015 einging, machte der Hausarzt Dr.med. R._____ (FMH Allgemeinmedizin/ FA Psychosomatische Medizin SAPP, V._____) einen verschlechterten Gesundheitszustand des Versicherten geltend, neu sei eine Kniearthrose rechts hinzugekommen. Zudem wies er darauf hin, dass im September 2014 im Y._____ eine Ellenbogen-Operation (Dr. W._____) durchgeführt worden sei, anschliessend postoperative Schmerzen über längere Zeit; der Versicherte klagt über Hypästhesie im Bereiche Finger II und III der rechten Hand (IV-act. 86).

2.3.2 Am 4. Dezember 2015 traf bei der IV-Stelle ein Bericht des Y._____ vom 15. September 2015 ein. Darin stellte Dr.med. W._____ (Konsiliararzt Orthopädie) folgende Diagnose (IV-act. 88):

Status nach Débridement des Ellbogens arthroskopisch sowie mini open mit Kashiwagi-Plastik und Resektion der Olecranonspitze am 05.09.2014;
Neuropathie des Nervus ulnaris rechts.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte dieser Arzt aus, hinsichtlich des Ellbogens wäre eine Arbeit sinnvoll, wo keine Lasten über 1-2 kg getragen werden; es sollten keine repetitiven Pro- und Supinationsbewegungen durchgeführt werden. Feinmotorische Arbeiten an einer Arbeitsbank seien sinnvoll (IV-act. 88-1/5 unten).

2.3.3 Am 14. Dezember 2015 untersuchte Dr.med. X._____ (Leitender Arzt Rheumatologie/ Y._____) auf Zuweisung des Hausarztes den Versicherten. Im Bericht vom 18. Dezember 2015 an Dr.med. R._____ stellte Dr.med. X._____ folgende Diagnosen (IV-act. 89-2/4):

1. Chronifizierte Schmerzen Ellbogen rechts mit leichtgradigem Funktionsdefizit mit/bei
 - Ellbogenarthrose
 - St.n. Kontusionstrauma am 07.02.2012 mit in der Folge persistierenden Schmerzen
 - St.n. Débridement des Ellbogens arthroskopisch sowie mini open mit Kashiwagi-Plastik und Resektion der Olecranospitze am 05.09.2014
2. Femoropatelläres Schmerzsyndrom rechtsbetont bds.
3. Schmerzen OSG rechts unklarer Ätiologie
4. Vd. a. Symptomausweitung der obigen Schmerzen bei psychosozialer Belastungssituation mit/bei Zukunftssorgen und subdepressive Verstimmung bei krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit zusätzlich funktionelle Beschwerden wie Reizdarmsyndrom und intermittierende Kopfschmerzen
5. Nebendiagnosen
 - Arterielle Hypertonie
 - Adipositas mit BMI 32 kg/m² (174 cm, 97 kg)

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr.med. X._____ dahingehend, dass sich "diese nach der Beurteilung der Orthopäden und des Ellbogens" richte; aufgrund der Knie- und OSG-Schmerzen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 89-3/4 unten).

2.4.1 Bei der interdisziplinären MEDAS-Begutachtung durch die ausgeloste E._____ -Gutachterstelle wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 105-26/73):

- Dr.med. Z._____ (Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie/ Federführung)
- AA._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Dr.med. AB._____ (Facharzt für Innere Medizin)
- Dr.med. AC._____ (Facharzt für Innere Medizin/ med. Supervision und med. Verantwortung)

Diese Sachverständigen stellten im Gutachten vom 26. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 105-15/73):

1. Arthrose beider Ellenbogengelenke, rechts stärker als links

2. Panikstörung mit Agoraphobie: ICD-10 F40.01
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom: ICD-10 F33.11

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter was folgt (IV-act. 105-16/73):

4. Arthrose des Tarsometatarsalgelenkes IV und Syndaktylie Dig. III/IV des rechten Fusses
5. Reizung und mässige Arthrose des rechten Akromioklavikular- und Schultergelenkes
6. Retropatellares Schmerzsyndrom rechts Kniegelenk
7. Posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn, aktuell remittierte Symptomatik, ICD-10 F43.1
8. Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (iatrogen): ICD-10 F13.2
9. Refraktionsamblyopie rechts Myopie rechts (vermindertes Stereosehen)
10. Arterielle Hypertonie (behandelt)
11. Hypercholesterinämie (behandelt)
12. Kleiner benigner Schilddrüsenknoten
13. Dyspepsie
14. Adipositas (BMI 31 kg/m²)

Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, körperlich schweren Tätigkeit als Bauarbeiter wurde von den Gutachtern aus orthopädischer Sicht verneint. Für eine

leidensangepasste Tätigkeit wurde aufgrund der psychiatrischen Erkrankungen eine Arbeitsfähigkeit von rund 60% veranschlagt (IV-act. 105-18/73).

Prognostisch hielten die Gutachter fest, dass bei einer dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit von einer stabilen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die depressive Erkrankung sowie Angsterkrankung seien "als nicht genügend behandelt (medikamentös) einzustufen". In diesem Sinne bleibe die Forderung nach einer Schadenminderungspflicht von Bedeutung (IV-act. 105/19/73).

2.4.2 Der RAD-Arzt Dr.med. AD. _____ (FA Innere Medizin D/ Arbeitsmedizin D) beurteilte das Gutachten vom 26. Mai 2016 als umfassend, klar und widerspruchsfrei. Die Standardindikatoren seien inhaltlich und formal berücksichtigt. Die von der psychiatrischen Gutachterin als dringend notwendig erachtete Pharmakotherapie der psychischen Gesundheitsstörungen sei dem Versicherten zumutbar und könne vom psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandler in einem ambulanten Setting umgesetzt werden. Eine aufschiebende Wirkung für Eingliederungsmassnahmen habe dies nicht.

2.5.1 Nach der Einleitung eines entsprechenden Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (IV-act. 108) teilte Dr.med. F._____ (Allgemeinmedizin D) der IV-Stelle mit, dass der Versicherte seit Januar 2013 beim G._____ in regelmässiger ambulanter Psychotherapie sei und dass eine medikamentöse Therapie laufe (IV-act. 109). Zudem erläuterte die behandelnde Psychologin des G._____ der IV-Stelle am 29. August 2016, dass die Medikation laufend angepasst werde und dass "der Versicherte unbedingt eine Chance auf dem Arbeitsmarkt brauche, dies würde die AF auch noch verbessern" (IV-act. 110).

2.5.2 Die für die Behandlung zuständige SPD-Psychologin (MSc. S._____) meldete der IV-Stelle am 5. Januar 2017 (visiert vom Oberarzt AE._____), dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe. Aus psychiatrischer Sicht sei vermutlich von einer Arbeitsfähigkeit von 60% bis 100% auszugehen; es werde empfohlen, bei 60% einzusteigen, da der Versicherte nun seit längerem nicht mehr gearbeitet habe. Langfristig sei von einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 80%-100% auszugehen; aktuell sei er aufgrund der Krise zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 121-2/2, Ziff. 4). Zudem wurde im Bericht (Ziff. 5) darauf hingewiesen, dass der Versicherte in die Klinik H._____ eintrete.

2.6.1 Vom 5. Januar 2017 bis zum 6. Februar 2017 hielt sich der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik H._____ auf.

Im Verlaufsbericht vom 27. Januar 2017 an die IV-Stelle, welcher am 6. Februar 2017 bei der IV-Stelle einging, stellten der Assistenzarzt AF._____ und der Oberarzt Dr.med. AG._____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2). Zur Arbeitsfähigkeit führten die Klinikärzte aus, während des Klinikaufenthaltes sei der Versicherte 100% arbeitsunfähig; nach dem Austritt müsse die Arbeitsfähigkeit vom Nachbehandler beurteilt werden; ein IV-Gutachten bestätige die Diagnose der Klinik und vertrete den Standpunkt, dass der Versicherte zu 60% arbeitsfähig sei (IV-act. 127-2f./8).

Im Austrittsbericht (vom 10.2.2017) wurde abgesehen von der bereits erwähnten Diagnose (F33.2) eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) diagnostiziert (IV-act. 132-3/5 oben). In der Beurteilung wurde u.a. ausgeführt, dass die psychosozialen Belastungen, auf welche der Versicherte mit Angst und depressiven Symptomen reagiere, bei der Hospitalisation im Vordergrund gewesen seien (IV-act. 132-2/5, unterhalb der Mitte).

2.6.2 Während dieser Hospitalisation hatte die zuständige Fachperson des Sozialdienstes der Klinik zu einer gemeinsamen Besprechung ("Roundtable") mit den involvierten Personen eingeladen. Daran nahmen der Versicherte, seine

Ehefrau, die Fachperson des Sozialdienstes, der behandelnde Arzt sowie die bei der IV-Stelle zuständige Person teil. In diesem Zusammenhang wurde u.a. festgehalten, dass die (ALV-)Taggeldzahlungen Ende Januar (2017) auslaufen würden und dass wohl der Gang zum Sozialamt unumgänglich sei, zumal (sinngemäss) nach der Aktenlage bei einer leidensangepassten (leichten) Tätigkeit aus somatischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestünde und aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 60% bis 100% auszugehen sei, was wohl zu einer Abweisung des Rentenbegehrens führen werde (IV-act. 124).

2.7.1 Die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. K._____ gab in ihrer Stellungnahme vom 24. April 2017 nach einer Prüfung der Aktenlage folgende Empfehlung ab (IV-act. 134-10/10):

In diesem Fall liegen zahlreiche psychosoziale Faktoren vor. Verglichen mit dem psychiatrischen Befund im E._____ -Gutachten scheint auf der Befundebene keine wesentliche Veränderung eingetreten zu sein, auch wenn jetzt der aktuelle Befund als schwergradige Depression diagnostisch gelabelt wird. Es ist zu vermuten, dass die bisherige stationäre Behandlung als noch nicht ausreichend anzusehen ist.

Ich empfehle eine Verlaufsbeurteilung beim E._____.

Ich würde mit der Eingliederungsmassnahme warten, bis das Verlaufsgutachten vorliegt.

2.7.2 Dieses Verlaufsgutachten vom 2. Oktober 2017 wurde bezüglich der orthopädischen und psychiatrischen Fachrichtung von den gleichen Sachverständigen wie bei der Erstbeurteilung durchgeführt, derweil hinsichtlich der Inneren Medizin Prof. Dr.med. AH._____ die Untersuchung vornahm (IV-act. 145). Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden grundsätzlich wiederholt mit einigen Änderungen (IV-act. 148-9/64):

1. Arthrose beider Ellenbogengelenke, rechts stärker als links [unverändert]
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig *leichte bis* mittelgradige Episode *ohne* somatisches Syndrom: ICD-10 F33.1 [neu als Diagnose Ziff. 2 statt 3 aufgeführt, Veränderungen in Kursivdruck, nun F.33.1 statt F.33.11]
3. Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) [neu als Diagnose Ziff. 3 statt 2 aufgeführt]

Die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden überwiegend unverändert aufgeführt; zusätzlich wurden eine Polyglobulie unklarer Ätiologie, ein Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) sowie eine Hyperurikämie festgehalten (IV-act. 148-9/64).

2.7.3 Die Arbeitsfähigkeit wurde im Verlaufsgutachten vom 2. Oktober 2017 hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit unverändert auf 0% sowie für eine leidensadaptierte Arbeit auf weiterhin 60% bis 70% veranschlagt (IV-act. 148-12/64).

2.8.1 Der RAD-Arzt Al. _____ (Allg. Innere Medizin) umschrieb in seiner Stellungnahme (v. 10.10.2017) das zumutbare ergonomische Profil für eine angepasste Tätigkeit unter Einbezug des Verlaufsgutachtens dahingehend, dass körperlich leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne repetitive Pro- und Supinationsbewegungen, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen mit beiden Armen, ohne Nachtschichtbedingungen und ohne Zeitdruck in einer stressfreien Umgebung, ohne Wechselschichtarbeiten oder Akkordarbeiten, ohne grosse Anforderungen an Verlässlichkeit und Genauigkeit, an schnelle Umstellung/ Einstellung an neue Anforderungen sowie an kognitiver Flexibilität und Ausdauer im Vordergrund stehen würden (IV-act. 151-13/13).

2.8.2 Die vom RAD-Arzt Al. _____ aufgeworfene Frage, ob die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien, wurde von der RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. K. _____ verneint, welche am 8. November 2017 empfahl, im Rahmen der Schadenminderungspflicht unter Einbezug der behandelnden Psychologin therapeutische Massnahmen zu formulieren und aufzuerlegen (IV-act. 151-10/13).

Demgegenüber konnte die behandelnde Psychologin "keine deutlichen Verbesserungschancen der Arbeitsfähigkeit" erkennen; sie befürwortete hingegen einen IV-Entscheid für Integrationsmassnahmen (IV-act. 154, 155).

2.8.3 Im Verlaufsbericht vom 13. März 2018 machte die behandelnde Psychologin einen verschlechterten Gesundheitszustand des Versicherten geltend (bei bekannten Diagnosen). Der Versicherte könne sich keine berufliche Eingliederung mehr vorstellen. Es fänden regelmässig begleitende psychotherapeutische Gespräche mit dem Versicherten statt. In etwas grösseren Abständen würden auch Paargespräche zur Entlastung der Familiensituation durchgeführt. Die Situation habe sich über die letzten fünf Jahre chronifiziert und es bestehe eine deutliche Therapieresistenz. Deshalb sei die Prognose für eine aktuelle Reintegration in den ersten oder auch den zweiten Arbeitsmarkt sehr schlecht, weshalb für eine Rentenprüfung plädiert werde (IV-act. 165).

2.9.1 Daraufhin empfahl die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. K. _____ nach einer Prüfung der medizinischen Aktenlage am 26. April 2018 eine weitere interdisziplinäre Verlaufsbeurteilung (IV-act. 170-12/12).

2.9.2 Vom 11. Juni 2018 bis zum 6. Juli 2018 hielt sich der Versicherte zum zweiten Mal in der Klinik H._____ auf. Der Versicherte war vom AJ._____ (früher G._____) zugewiesen worden aufgrund einer rezidivierenden depressiven Episode bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation (Arbeitssituation, Familie, Finanzen) und intermittierenden Ängsten (Angstattacken) bei vorbekannter Agoraphobie mit Panikattacken (IV-act. 186-67/74).

2.9.3 Am dritten MEDAS-Gutachten, welches von der E._____-Gutachterstelle am 27. September 2018 erstattet wurde und auf Untersuchungen vom 15., 16. und 20. August 2018 basieren, waren folgende Sachverständige beteiligt (IV-act. 186/9/74):

- Dr.med. Z._____ (Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie/ Federführung)
- Dr.med. AK._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Prof. Dr.med. AH._____ (Facharzt für Allgem. Innere Medizin)
- Dr.med. AL._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie / med. Supervision und med. Verantwortung)

Diese Sachverständigen stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 186-5/74):

1. Arthrose beider Ellenbogengelenke, rechts stärker als links
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode (F33.0/ F33.1)
3. Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01)

Zudem wurden die bereits bekannten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiederholt (siehe oben, Erw. 2.7.2 und Erw. 2.4.1).

2.9.4 Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führten die Gutachter im dritten MEDAS-Gutachten u.a. aus (IV-act. 186-5f./74):

Seit der letzten orthopädisch-traumatologischen Begutachtung des Versicherten hat sich keine namhafte Änderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit seitens des Stütz- und Bewegungsapparates ergeben. Aus den vorliegenden Befunden beider Ellenbogengelenke ergibt sich für die bisherige körperlich schwere Tätigkeit des Versicherten als Bauarbeiter auch weiterhin eine unveränderte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeiten besteht jedoch auch weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

Von psychiatrischer Seite bestehen Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Wegefähigkeit (Zugfahren nicht möglich). Es wird eingeschätzt, dass sowohl in der bisherigen, als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 60-70% vorliegt.

Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 06.07.2017 ergaben sich jetzt aus internistischer Sicht keine wesentliche Befundänderung und auch weiterhin keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

(...)

Belastungsprofil: Körperlich leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne repetitive Pro- und Supinationsbewegungen, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen mit beiden Armen. Geeignet sind überwiegend sachbetonte, kognitiv eher einfache, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Sehr unregelmässige Arbeitszeiten sowie Nachtschichten sollten vermieden werden. Aufgrund der agoraphopischen Ängste sind Tätigkeiten in engen Räumen sowie an stark frequentierten Orten (Bahnhöfe etc.) nicht geeignet.

4.6 Konsistenzprüfung

Der Versicherte sieht sich zu keinerlei beruflicher Tätigkeit in der Lage. Dies ist diskrepant zu den Aktivitätenniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Es bestehen nur geringe Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in den vergleichbaren Lebensbereichen Freizeit und Haushalt. Der Versicherte ist u.a. in der Lage, regelmässige Autofahrten, auch in den Urlaub in den Kosovo zu unternehmen. Die angegebenen Beschwerden sind durch die Untersuchungsergebnisse teilweise nachvollziehbar. Es bestanden keine Verdeutlichungstendenzen. Die fehlende Inanspruchnahme von orthopädisch-traumatologischen Behandlungen und die nur bedarfsweise Analgetika-Einnahme sprechen für eine weitestgehende Adaptation an die bestehenden degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Der Versicherte berichtet über eine tägliche Einnahme des Antidepressivums Sinquan (Doxepin) in einer Dosierung von 150 mg. Der sehr niedrige Doxepinspiegel spricht eher gegen eine regelmässige Einnahme in dieser Höhe. Denkbar wäre ggf. noch eine übermässig schnelle Verstoffwechslung des Antidepressivums ("rapid metabolizer"). Unabhängig von der Ursache ist der Doxepin-Spiegel aber auf jeden Fall zu niedrig.

(...)

4.8 AF gesamthaft in leidensangepassten Tätigkeiten in %

60-70%.

(...)

4.9 Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit und Gesamt-Arbeitsfähigkeit

Eine Addition von Teil-Arbeitsunfähigkeitszeiten ergibt sich nicht, da die Einschränkungen von orthopädisch-traumatologischer und von psychiatrischer Seite zum Teil zu unterschiedlichen Zeiten bestanden bzw. sich nur kurzzeitig unmittelbar im Zusammenhang mit der Operation und postoperativen Nachbehandlung des rechten Ellbogengelenkes 2014 überlappen.

4.10 Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Teilstationäre psychiatrische Behandlung, mindestens 8, eher 12 Wochen. Es wird eingeschätzt, dass dadurch die AF um 10-20% verbessert werden könnte.

2.9.5 Die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. K. _____ beurteilte am 26. November 2018 das 2. Verlaufsgutachten (= 3. MEDAS-Gutachten) als schlüssig und nachvollziehbar. Es könne weiterhin von einer 100%igen AUF in angestammter und einer durchschnittlichen 65%igen AF in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden, wie bereits im bisherigen Verlaufsgutachten. Eine teilstationäre psychiatrische Behandlung sei via Mitwirkungspflichten/ Schadenminderungs-

pflicht aufzuerlegen, da dadurch die Arbeitsfähigkeit um 10-20% verbessert werden könnte. Dieser Empfehlung der Gutachter sollte unbedingt und ohne Aufschub entsprochen werden (IV-act. 191-14/14).

2.9.6 Daraufhin eröffnete die IV-Stelle mit Einschreiben vom 5. Dezember 2018 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren für eine teilstationäre psychiatrische Behandlung von mindestens 8-12 Wochen (IV-act. 192).

2.10 Vom 15. April 2019 bis zum 6. Juni 2019 hielt sich der Versicherte für eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Klinik M._____ auf. Als Ziele wurden die psycho-physische-Stabilisierung, die Reduktion der depressiven Symptomatik, der selbstfürsorgliche Umgang mit dem Schmerz sowie ein verbessertes Angstmanagement definiert (IV-act. 211-4/7 oben). Dem von Dr.med. AM._____ (Leitende Ärztin) verfassten Austrittsbericht sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 211-2/7):

1. Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig
2. Posttraumatische Belastungsstörung
3. Agoraphobie mit Panikstörung
4. Chronische Schmerzstörung
 - St.n. Ellbogenoperation 2014 mit Absplitterung des Knochens am Ellenbogen
5. Probleme in Bezug auf das Berufsleben und dem engen Familienkreis
6. Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten mit der Lebensbewältigung
7. Obstipation mit Hämorrhoiden
8. Vitamin D-Mangel (...)
9. Dyslipidämie (...)

Das Ergebnis dieses Klinikaufenthaltes wurde im Austrittsbericht u.a. wie folgt zusammengefasst (IV-act. 211-4f./7):

Zum Behandlungsende konnte aufgrund der fortbestehenden psychosozialen Belastungssituation nur eine leichte subjektive Reduktion der Schmerzsymptomatik verzeichnet werden. Herr ... profitierte jedoch deutlich von den Tagesstrukturierenden und milieutherapeutischen Effekten unserer stationären Behandlung, der Sport- und Bewegungstherapie sowie der Distanz zum häuslichen Umfeld. Der Kontakt zu den Mitpatienten schien sich merklich positiv auf sein Wohlbefinden auszuwirken, zudem imponierte Herr ... durch deutlich mehr Antrieb, Kraft und Ausdauer.

Wir entlassen Herrn ... stabilisiert in vorbestehende Verhältnisse. Für die weitere Behandlung der erreichten Fortschritte möchte Herr ... die bisherigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen fortsetzen und weiter an der Angstbewältigung arbeiten. Zum Erhalt der Tagesstruktur werden dem Patienten regelmässige Besuche des Tageszentrums sowie physische Aktivität empfohlen. (...)

Bei aktenanamnestisch zu tiefem Spiegel für Doxepin und fraglicher Compliance wurde mit dem Patienten eine Einnahme der Medikation unter Aufsicht vereinbart. Herr ... führte diese stets zuverlässig durch und nahm die Medikation zuverlässig ein. Dennoch zeigte sich in der Blutentnahme vor Austritt ein zu tiefer Serumspiegel 36ng/ml (Wirkbereich 50-150 ng/ml), sodass wir von einem schnellen Metabolismus ausgehen. Entsprechend empfehlen wir die Dosierung zu erhöhen, sollte der Spiegel im Verlauf weiterhin zu tief sein.

Bezüglich der depressiven Symptomatik ist von unserer Seite eine deutliche Aufhellung zu beobachten. (...)

2.11.1 Der Hausarzt Dr.med. F._____ berichtete am 16. September 2019 der IV-Stelle, dass der Gesundheitszustand des Versicherten stationär sei und keine Änderung der Diagnosen eingetreten sei (IV-act. 213).

2.11.2 Demgegenüber führte die behandelnde Psychologin (AJ._____) in ihrem Verlaufsbericht vom 23. Oktober 2019 an die IV-Stelle aus, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe und sich die Diagnosen wie folgt (teilweise) geändert hätten (IV-act. 214-1/2):

Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Weiter führte die Psychologin aus, seit dem letzten Verlaufsbericht hätten sich die bestehenden Symptome verstärkt. Im Herbst 2018 habe sich der Versicherte von seiner Ehefrau getrennt, er lebe nun bei seiner Schwester, da es ihm nicht möglich sei, alleine zu leben. Er fühle sich seither noch verstärkt unnützlich, nicht wertvoll und ohne Aufgabe im Leben. Seine innere Anspannung, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten hätten tendenziell zugenommen. Es habe eine kurzzeitige Verbesserung während des Klinikaufenthaltes in der Klinik M._____ gegeben, welche jedoch keine nachhaltige Veränderung herbeigeführt habe. Es sei erneut festzustellen, dass der Versicherte unter einer starken Chronifizierung und Therapieresistenz leide. Die Prognose sei weiterhin schlecht. Der Versicherte könne sich nicht vorstellen, irgendwo aktiv tätig zu sein (IV-act. 214-2/2).

2.12 In einer Würdigung der medizinischen Aktenlage gelangte der RAD-Arzt Dr.med. N._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) zum Ergebnis, dass hinsichtlich des Versicherten weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und von einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von 65% für angepasste Tätigkeiten auszugehen sei (IV-act. 221-16/17).

2.13.1 Nach dem Vorbescheid vom 2. März 2020, welcher auf eine Arbeitsfähigkeit von 65% für leidensangepasste Verweistätigkeiten abstellt (IV-act. 224-2/5), wiederholte die behandelnde Psychologin im Verlaufsbericht vom 4. März 2020 an den Hausarzt die von ihr im Oktober 2019 gestellten Diagnosen (vgl. oben, Erw. 2.11.2), wobei die depressive Störung aktuell mittelgradig bis schwer sei. Der stark chronifizierte, therapieresistente Versicherte, welcher eine sehr traumatisierende Lebensgeschichte aufweise und aus der Opferhaltung heraus agiere, werde im IV-Verfahren seit Jahren hingehalten, was als Grund für die Verschlechterung seines Zustands bzw. für die Stagnation in der Behandlung anzusehen sei (IV-act. 231-17/20).

2.13.2 Dr.med. AN._____ (Leitender Arzt der Klinik für Orthopädie des Y._____) veranschlagte in seinem Sprechstundenbericht vom 7. April 2020 für dem Leiden angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70% (vgl. IV-act. 231-19/20 in fine sowie 231-20/20).

2.13.3 Der leitende Arzt AO._____ von U._____ (wo sich der Versicherte seit Jahren behandeln lässt) stellte in seinem Bericht vom 26. Mai 2020 an den Rechtsvertreter des Versicherten einzig die Diagnosen einer rezidivierend depressiven Störung, aktuell mittelgradig (wiederholt schwankend bis schwergradig) sowie einer Panikstörung mit Agoraphobie (siehe IV-act. 231-14/20).

2.13.4 Nach einer Konsultation in der Sprechstunde vom 6. August 2020 gelangte Dr.med. AN._____ nach ausführlicher Besprechung mit dem Kollegen Dr. Atul W._____ zum Ergebnis, dass aufgrund der nicht konklusiven diagnostischen/ therapeutischen intraartikulären Ellenbogengelenksinfiltration vom 26.5.2020 und des mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms auch ein operatives Vorgehen höchstwahrscheinlich nicht zu einem Erfolg bzw. zur zufriedenstellenden Schmerzreduktion führen werde (IV-act. 238-1/3).

3. Eine gerichtliche Würdigung der Unterlagen sowie der Angaben der involvierten Fachpersonen zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Vorab ist festzuhalten, dass der Versicherte im Verlauf dreimal interdisziplinär abgeklärt wurde, wobei die drei MEDAS-Gutachten weder hinsichtlich der Befunde und Diagnosen (mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), noch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wesentliche Unterschiede ergeben haben. Diese Gutachten erfüllen grundsätzlich die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien, um den Beweiswert zu bejahen. Namentlich basieren sie auf hinreichenden, umfassenden Untersuchungen, sie berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden und die Beurteilung wurde in Kenntnis der Vorakten abge-

geben. In der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind sich die Parteien insbesondere einig, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter aufgrund der konkreten Ellenbogenbeschwerden nicht mehr arbeitsfähig ist. Dies leuchtet ein und bedarf keiner weiteren Abklärungen.

3.2 Weitere somatische Beeinträchtigungen des Versicherten, welche über die angesprochenen Ellenbogenbeschwerden hinausgehen und sich auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirken, sind im vorliegenden Fall nicht ausgewiesen. Soweit Dr.med. AN._____ (in seinem Bericht vom 7.4.2020) auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom Bezug nimmt (vgl. IV-act. 231-18/20), verhält es sich so, dass sich die Vorinstanz damit hinreichend auseinandergesetzt und in der Vernehmlassung (S. 3 oben) nachvollziehbar dargelegt hat, dass - soweit diese Diagnose von einem Neurologen bestätigt wird - eine operative Behandlung möglich wäre und damit kein Gesundheitsschaden mit (zusätzlicher) dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit resultiert.

Soweit Dr.med. AN._____ eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% als zumutbar beurteilt (vgl. IV-act. 231-19/20 in fine), entspricht dieser Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% bis 70% an sich dem Ergebnis, welches die Sachverständigen der Gutachterstelle *gesamthaft mit Einbezug der psychiatrischen Befunde* veranschlagt haben (wobei sie für leidensangepasste Tätigkeiten aus rein somatischer bzw. orthopädisch-traumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% postuliert haben, vgl. oben, Erw. 2.9.4). Zu dieser Divergenz wird in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 2) überzeugend ausgeführt, dass zum einen Dr.med. AN._____ eine (somatische) Einschränkung hinsichtlich angepasster Tätigkeiten nicht begründet hat. Zum andern handelt es sich dabei um eine abweichende Beurteilung eines gleichen Sachverhalts, ohne dass neue Befunde diskutiert werden, welche in den erwähnten MEDAS-Gutachten unberücksichtigt geblieben wären. Abgesehen davon sind Einschätzungen der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten nach höchstichterlicher Rechtsprechung mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 3.3.6).

Soweit sich der Versicherte schliesslich in der Beschwerde (S. 10, lit. b) für angepasste Tätigkeiten auf eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% beruft, handelt es sich dabei nach der Aktenlage um die Einschätzung des leitenden Psychiaters (AO._____) der Fachstelle, wo (seit Jahren) die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung des Versicherten stattfindet. Dieser leitende Arzt der erwähnten Fachstelle sprach in seinem letzten (rund 5½ Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstatteten) Bericht vom 26. Mai 2020 von einer positiven Entwicklung in jüngster Zeit, welcher zu einer Reduktion der Arbeitsunfähig-

keit auf ca. 50% führen sollte (vgl. IV-act. IV-act. 231-14/20). Auf diese Thematik der psychisch bedingten Einschränkungen ist nachfolgend näher einzugehen.

3.3.1 Was nun die massgebenden psychiatrischen Diagnosen anbelangt, fällt auf, dass die Psychologin der Fachstelle (früher G._____, heute U._____), welche den Versicherten seit Jahren behandelt, in ihren letzten aktenkundigen Berichten vier ICD-10-Diagnosen aufführte, konkret am 23. Oktober 2019 (IV-act. 214-1/2):

- Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

sowie am 4. März 2020 die gleichen vier ICD-10-Diagnosen mit der Präzisierung, dass die depressive Störung gegenwärtig "mittelgradig bis schwer" sei sowie die Reihenfolge der 2. und der 3. Diagnose vertauscht wurde (IV-act. 231-17/20).

Demgegenüber stellte der leitende Arzt der gleichen Fachstelle am 26. Mai 2020 (und mithin nicht ganz 3 Monate nach dem letzten Bericht der behandelnden Psychologin) folgende zwei Diagnosen (IV-act. 231-14/20):

1. (ICD 10: F33.1) rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, wiederholt schwankend bis schwergradig
2. (ICD 10: F40.01) Panikstörung mit Agoraphobie
DD Generalisierte Angststörung (ICD 10: F41.1)

Aus diesen Angaben des Leitenden Arztes der erwähnten Fachstelle ist grundsätzlich abzuleiten, dass er die diagnostischen Leitlinien für die Annahme einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PBTS) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als nicht erfüllt erachtet, andernfalls er diese zusätzlichen Diagnosen aufgelistet hätte, zumal nicht ersichtlich ist, dass der leitende Arzt dieser Fachstelle (mit Zugriff auf das medizinische Dossier des Versicherten bei dieser Fachstelle) versehentlich oder irrtümlich zwei ICD-Diagnosen "vergessen" habe.

3.3.2 Nach konstanter Rechtsprechung sagt eine bestimmte Diagnose grundsätzlich noch nichts über den jeweiligen Arbeitsfähigkeitsgrad aus (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2012 vom 22.5.2013 Erw. 5.1.3).

Was die Abklärungen des psychiatrischen Gutachters im 3. MEDAS-Gutachten anbelangt, berücksichtigte dieser Sachverständige abgesehen von den Vorakten und den spontanen Angaben des Versicherten (IV-act. 186-32/74) die Ergebnisse einer vertiefenden Befragung zu den folgenden Themen: jetziges Leiden; aktuelle Beschwerden; vegetative Anamnese; systematische psychiatrische Ana-

mnese; Konsum psychotroper Substanzen; Familienanamnese/ Heredität; biografische Anamnese; beruflicher Werdegang und Tätigkeiten; soziale Anamnese; einschneidende Erlebnisse; Tagesablauf; bisherige Behandlungen inkl. Medikamente; Zukunftsvorstellungen (vgl. IV-act. 186-33ff./74).

Hinsichtlich der klinischen Untersuchungsbefunde, welche im Zusammenhang mit der Exploration erhoben wurden, hielt der psychiatrische Gutachter u.a. fest (vgl. IV-act. 186-37ff./74):

- Aufmerksamkeit und Konzentration: Die Auffassung ist nicht erschwert; es zeigt sich keinerlei Konzentrationsminderung, der Versicherte kann dem Untersuchungsgespräch aufmerksam folgen, bewältigt auch rasche Themenwechsel problemlos; anamnestisch beschreibt er eine Beeinträchtigung der Konzentration bei Tätigkeiten, die eine durchgehend hohe und uneingeschränkte Konzentrationsfähigkeit erfordern, z.B. beim Schach, was durchaus plausibel erscheint vor dem Hintergrund einer Schmerzsymptomatik sowie von depressiv-ängstlichen Symptomen; eine stärker ausgeprägt Störung der Konzentration liegt aber sicher nicht vor; dafür spricht nebst dem aktuellen Eindruck in der Untersuchungssituation auch die Tatsache, dass er durchaus noch Auto fährt, wenn auch nur noch kürzere Strecken. Es liegen keine Hinweise für intellektuelle Defizite vor; die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) sind angemessen differenziert;
- Orientierung: bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten vollständig orientiert;
- Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung: Der formale Gedankengang zeigt sich im Untersuchungsgespräch selbst geordnet; (...) auch anamnestisch ergeben sich keine Hinweise für psychopathologische Auffälligkeiten;
- Gedächtnis: Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirken im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt;
- Ich-Bewusstsein: Störungen des Ich-Bewusstseins liegen nicht vor;
- Intelligenz: im Normbereich;
- Willen und Antrieb: Die Willenskräfte sind ausreichend strukturiert und regelrecht. Ambivalenz oder Ambitendenz bestehen nicht. Der Antrieb ist leicht gemindert, eine stärker ausgeprägte Antriebsminderung liegt sicher nicht vor; dies ergibt sich zum einen aus der Psychomotorik und der Gesprächsaktivität, wie sie im Untersuchungsgespräch beobachtet werden kann; zum andern ergibt sich dies auch daraus, dass der Versicherte zwar im Alltag eher wenig aktiv ist, wenig soziale Kontakte wahrnimmt, dies aber nicht aus Desinteresse oder stärker ausgeprägter depressionsbedingter Antriebsminderung, sondern weil er tagsüber nicht von Landsleuten gesehen werden möchte, da ihm seine soziale und gesundheitliche Situation unangenehm ist; zudem kann er aus finanziellen Gründen Einladungen zum Kaffeetrinken etc. nur sehr begrenzt aussprechen;
- Psychomotorik: Gestik und Mimik sind überwiegend ruhig, Stimmung und Affekt werden psychomotorisch synthym unterstrichen;
- Affektivität: Der Versicherte zeigt sich in bedrückter sowie auch etwas missmutig-dysphorischer Grundstimmung; deutlich wird auch Kränkungsleben, nicht ausreichend für seine Familie sorgen zu können etc.; er werde von der Familie

weniger respektiert als früher; die affektive Schwingungsfähigkeit ist reduziert; die Zukunftsperspektive ist eher negativ; keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz; keine Interesselosigkeit; kein ausgewiesener Rückzug; keine Anhedonie;

- Zwänge und Phobien: Zwangssymptome liegen nicht vor; es bestehen Panikattacken sowie agoraphobische Ängste; die daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag sind eher gering; so ist die Wegefähigkeit nur leicht beeinträchtigt; der Versicherte kann zwar nicht Zug-, aber Bus- und Autofahren; der Versicherte kann sich nicht in engen Räumen aufhalten (v.a. nicht Lift fahren);
- Persönlichkeit: Von der Persönlichkeit her verträglich, kontaktfreudig, offen; der Versicherte ist vermehrt kränkbar, neigt zu Schamgefühlen bei Misserfolgen etc.; Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar Persönlichkeitsstörung ergeben sich insgesamt nicht;
- Realitätsorientierung: Die Urteils- und Kritikfähigkeit sind erhalten; es liegen keinerlei Hinweise vor für paranoide Denkinhalte;
- Motivation: Derzeit traue er sich keinerlei berufliche Tätigkeit zu;
- Grundbedürfnisse: Schlaf: Ein- und Durchschlafstörungen; Appetit: gesteigert.

Zudem veranlasste der psychiatrische Gutachter eine Laboruntersuchung hinsichtlich der Medikamentenspiegel. Sein Kommentar lautete dahingehend, dass der Dosepin-Spiegel sehr niedrig sei und weit unterhalb des Referenzbereiches liege. Auch der Quetiapin-Spiegel sei ebenfalls sehr niedrig, was aber zu der sehr niedrigen Tagesdosierung passe. Der Lorazepam-Spiegel liegt im praktisch nicht mehr messbaren Bereich, was zu den anamnestischen Angaben des Versicherten passe, wonach er dieses Medikament seit einem halben Jahr nicht mehr einnehme (vgl. IV-act. 186-39/84).

3.3.3 Aus all diesen vorstehenden Angaben ist abzuleiten, dass anlässlich der dritten MEDAS-Begutachtung der psychische Befundstatus umfassend und lege artis erhoben wurde. Es sind diesbezüglich keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche für eine ungenügende Befunderhebung durch den psychiatrischen Gutachter sprechen.

Im Einklang damit steht auch, dass der leitende Arzt der Fachstelle (wo sich der Versicherte behandeln lässt) am 26. Mai 2020 zum erwähnten psychiatrischen Teilgutachten dahingehend Stellung nahm, dass hinsichtlich des beschriebenen Ablaufs des Gutachtens, der Untersuchungsbefunde und der Schlussfolgerungen "keine grundsätzlichen Bedenken oder Einwände" bestehen. Vermerkt wurde einzig, dass der Gutachter keine persönliche Rücksprache mit der zuständigen Therapeutin vorgenommen habe (vgl. IV-act. 231-13/20), was praxisgemäss grundsätzlich jeweils dem Gutachter überlassen bleibt. Ins Gewicht fällt indes, dass dieser leitende Arzt der Fachstelle am 26. Mai 2020 (mithin 5½ Monate vor Erlass der angefochtenen Verfügung) den aktuellen Verlauf wie folgt zusammenfasste (IV-act. 231-13f./20):

April und Mai 2020: Im Rahmen der Einschränkungen durch Hygieneauflagen des Bundesrates sowie durch einen Lieferengpass bei einem der Antidepressiva des Patienten kam es vorübergehend zu vermehrten Ängsten, allgemeinere Verunsicherung und Schlafstörungen. Der Gedankenduktus war in dieser Zeit stark eingengt auf Ereignisse der Vergangenheit sowie auf körperliche Beschwerden im Ellbogen. In dieser Situation bestand ein mindestens mittelgradig depressives Zustandsbild. Im weiteren Verlauf, unter Umstellung auf ein antidepressives Ersatzpräparat, unter ebenfalls ersatzweise für die in dieser Zeit nicht mögliche Gruppentherapie angebotenen Spaziergänge im Einzelmodus und unter zunehmender Wirksamkeit des neuen Medikaments kam es zur deutlichen Verbesserung. (...) den letzten Terminen im Mai 2020 wirkte der Patient deutlich weniger klagsam, mehr zukunftsorientiert mit begrenzter Zukunftsperspektive, im persönlichen Kontakt freundlich und zugewandt. Auch der Schlaf wurde als verbessert berichtet.

(...) Die Arbeitsunfähigkeit wurde bis 31.5.2020 mit 100% von uns bescheinigt. Angesichts der positiven Entwicklungen der jüngsten Zeit streben wir bei diesem Patienten eine allmähliche Reduktion der Arbeitsunfähigkeit an, in der Absicht, letztlich ein Ausmass von circa 50% Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu erzielen. Betont sei hierbei, dass es sich um einen zumutbaren Prozess und nicht um eine plötzliche Zustandsänderung handelt. Besonders zu beachten ist, dass bei diesem Patienten bekanntermassen immer wieder deutliche Schwankungen in der psychischen Stabilität beobachtet wurden.

3.3.4 Bei der Festlegung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades aus psychiatrischer Sicht ist festzuhalten, dass sich die MEDAS-Gutachter (und namentlich die psychiatrischen Sachverständigen) einerseits und der leitende Psychiater der erwähnten Fachstelle andererseits insofern einig sind, als hinsichtlich der massgebenden psychiatrischen Diagnosen eine bestimmte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anerkannt wird, letztlich indessen nur das Ausmass divergiert. Während die betreffenden MEDAS-Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% annehmen, was einer (psychiatrisch bedingten) Einschränkung von 30% bis 40% entspricht, geht der leitende Arzt dieser Fachstelle von einem relevanten Ausmass von ca. 50% Arbeits(un)fähigkeit aus (IV-act. 231-14/20). Diese Divergenz von 10% bis 20% ist grundsätzlich dem Beurteilungsspielraum zuzuordnen, welcher bei einer lege artis vorgenommenen Begutachtung unumgänglich ist. Jedenfalls gibt der Umstand, wonach die Gutachter die Frage des Umfangs der psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit etwas restriktiver beantwortet haben als der leitende Arzt der behandelnden Fachstelle, im konkreten Fall keinen Anlass, dieses Begutachtungsergebnis in Frage zu stellen bzw. zu korrigieren oder ein weiteres Gutachten in Auftrag zu geben. Dies gilt erst recht, als dem Umstand Rechnung zu tragen ist, wonach behandelnde Ärzte infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_138/2021 vom 12.4.2021 Erw. 3.2.1 mit Hinweis). Zudem ist zu berücksichtigen, dass - auch wenn der leitende Arzt der Fachstelle auf einen schwankenden Verlauf hingewiesen hat - die

im Verlauf dreimal eingeholten MEDAS-Gutachten bezüglich des psychischen Gesundheitszustands des Versicherten grundsätzlich keine relevanten Unterschiede ergeben haben.

3.5 Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung den massgebenden, dem Versicherten nach der Aktenlage zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad für leidensangepasste Tätigkeiten gestützt auf das (beweiskräftige) dritte MEDAS-Gutachten insgesamt auf 65% festgelegt hat.

3.6 An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nicht zu ändern. Unbehelflich ist namentlich die Argumentation in der Beschwerde (S. 7, Ziff. 9), dass der Versicherte den im Rahmen von beruflichen Massnahmen organisierten Testarbeitsplatz bei der P._____ in Q._____ im Januar 2016 aus gesundheitlichen Gründen habe vorzeitig abbrechen müssen. Dazu ist zum einen auf die überzeugenden Ausführungen in der Vernehmlassung (S. 3, Ziff. 6, 3. Abs.) hinzuweisen, welchen uneingeschränkt beizupflichten ist. In diesem Zusammenhang ist auf die Einschätzung der damals behandelnden Therapeutin hinzuweisen, wonach sie für den Versicherten "in einer körperlich angepassten, leichten Tätigkeit" eine Arbeitsfähigkeit von 100% veranschlagte (vgl. IV-act. 99-3/4 oben). Soweit hingegen im Rahmen dieses Testarbeitsplatzes nicht nur leichte angepasste Arbeiten anfielen bzw. gegebenenfalls die Motivation des Versicherten mindestens zeitweise begrenzt war, rechtfertigen es solche Umstände nicht, den oben gutachtlich hergeleiteten Arbeitsfähigkeitsgrad für leidensadaptierte Tätigkeiten in Frage zu stellen. Zum ändern ist hier zu beachten, dass der Versicherte auch noch nach der Beendigung des Testarbeitsplatzes bei der P._____ nach der Aktenlage Taggeldleistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen hat (offenbar bis Ende Januar 2017), was grundsätzlich eine relevante Arbeitsfähigkeit (für angepasste Arbeiten) miteinschliesst, zumal die damals behandelnde Therapeutin hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes eine Arbeitsfähigkeit in der Bandbreite von 60% bis 100% veranschlagte (vgl. IV-act. 124).

Soweit der Beschwerdeführer die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) fordert, übersieht er, dass eine solche Abklärung nicht in jedem Fall durchzuführen ist, sondern allenfalls dann in Betracht zu ziehen ist, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen sowie deswegen eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste

Massnahme ausdrücklich empfehlen (siehe das Urteil des Bundesgerichts 9C_556/2012 v. 25.2.2013, Erw. 5.4), was hier nicht der Fall ist.

4. Zum in der angefochtenen Verfügung enthaltenen Einkommensvergleich drängen sich die folgenden Bemerkungen auf. Das von der Vorinstanz ermittelte Valideneinkommen von Fr. 69'153.15 (per 2018) wird in der vorliegenden Beschwerde nicht in Frage gestellt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

Das Invalideneinkommen wurde nach Massgabe der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 (Tabelle TA1, Männer Kompetenzniveau 1, indexiert per 2018) auf der Basis eines jährlichen Durchschnittsverdienstes von Fr. 67'430.-- berechnet. Davon wurden bei einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad von 65% insgesamt Fr. 43'829.50 ($67'430 \times 0.65$) berücksichtigt, wovon ein leidensbedingter Abzug von 10% (4'382.95) vorgenommen wurde, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 39'446.55 resultierte.

In der Beschwerde wird bemängelt, dass die Vorinstanz sinngemäss einen zu tiefen leidensbedingten Abzug gewährt habe. Selbst wenn dies zuträfe, was hier letztlich offenbleiben kann, würde kein höherer IV-Grad resultieren, welcher den Anspruch auf höhere Rentenleistungen zur Folge hätte. Denn selbst wenn man der Argumentation des Beschwerdeführers folgen wollte, wonach aus verschiedenen Gründen (Visusprobleme u.a.m.) ein Abzug von 20% gerechtfertigt wäre (was in casu gar nicht zutrifft, zumal diesbezüglich der Vorinstanz grundsätzlich ein erheblicher Beurteilungsspielraum zuzugestehen wäre), bliebe es bei einem Anspruch auf eine IV-Viertelsrente ($67'430 \times 0.65 = 43'829.50$; davon ein Abzug von 20% ergäbe ein Invalideneinkommen von Fr. 35'063.60 [$43'829.50 \times 0.80$]; setzt man ein derartiges Invalideneinkommen dem unbestrittenen Valideneinkommen von 69'153.15 gegenüber, resultiert ein Ausfall von Fr. 34'089 [$69'153.15 \text{ minus } 35'063.60$] bzw. ein IV-Grad von 49.3% [$34'089.55 : 69'153.15 \times 100 = 49.295$]).

5. Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

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

Schwyz, 24. August 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 3. September 2021

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

