

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 96

Entscheid vom 5. März 2021

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Tanja Marty, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rentenanspruch)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____, vgl. IV-act. 3-5/7) hat nach der Sekundarschule von 1972 bis 1976 eine Lehre als Hochbauzeichner (mit eidg. Fähigkeitsausweis) absolviert und anschliessend einige Jahre diese Berufstätigkeit ausgeübt (zuletzt im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit). In der Folge wechselte er in die Werbebranche (verschiedene Anstellungen, zum Teil auch selbständig; 1995/96 absolvierte er berufsbegleitend eine 2-jährige Weiterbildung zum Marketingplaner). Von 2008 bis 2014 war er bei der Firma C._____ im Marketing/ Verkauf sowie in der Geschäftsleitung/ Verwaltungsrat tätig. Anschliessend nahm er eine Auszeit und bezog u.a. Leistungen der Arbeitslosenversicherung; per 24. Juni 2016 meldete er sich bei der Arbeitslosenversicherung ab und wurde wieder selbständig erwerbstätig (vgl. IV-act. 57-19/94 und 57-59/94 = Bf-act. 3, dort mit anderer Zählweise der IV-Akten, d.h. 54-19/94 und 54-59/94; nachfolgend wird die Zählweise gemäss dem IV-Dossier verwendet, i.V.m. Fremdakten 4-9/140). A._____ ist seit 2010 geschieden und hat keine Kinder (IV-act. 54-19/94).

B. A._____ suchte zwischen Dezember 2017 und Januar 2018 seine Hausärztin Dr.med. D._____ wegen zunehmender Konzentrationsstörungen und Schwächegefühle auf. Am 31. Januar 2018 erfolgte eine notfallmässige Konsultation wegen starken Schmerzen im Abdomen und in den Beinen beid-seits sowie Atemnot (vgl. IV-act. 11-1/61, 28-1/7 je unten). Vom 1. Februar 2018 bis _____ zum 7. Februar 2018 hielt er sich im E._____ Kantonsspital auf (Fremdakten 2-15/20). In den Unterlagen der Taggeldversicherung (F._____) wurde eine Krankheitsbehandlung seit dem 3. Oktober 2016 erwähnt mit der folgenden Zusammenfassung: "Schleichender Verlauf der Krankheit seit Oktober 2016, Zusammenbruch schlussendlich Ende Januar 2018" (vgl. Fremdakten 2-5/20).

C. Am 12. Oktober 2018 unterzeichnete A._____ eine IV-Anmeldung (Eingang bei der IV-Stelle am 19.10.2018; IV-act. 2). Die gesundheitlichen Probleme umschrieb er mit "Leberzirrhose, CHILD A" (IV-act. 2-6/8). Anlässlich des Erstgesprächs vom 29. November 2018 beschrieb er die Einschränkungen mit Schmerzen in den Füessen (vor allem am Nachmittag) sowie in den Händen, zudem Müdigkeit am Nachmittag zunehmend, Konzentrationsfähigkeit maximal 1.5 Stunden, ständig Übelkeit sowie keine Kraft (vielleicht noch 10%, vgl. IV-act. 12-3/4 oben).

D. Nach diversen Abklärungen empfahl der RAD-Arzt Dr.med. G._____ am 16. April 2019 die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 36). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle "H._____ " zugestellt (vgl.

IV-act. 40), was A. _____ am 3. Mai 2019 mitgeteilt wurde (inkl. die Namen der Gutachter, siehe IV-act. 43). Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 20. November 2019 erstattet (IV-act. 57). Dr.med. G. _____ beurteilte dieses Gutachten am 26. November 2019 als nachvollziehbar und schlüssig (IV-act. 59).

E. Am 8. Januar 2020 wurde der Abklärungsdienst für Selbständigerwerbende der IV-Stelle Luzern beauftragt, die von A. _____ ausgeübte selbständige Erwerbstätigkeit näher abzuklären (IV-act. 60). Der entsprechende Abklärungsbericht folgte am 26. Mai 2020 (IV-act. 65).

F. Mit Vorbescheid vom 8. Juni 2020 kündigte die IV-Stelle an, ab 1. April 2019 eine ganze IV-Rente zu gewähren; zudem wurde darauf hingewiesen, dass seit dem Begutachtungszeitpunkt im Juni/Juli 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70% für sämtliche Tätigkeiten bestehe (IV-act. 67). Mit Eingabe vom 7. September 2020 erhob A. _____ Einwände gegen den Vorbescheid (IV-act. 78). Zu diesen Einwänden nahm der RAD-Arzt Dr.med. G. _____ am 14. September 2020 Stellung (IV-act. 81).

G. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 sprach die IV-Stelle A. _____ für den Zeitraum vom 1. April 2019 bis 30. Juni 2019 einen (befristeten) Anspruch auf eine ganze IV-Rente zu (IV-act. 85 bzw. Bf-act. 2).

H. Gegen diese Verfügung liess A. _____ rechtzeitig am 2. November 2020 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Oktober 2020 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei mindestens eine Viertel-IV-Rente zu gewähren.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur genaueren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen um ein polydisziplinäres Gutachten betreffend die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durchführen bzw. entsprechend ergänzen zu lassen.
4. Eventualiter: Es sei ein BEFAS-Gutachten einzuholen.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen über sämtliche Instanzen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 4. Dezember 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Dazu äusserte sich der Beschwerdeführer innert erstreckter Frist in einer Stellungnahme vom 26. Februar 2021.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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 den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten zu entnehmen.

2.1 Vom 11. bis 13. Juni 2014 hielt sich der Versicherte wegen Beschwerden im Leistenbereich im E._____ Kantonsspital auf; operiert wurde ein beidseitiger Leistenbruch (TAPP-Methode [Transabdominale Patch Plastik bzw. Netzümplantation via Bauchhöhle]). Im Austrittsbericht (von I._____, Assistenzarzt/ Dr.med. J._____, leitender Arzt/ Dr.med. K._____, Chefarzt), welcher einen unauffälligen postoperativen Verlauf enthielt, wurden u.a. folgende Diagnosen aufgelistet (Fremdakten 2-8/20):

Indirekte Inguinalhernie beidseits
Kleine Nabelhernie
Lebersteatose (am ehesten nutritiv-toxisch)
Refluxbeschwerden (ED 2001)
Malignem Teratom des rechten Hodens PT2 pN1 S1 (IIa) 2005 (Status nach Orchiektomie rechts und Protheseneinlage sowie Chemotherapie 2005)
Periarthropathie Schulter rechts.

2.2 Dr.med. D._____ (FMH Allgemeine und Innere Medizin, Küssnacht), welche als Hausärztin den Versicherten seit dem 28. August 2017 betreut, berichtete am 21. November 2018 (und mithin rund einen Monat nach der IV-Anmeldung vom 19.10.2018) der IV-Stelle, dass der Versicherte sie zwischen Dezember 2017 und Januar 2018 wegen zunehmenden Konzentrationsproblemen und Schwächegefühlen aufsuchte. Am 31. Januar 2018 sei eine notfallmässige Konsultation wegen starken Schmerzen im Abdomen und in den Beinen sowie Atemnot erfolgt mit umgehender Hospitalisation (IV-act. 11-1/61 unten). In diesem Bericht stellte die Hausärztin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 11-2/61 Ziff. 2.5):

Leberzirrhose CHILD A, MELD 13, Erstdiagnose 2014
Verdacht auf hepatische Encephalopathie
Reaktiv depressive Erkrankung mit Schlafstörung
Kachexie
Polyneuropathie mit brennender Dysästhesie Fusssohlen beidseits

2.3 Daraufhin war der Versicherte vom 1. Februar 2018 bis 7. Februar 2018 im E._____ Kantonsspital hospitalisiert. Im Austrittsbericht (von L._____, Assistenzarzt/ M._____, Oberärztin i.V./ PD Dr.med. N._____, Chefarzt) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Fremdakten 2-15/20 bzw. IV-act. 11-52/61):

1. Vd.a. dekompensierte Leberzirrhose, CHILD B (...)
2. COPD GOLD 3, C (...)
3. Hyporegenerative, normochrom, normozytäre Anämie (...)
4. Schädlicher Alkoholkonsum (aktuell stationärer körperlicher Entzug)
5. Malnutrition (...)
6. Status nach Stolpersturz am 02.02.18 (...)
7. Hiatushernie (...)
8. St.n. malignem Teratom Hoden rechts ED 2005, pT2 pN1 S1 (IIa) (...)

Im Austrittsbericht wurde die Krankengeschichte u.a. wie folgt zusammengefasst (Fremdakten 2-19/20):

Die stationäre Zuweisung erfolgte durch die Hausärztin Dr. D._____ zur Abklärung und Therapie von subakutem Aszites. Der Patient berichtet seit ca. 2 Wochen an progredienter Dyspnoe und abdominellen Beschwerden mit Spannungs-

gefühl zu leiden. Die Zunahme des Bauchumfanges habe langsam vor 3-4 Monaten begonnen. Bisher 1. Episode dieser Art. Zudem habe er bei Anstrengung Dyspnoe bemerkt (wohnt im 4. Stock und muss mit Einkaufstüten 2mal pausieren). Keine Orthopnoe. Nun erfolgte die Zuweisung zur stationären Abklärung. Noxen: Alkohol seit Jahren auch mit hochprozentigem Alkohol, seit 3 Monaten auf 3 Gläser Wein oder Prosecco reduziert (...).

2.4 PD Dr.med. O._____ (FMH für Innere Medizin, Hämatologie, Zürich) untersuchte den Versicherten am 11. April 2018. In seinem Bericht vom 16. Mai 2018 stellte er folgende Diagnosen (IV-act. 16-5f./13):

1. Leberzirrhose, aethylischer Genese, Child B (Quick 2 Punkte, Albumin 1 Punkt, Bilirubin 1 Punkt, Aszites 3 Punkte, Encephalopathie 1 Punkt) (...)
2. COPD, Gold III (...)
3. Status nach Teratom, rechte Hoden, Erstdiagnose 2005, pT2 pN1 S1 (IIA) (...)
4. V.a. schmerzhafte, sensorische Polyneuropathie, unklarer Genese (äthylische?)
5. Reaktive Depression
6. Myopie, Presbyopie

2.5.1 Vom 23. bis 27. Juli 2018 hielt sich der Versicherte in der Klinik für P._____ auf. Im Austrittsbericht (von Dr.med. Q._____, Assistenzärztin/ Dr.med. R._____, Oberärztin) wurden u.a. folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 11-10f./61):

1. Leberzirrhose, CHILD A (5), MELD 11 (23.07.2018), ED 06/2014 (...)
2. Colonpolypen, ED 24.07.2018 (...)
3. COPD GOLD III (...)
4. Hyporegenerative, normochrom, normozytäre Anämie, ED 02/2018(...)
5. St.n. malignem Teratom Hoden rechts, ED 2005, pT2 pN1 S1 (IIa) (...)
6. Hämorrhoiden Grad I-II, ED 24.07.2018
7. Schädlicher Alkoholkonsum (seit 01/2018 sistiert)
8. Allergie auf Gadoliniumhaltiges Kontrastmittel, ED 04.2018 (...)

Hinsichtlich Beurteilung und Verlauf führten die Klinikärzte u.a. aus, dass die stationäre Aufnahme zur Lebertransplantationsabklärung bei aethyltoxischer Leberzirrhose CHILD A, MELD 11 mit rezidivierendem Ascites erfolgt sei. Anamnestisch habe der Versicherte über eine seit Januar 2018 bestehende Abnahme der Leistungsfähigkeit berichtet sowie rezidivierende Ascites trotz ein- bis zweimal monatlicher Entlastungspunktion (jeweils 6-9 l) sowie Beinödeme. Die letzte hepatische Dekompensation sei im März 2018 mit hepatischer Encephalopathie aufgetreten (...). Aufgrund des rezidivierenden Ascites sei am 26.07.2018 komplikationslos eine TIPSS (Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt) eingelegt worden. Unter Duphalac und Xifaxan fix sei es unter regelmässigem Stuhlgang zu keiner erneuten hepatischen Encephalopathie-Episode gekommen (IV-act. 11-11/61).

2.5.2 In einem weiteren Bericht der Klinik für P._____ zur Untersuchung vom 20. August 2018 (im Hinblick auf eine Lebertransplantation) wiederholten Dr.med. S._____ (Assistenzärztin) und Prof. Dr.med. T._____ (leitender Arzt) die bereits bekannten Diagnosen. Zudem wurde die Wichtigkeit der Alkoholabstinenz (seit 14.1.2018) hervorgehoben und zur Vermeidung einer Verschlechterung der Lungenfunktion die Sistierung des Nikotin-Konsums empfohlen (IV-act. 11-8/61).

2.6 In einem Bericht vom 6. Januar 2019 an die IV-Stelle stellte PD Dr.med. O._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Leberzirrhose (Child B, K70.3), COPD (Gold III, J44.99) und schmerzhafte sensorische Polyneuropathie (G62.1/2). Die Funktionseinschränkungen des Versicherten umschrieb dieser Arzt mit (IV-act. 16-3/13 = Bf-act. 5):

Allgemeine Schwäche, körperliche Leistungsschwäche, Konzentrationsschwäche, Antriebslosigkeit; reduzierte geistige Präsenz, Wachheit und Flexibilität; Schwierigkeiten in der Verarbeitung der Krankheitssituation.

2.7 Am 25. Februar 2019 berichtete PD Dr.med. U._____ (Gastroenterologie Klinik V._____, Luzern) der IV-Stelle, dass die letzte ambulante Kontrolle am 22. Dezember 2018 erfolgt sei (der Versicherte sei alle drei Monate in Behandlung, jeweils zur TIPPS-Kontrolle und Überwachung der Leberfunktion). Der Versicherte sei auch in Abklärung beim P._____. Eine Lebertransplantation sei aktuell nicht notwendig. Die hepatologische Weiterbehandlung erfolge durch ihn (Dr.med. U._____). Zusätzlich sei die Hausärztin Dr.med. D._____ stark involviert (IV-act. 27).

2.8 In einem Verlaufsbericht vom 12. März 2019 erwähnte die Hausärztin Dr.med. D._____ einen stagnierenden Verlauf. Seit Januar 2019 habe der Versicherte einen Arbeitsversuch im Umfange von 20% begonnen (IV-act. 29-2/3 Ziff. 3).

2.9.1 An dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen MEDAS-Gutachten vom 20. November 2019 wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 57-9f./94):

- Prof. Dr.med. W._____ (Innere Medizin FMH/ fallführender Oberarzt)
- Dr.med. X._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zertif. med. Gutachterin SIM, Oberärztin Versicherungsmedizin)
- Dr.med. Y._____ (Oberärztin/ Fachärztin für Neurologie, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensärztin SGV, Schmerzspezialistin SGSS, zertif. med. Gutachterin SIM)
- lic.phil. Z._____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertif. med. Gutachter SIM)

- Prof. Dr.med. AA. _____ (FMH Innere Medizin, Gastroenterologie, ehem. Chefarzt Abteilung Gastroenterologie)
- Dr.med. AB. _____ (Oberarzt/ Facharzt Pneumologie, Facharzt für Innere Medizin)

2.9.2 Diese MEDAS-Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 57-6/94):

1. Alkoholassoziierte organische Störung
 - mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (am ehesten ICD-10: F07.8 entsprechend)
 - DD mit amnestischen Syndrom (ICD-10: F10.6)
 - bei langjährigem Alkoholüberkonsum mit höchstwahrscheinlich Abhängigkeit, derzeit anamnestisch abstinent (ICD-10: F10.20)
 - und Status nach passagerer hepatischer Enzephalopathie im 11/2017 und 03/2018
 - im Rahmen einer kompensierten Leberzirrhose Child A, MELD 13 (08/2018), ED 06/2014
2. Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und DD emotional instabilen Zügen (ICD-10: F61.0)
 - DD Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1)
 - DD/mit Zylothymia (ICD-10: F34.0)
 - DD/mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), im Erwachsenenalter persistierend (ICD-10: F90.0)
3. Polyneuropathie gemischter Ätiologie (ICD-10. G62.88) sowie Morton-Neuralgie (ICD-10: G57.6):
 - Polyneuropathie:
 - Ätiologie:
 - nutritiv-toxische und medikamentös-toxische Genese bei:
 - Status nach regelmässigem C2-Konsum und Status nach zyto-statischer Therapie mit 5-Fluouracil und Platin 2005
 - dekompenziert im Rahmen der Leberzirrhose Child A, MELD 13 im 08/2018, ED 06/2014 bei nutritiv-toxischer Leberschädigung
 - aktuell konservative Behandlung der neuropathischen Schmerzen mit Pregabalin
 - Morton-Neuralgie:
 - Ätiologie:
 - mechanisch-irritative Genese
 - Aktuell konservative Behandlung mit Einlagen und Schuhanpassungen
 - ENMG 04/2019: elektrophysiologisch bestätigte PNP und Morton Neuralgie (Bericht Dr. Waldvogel, Hirslanden Klinik V. _____)

2.9.3 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter was folgt fest (IV-act. 57-6f./94):

1. Minimale bis leichte neuropsychologische Störung bei Diagnosen 1-2 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
2. Kompensierte, äthylische Leberzirrhose Child A (5 Punkte); MELD 13 (06/2019), ED 01/2018 mit
 - portal-venöser Hypertonie (rezidivierender Ascites, kleine Oesophagusvarizen, mehrfache hepatische Enzephalopathie-Episoden)

- TIPPS-Einlage (07/2018)
 - aktuell ohne Behandlung
3. St.n. malignem Teratom-Hoden rechts 2005; pT2pN1 S1 (IIa)
Orchiektomie rechts und Protheseneinlage, St.n.Chemotherapie
 4. Leichte normochrome, normocytäre Anämie
 5. Kolonpolypen
 6. Allergie auf Gadolinium-haltiges Kontrastmittel (04/2018)
 7. St.n. Inguinalhernienoperation bds (06/2014)
 8. COPD GOLD Stadium 2, Risikogruppe A
 - aktuell vor kurzem sistierter Nikotinabusus, ca. 20 py
 - Lungenfunktion 27.06.2019: Bei guter Kooperation mittelgradige Obstruktion (FEV 78% Soll, Tiffeneau-Index 61%), die akut nach Bronchospasmolyse nicht reversibel ist. Keine restriktive Ventilationsstörung. Keine Überblähung. Mittelgradig eingeschränkte, nicht Hb-korrigierte CO-Diffusionskapazität (DLCOcSB 47% Soll). FeNO mit 9 ppb (Norm < 25 ppb) niedrig normal
 9. Nachweis von Cannabis im Urin, dd schädlicher Gebrauch (ggf. ICD-10 F12.1)
 10. Nachweis von Benzodiazepinen im Urin, dd schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)

2.9.4 In der Beurteilung fassten die Gutachter ihre Erkenntnisse u.a. wie folgt zusammen (IV-act. 57-7f./94):

4.3 Funktionelle Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen

Die Interaktions- und Teamfähigkeit des Exploranden sind eingeschränkt, ebenso ist die Durchhaltefähigkeit des Exploranden leicht eingeschränkt. Hohe Anforderungen an das kognitive Funktionsniveau kann der Explorand nicht bewältigen.

Aufgrund der neurologischen Symptomatik sind Gehen über mehrere Stunden oder Stehen über mehr als 30 Minuten ohne Pause, wie auch das regelmässige Gehen auf unebenem Grund, für den Exploranden ungeeignet.

4.4 Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte

Als Hauptdiagnosen bestehen bei dem Exploranden eine alkoholassoziierte organische Störung mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, zudem ist am ehesten vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und DD emotional instabilen Zügen (Persönlichkeitsakzentuierung, Zykllothymia, ADHS im Erwachsenenalter) auszugehen.

4.5 Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen

Die tendenziell sehr bis über-optimistische und selbstbewusste bis -überschätzende Selbstsicht und Gesamteinschätzung des Versicherten hat wahrscheinlich zwei Seiten: Einerseits fühlt er sich dadurch subjektiv wohl, motiviert und leistungsfähig, andererseits erscheint es möglich, dass eine eingeschränkte Introspektions- und Reflexionsfähigkeit bzw. Abwehr und Leugnung mit fehlender Integration von negativ empfundenen Eigenschaften, Erfahrungen und Fakten eine adäquate, integrative Lebensgestaltung erschweren.

4.6 Konsistenzprüfung

Anlässlich der Exploration ergaben sich weder in der psychiatrischen noch in den somatischen Begutachtungen Hinweise für das Vorliegen von relevanten Inkonsistenzen.

Einzig in der neuropsychologischen Testung ergaben sich Hinweise für das Vorliegen einer überwiegend wahrscheinlich unbewussten Symptomverdeutlichung.

4.7 Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

In der aktuellen selbständigen Tätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von maximal 70%, dies mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist hier rein psychiatrisch bedingt.

Eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aufgrund der lückenhaften Vordokumentation und der anamnestischen Angaben des Exploranden nur schwierig möglich. Es ist hochwahrscheinlich, dass mindestens ab 2017 mit dokumentierten passageren hepatischen Enzephalopathien im 11/2017 und 03/2018 im Rahmen einer dekompensierten äthylischen Leberzirrhose zumindest phasenweise eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Im Zweifelsfalle bietet es sich an, sich auf die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit der den Exploranden in der Vergangenheit behandelnden Ärztin abzustellen mit Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnde Hausärztin (...) vom 31.01.2018 bis mindestens Ende 2018. Seit anfangs 2019 ist es dann zu einer langsamen Zunahme der Arbeitsfähigkeit auf die aktuell attestierte 70%-ige Arbeitsfähigkeit gekommen, wobei der exakte Verlauf der Arbeitsfähigkeit hier nicht rekonstruiert werden kann.

4.8 Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

Auch in jeglicher Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Interaktions- und Teamfähigkeit und ohne hohe Anforderungen an das kognitive Funktionsniveau besteht eine Arbeitsfähigkeit von 70%, wobei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit gleich anzunehmen ist wie unter 4.7 beschrieben.

4.9 Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit und Gesamt-Arbeitsfähigkeit

Es ist lediglich die psychiatrische Symptomatik, welche sich aktuell einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden auswirkt.

4.10 Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Empfohlen wird eine intensiverte und konsequente Psychotherapie, die insbesondere auf eine Verbesserung von Introspektions- und Reflexionsfähigkeit, eine angepasste, adäquate, auch Schwächen und Defizite integrierende Selbstsicht und entsprechende Interaktionsweise, sowie eine Entwicklung psychologischer Ressourcen (affektive Regulationsfähigkeit, Selbstkontrolle etc.) und die Aufrechterhaltung der Alkoholabstinenz ohne Entwicklung einer Suchtverlagerung fokussieren sollte. (...)

3.1 Der RAD-Arzt Dr.med. G. _____ (Allgemeinmedizin FMH) beurteilte das erwähnte MEDAS-Gutachten vom 20. November 2019 als nachvollziehbar und schlüssig. Er empfahl, darauf abzustellen (IV-act. 59). Dementsprechend berücksichtigte die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung eine massgebende Arbeitsfähigkeit von 70% ab dem Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchungen im Juni/ Juli 2019, derweil für den Zeitraum davor den Angaben der Hausärztin gefolgt wurde, wonach vom 31. Januar 2018 bis mindestens Ende 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand, mit anschliessender (ab anfangs 2019) langsamer Zunahme der Arbeitsfähigkeit (bis zur erwähnten maximalen Arbeitsfähigkeit von 70%, IV-act. 84). Aufgrund der verspäteten IV-Anmeldung wurde nach Massgabe von Art. 29 IVG ein (befristeter) Rentenanspruch erst ab 1. April 2019 gewährt.

3.2.1 Der Rentenbeginn (ab 1. April 2019) wurde in der vorliegenden Beschwerde nicht expressis verbis beanstandet (auch wenn mit dem Rechtsbegehren Ziffer 1 eine integrale Aufhebung der angefochtenen Verfügung gefordert wird). Indessen ist nach den konkreten Umständen davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an der Gewährung einer ganzen IV-Rente (für den Zeitraum vom 1. April 2019 bis 30. Juni 2019) an sich nichts auszusetzen hat bzw. lediglich die Befristung bemängelt wird, mit anderen Worten der Beschwerdeführer vor Gericht erreichen will, dass er für den anschliessenden Zeitraum ab 1. Juni 2019 weiterhin Rentenleistungen erhält (mindestens eine Viertelsrente).

3.2.2 In der Beschwerde (und auch in der Eingabe vom 26. Februar 2021) wird u.a. (sinngemäss) kritisiert, dass das MEDAS-Gutachten weder vollständig noch nachvollziehbar sei. Die zur Arbeitsfähigkeit enthaltenen Schlussfolgerungen würden nicht den wirklichen Verhältnissen entsprechen. Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter den Folgen der schweren Leberschädigung. Hinsichtlich des neurologischen Fachgutachtens sei auf die im Frühjahr 2019 festgestellte hepatische Enzephalopathie zu verweisen, welche in ihrem Verlauf zu einer zunehmenden Verschlechterung der kognitiven und motorischen Fähigkeit, namentlich oftmals zu ausgeprägter Müdigkeit, Geistesabwesenheit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen, Merkschwäche, Abnahme der Reaktionsfähigkeit, Antriebsstörung, Stimmungsschwankungen etc. führen würde (Beschwerde, S. 5, siehe auch Eingabe vom 26.2.2021, S. 4 oben und unten). So spreche Dr.med. O. _____ im Bericht vom 6. Januar 2019 davon, dass der Versicherte noch immer unter einer bleibenden, ausgeprägten Müdigkeit und Konzentrationsschwäche leide (vgl. Beschwerde, S. 6 mit Verweis auf Bf-act. 5). Diese Symptomatik werde sodann auch von Dr.med. AC. _____ bestätigt, "welche unter Ziff. 3.4 des Berichts für die IV-Anmeldung vom 14. März 2020 [Hervorhebung nicht im Original] darlegt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Konzentrationsschwäche, mnestiche Schwäche, Schwindel und allgemeine Schwäche beeinträchtigt werde" (vgl. Beschwerde, S. 6 oben, mit Verweis auf Bf-act. 6).

4.1.1 Die zuletzt angesprochene Argumentation in der Beschwerde (S. 6) ist insofern irreführend, als kein Bericht dieser Ärztin Dr.med. AC. _____ "für die IV-Anmeldung vom 14. März 2020" existiert, sondern vielmehr der entsprechende Bericht vom 14. März 2019 angesprochen wird, welcher indessen den MEDAS-Gutachten erwiesenermassen vorlag und im MEDAS-Gutachten vom 20. November 2019 (S. 15) aufgeführt und mitberücksichtigt wurde.

4.1.2 Analog verhält es sich bei den beiden Berichten vom 6. Januar 2019 von PD Dr.med. O._____ (Hämatologie Zürich), welche ebenfalls den MEDAS-Gutachtern bekannt waren und im Aktenauszug namentlich aufgelistet wurden (vgl. Gutachten S. 14 Mitte und unten).

4.2 Die verschiedenen MEDAS-Untersuchungen fanden zeitlich nach den Berichten der behandelnden Fachpersonen (Dres. AC._____/ O._____) statt, auf welche in der Beschwerde ausdrücklich Bezug genommen wird.

4.2.1 Bei der allgemeinmedizinischen Untersuchung vom 17. Juni 2019 führte der Versicherte gegenüber dem fallführenden Gutachter Prof. Dr.med. W._____ u.a. aus, dass sein Hauptproblem die Fusschmerzen beidseits sei, zudem eine etwas vermehrte Müdigkeit. Im Vergleich zum Zustand vor seiner Erkrankung sei er "etwa 80% fit". Er ermüde etwas schneller als früher, "er merke dies jedoch kaum, da er sich angewöhnt habe, eine Stunde früher schlafen" zu gehen (vgl. zit. Gutachten, S. 17 Mitte). Initial habe er auch unter starken Konzentrationsstörungen gelitten, welche sich sukzessive gebessert hätten; aktuell schätze er, "dass seine Konzentration wieder bei 60-80% des Normalzustandes sei" (zit. Gutachten, S. 17 unterhalb der Mitte). Hinsichtlich der Zukunftsaussichten machte der Versicherte geltend, "dass es ihm in Zukunft wieder möglich sein werde, wieder 100% zu arbeiten" (zit. Gutachten, S. 20 oben).

4.2.2 Bei der neuropsychologischen Untersuchung vom 17. Juni 2019 führte der Versicherte u.a. gegenüber dem Fachpsychologen aus, das Konzentrationsvermögen sei gut, auch über eine längere Zeitspanne. Es sei ihm durchaus möglich, einen ganzen Tag konzentriert zu arbeiten. Sich gleichzeitig mit zwei Aufgaben zu befassen, sei kein Problem. Täglich fahre er selber Auto und es seien auch Fahrten von mehreren Stunden möglich (zit. Gutachten, S. 57 unten). Kognitive Defizite habe er zu Beginn 2018 gehabt, doch sei es innert Monaten zu einer deutlichen Besserung gekommen und seit August/ September 2018 sei sein kognitives Leistungsvermögen wieder in Ordnung (zit. Gutachten, S. 58 oben). Bei den Verhaltensbeobachtungen notierte der Gutachter, eine auffällige Ermüdung sei nicht erkennbar. Hingegen stellte er bei einzelnen Aufgaben fest, dass die Ausdauer reduziert sei und er sich nicht zu einer aktiveren Mitarbeit motivieren lasse (zit. Gutachten, S. 61 oben). Bei der Beurteilung der neuropsychologischen Befunde zeigten sich gewisse Minderleistungen (im verbal-episodischen Gedächtnis, bei memorierten Items), die weiteren geprüften kognitiven Funktionsbereiche lagen innerhalb der unauffälligen Norm (zit. Gutachten, S. 65 Mitte). Insgesamt beurteilte der Fachpsychologe die Befunde aufgrund der Verhaltensbeobachtungen und der Testergebnisse als minimale bis leichte neuropsychologi-

sche Störung, wahrscheinlich erklärbar im Rahmen einer störungsimmanenten Symptomverdeutlichung bei narzisstisch imponierender Persönlichkeit. Nachdem die Minderleistungen das verbal-episodische Gedächtnis betrafen und diesbezüglich der Versicherte eine verminderte Ausdauer/ Leistungsbereitschaft zeigte, wobei er sich zu einer aktiveren Mitarbeit nicht motivieren liess, äusserte der Gutachter zumindest einen Verdacht auf eine Symptomverdeutlichung (zit. Gutachten, S. 66 unten). Nach Einschätzung des Gutachters verfüge der Versicherte über ausreichende kognitive Fähigkeiten und Ressourcen, um bei einer angestellten oder selbständigen Tätigkeit im angestammten Beruf im ersten Arbeitsmarkt bestehen zu können (zit. Gutachten, S. 67 Ziff. 7.4). Sowohl in der angestammten Tätigkeit (als Marketingberater), als auch in einer angepassten Tätigkeit sowie in jeglicher Verweistätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsleistung von 100% zumutbar (zit. Gutachten, S. 67 unten).

4.2.3 Bei der pneumologischen Untersuchung vom 27. Juni 2019 berichtete der Versicherte gegenüber dem Facharzt Dr.med. AB._____ u.a., dass er sich seit Oktober 2017 sehr schwach gefühlt habe und kaum noch arbeiten könne. Im November und Dezember 2017 sei es ihm noch schlechter gegangen (starke Müdigkeit, Gewichtszunahme, Appetitlosigkeit). Im Verlauf 2018 habe er sich nur langsam erholt (sehr häufig müde und oft liegen/ Mühe beim Aufstehen). Im Dezember 2018 habe er aus finanziellen Gründen zu arbeiten begonnen, was ihm sehr gut getan habe. Aktuell könne er in seinem Beruf wieder zu 100% arbeiten (zit. Gutachten, S. 78 Mitte). Des Weiteren führte der Versicherte aus, dass er beruflich viel Auto fahren müsse, wobei Müdigkeit hierbei nun kein Problem mehr sei (zit. Gutachten, S. 78 unten).

4.2.4 Bei der gastroenterologischen Untersuchung vom 27. Juni 2019 führte der Versicherte aus, er verstehe eigentlich nicht, "weshalb er die ganzen Abklärungen machen müsse, er werde bald wieder arbeiten können und wolle nicht be-rentet werden" (zit. Gutachten, S. 71 Mitte). Der gastroenterologische Gutachter (Prof. Dr.med. AA._____) hielt in seinem Teilgutachten u.a. fest (zit. Gutachten, S. 71 unten):

Eingehende Aufarbeitung der Leberproblematik sowie erfolgreiche Einlage eines TIPPS (26.07.2018); der porto-systemische Druck konnte so von 19 mm Hg auf 8 mm Hg gesenkt werden. Der Explorand hat sich in der Folge sehr gut erholt; auf Grund der sehr guten Leberfunktion wurde auf eine Listung hinsichtlich Lebertransplantation verzichtet. Die Leberfunktion hat sich im Verlaufe des Jahres 2019 weiter verbessert, sodass bei der letzten Kontrolle im Frühjahr 2019 alle Diuretika abgesetzt werden konnten, da kein Aszites mehr nachweisbar war.

Insgesamt attestierte dieser Facharzt aktuell eine normale, stabile Leberfunktion; bei Einhaltung der Alkoholabstinenz konnte er aus gastroenterologischer Sicht keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (zit. Gutachten, S. 75 oben). Aus rein hepatologischer Sicht wurde der Versicherte als 100% arbeitsfähig beurteilt. Aus dem Umstand, wonach der Versicherte innert weniger Monate eine markante Verbesserung der Leberfunktion erreichte, folgerte dieser Facharzt, dass bei Einhaltung der Alkoholabstinenz und diätetischer Vorgaben die Leberfunktion langfristig erhalten werden könne (zit. Gutachten, S. 75 Ziff. 8.2).

4.2.5 Bei der Befragung anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 9. Juli 2019 nahm Dr.med. Y._____ Bezug auf die aktenanamnestisch erwähnten Konzentrationsstörungen und die Müdigkeit. In seinen Ausführungen machte der Versicherte geltend, diese Störungen "seien weg. Er sei vom Kopf her viel besser dran, als noch vor einem Jahr" (zit. Gutachten, S. 42 oben). Des Weiteren führte er aus, genau vor einem Jahr, d.h. während des stationären Aufenthalts im P._____ (TIPPS-Operation) habe die Verbesserung eingesetzt. Er habe das Gefühl, seither gehe es ihm stetig besser (zit. Gutachten, S. 42 unten). Die Fachärztin konnte zwei neurologische Beschwerdekompexe abgrenzen. Zum einen leide der Versicherte unter einer im Vordergrund stehenden Morton-Neuralgie, welche die belastungsabhängig auftretenden Schmerzen im Bereich des Fussballens und der Zehen erklären würden. Zum andern leide er unter eine Polyneuropathie im Bereich der unteren Extremitäten (zit. Gutachten, S. 48 Mitte). Dazu führte die Gutachterin aus, durch die Alkoholabstinenz und Besserung der Stoffwechsellage sei es nachfolgend zu einer für den Versicherten anhaltend spürbaren Besserung der Polyneuropathie-assoziierten Beschwerden mit Besserung der neuro-pathischen Schmerzen gekommen (zit. Gutachten, S. 49 unten). Prognostisch sei (unter Einhaltung der Alkoholabstinenz) aus neurologischer Sicht eine weitere Besserung der Fuss-assoziierten Beschwerden möglich (zit. Gutachten, S. 50 unten). In der Zusammenschau mit den ausserberuflichen Aktivitäten beurteilte die Gutachterin die Auswirkungen der Polyneuropathie und der Morton-Neuralgie als insgesamt leichtgradig, da der Versicherte weiterhin Autofahre, sportlich aktiv sei (Velofahren) und mehrere Stunden im Verkauf im Laden stehe (zit. Gutachten S. 51 oben). Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner bisherigen Tätigkeit als selbständiger Geschäftsführer nicht eingeschränkt (zit. Gutachten, S. 51 unten). Körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten seien grundsätzlich zu 100% zumutbar (falls der Versicherte seine Position jederzeit ändern könne, z.B. Sitzgelegenheiten, wechselbelastend gehende und stehende Tätigkeiten ohne die Notwendigkeit, sich längere Zeit stehend oder gehend fortbewegen zu müssen, vgl.

zit. Gutachten, S. 52). Körperlich schwere Arbeiten seien nicht mehr länger zumutbar. Sodann würden (aufgrund der minimalen Gangataxie) Tätigkeiten mit Arbeiten in Höhen, mit Steigen/ Klettern auf Leitern/ Gerüsten sowie das Gehen auf unebenem Boden ausser Betracht fallen (zit. Gutachten, S. 52/Mitte).

4.2.6 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung führte der Versicherte u.a. gegenüber Dr.med. X. _____ aus, seine Konzentration und sein Gedächtnis seien "nicht mehr so toll"; er habe das Gefühl, dass diese Funktionen "Schaden genommen" hätten, "aber es werde wieder besser" (zit. Gutachten, S. 25, oberhalb der Mitte). In der schwierigen und belastenden Behandlungszeit der Leberzirrhose habe er sich von der Psychiaterin Dr.med. AC. _____ behandeln lassen (ca. 10 Sitzungen, bis November/ Dezember 2018). Seit Ende 2018 sei er nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (zit. Gutachten, S. 25, unterhalb der Mitte). Seine Berufstätigkeit umfasse aktuell Arbeit in einem Marketingbetrieb, ein eigenes Geschäft mit Adresshandel, Verkauf von Bio-Ölen sowie Arbeit für eine Stiftung (für Natur, Biodiversität etc., zit. Gutachten, S. 27 unten). Sein Gesamtpensum schwanke stark (je nach Bedarf in den einzelnen Bereichen), durchschnittlich erreiche er "ca. 60-70% von 100%" Dafür erziele er ein monatliches Einkommen von ca. Fr. 5'000.-- bis 7'000.-- (brutto, als Selbständig-erwerbender, zit. Gutachten, S. 28 oben). Seine Arbeitsfähigkeit veranschlagte er selber auf ca. 60% bis 70%, "möglicherweise gehe noch etwas mehr, etwa 80%" (zit. Gutachten, S. 29 oben). In ihren Verhaltensbeobachtungen notierte die Psychiaterin, dass eine relevante bzw. die Exploration störende Ermüdung am Ende der ca. 2-stündigen Untersuchung nicht ersichtlich gewesen sei (zit. Gutachten S. 30 oben). In ihrer Beurteilung hielt die Gutachterin u.a. fest:

- dass bei diesem 58-jährigen Versicherten eine langjährige und schwergradige Störung durch Alkohol mit Abhängigkeit vorliege, die zu einer 2014 erstdiagnostizierten und 2017/2018 mit u.a. rezidivierendem Aszites und hepatischer Enzephalopathie verkomplizierten Leberzirrhose führte (zit. Gutachten, S. 34 unten);
- dass aktuell (passend zu den labormedizinischen Befunden) der Versicherte Abstinenz einhalte (zit. Gutachten, S. 34 unten);
- dass aufgrund des Interaktionsverhaltens in der Untersuchung sowie der expliziten Selbstdarstellung des Versicherten unter Berücksichtigung der Anamnese von einer alkoholassozierten organischen Persönlichkeitsalteration (Distanzlosigkeit, Selbstüberschätzung etc., F 07.9) auszugehen sei (zit. Gutachten, S. 34 unten);
- dass unter Berücksichtigung von Biographie und Krankheitsverlauf Auffälligkeiten hinsichtlich Affektivität, Antrieb, Risikoverhalten und Persönlichkeit bereits seit dem jungen Erwachsenenalter bestanden, indes der Versicherte damit offensichtlich während vieler Jahre zu selbständiger Erwerbstätigkeit in der Lage war (zit. Gutachten, S. 35 unten);

- dass es letztlich unter den (auch hirn-)organischen Folgen der Alkoholabhängigkeit zu einer Dekompensation der zuvor offensichtlich noch kompensierten bzw. zumindest nicht invalidisierenden Persönlichkeitsauffälligkeiten gekommen sei, was plausibel sei (zit. Gutachten, S. 35 unten);
- dass es insbesondere aufgrund seiner überoptimistisch-selbstüberschätzenden Selbstsicht es im Rahmen dieser ambulanten Begutachtung schwer falle, die tatsächlich umsetzbare und auch unter Belastung stabile Arbeits- und effektive Leistungsfähigkeit des Versicherten abzuschätzen (zit. Gutachten, S. 36 oben);
- dass hinsichtlich der relevanten Partizipationsfähigkeiten aus der psychiatrischen Exploration zumindest leicht(-mittelgradige) Einschränkungen der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit abzuleiten sei (wobei weitere Defizite hinsichtlich Kognition, Interaktionsfähigkeit und Selbstorganisation nicht auszuschliessen seien, vgl. zit. Gutachten, S. 36 oben);
- dass es der Gutachterin unter Berücksichtigung der in der Untersuchung gezeigten Auffälligkeiten im Verhalten und Beziehungsgestaltung nicht leicht falle, sich den Versicherten in verantwortungsvoller Position in einer Stiftungsleitung vorzustellen (mithin bei einem Scheitern der geplanten Ausweitung des derzeitigen Pensum von etwa 60% bis 70% im Marketingbereich/ Adressen-Handel/ Bioöl-Verkauf anzunehmen sei, vgl. zit. Gutachten, S. 37 Mitte);
- und dass die Arbeitsfähigkeit in einer dem psychiatrischen Krankheitsbild bzw. Störungsprofil angepassten Tätigkeit (ohne mehr als geringe Anforderungen an Interaktions- und Teamfähigkeit und ohne hohe Anforderungen an das kognitive und koordinative Funktionsniveau) auf 70% (ohne Leistungseinbusse) zu veranschlagen sei (zit. Gutachten, S. 37 unten, Ziff. 8.2).

4.3 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) gelangten die Gutachter gemeinsam zum Ergebnis, dass die psychiatrische Symptomatik limitierend wirke und die zuletzt erwähnte Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin für die Bestimmung des Arbeitsfähigkeitsgrades (ab dem Zeitpunkt der vorgenommenen gutachterlichen Untersuchungen) massgebend sei (zit. Gutachten, S. 8; siehe auch oben, Erw. 2.9.4).

5. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Unterlagen führt zu folgenden Ergebnissen.

5.1 Wie bereits in Erwägung 1.5.2 (in fine) angesprochen wurde, ist externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; 125 V 351 Erw. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 Erw. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer

Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_379/2019 vom 21.8.2019 Erw. 2.2 mit Verweis auf das Urteil 8C_835/2018 vom 23.4.2019 Erw. 3 mit Hinweis).

5.2 Mit der Vorinstanz ist hier dem MEDAS-Gutachten vom 20. November 2019 volle Beweiskraft beizumessen, denn es entspricht den gesetzlichen und von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen. Es beruht auf eingehender Anamneseerhebung sowie eigenen, umfangreichen Untersuchungen. Aus dem Gutachten geht hervor, dass den untersuchenden Ärzten die massgeblichen Arztberichte zur Verfügung standen, namentlich auch die erwähnten Berichte der Dres. O. _____ und AC. _____ (siehe oben, Erw. 4.1.1f.). Hinsichtlich des Berichts vom 6. Januar 2019 an die IV-Stelle (= Bf-act. 5) ist zu beachten, dass Dr.med. B. O. _____ darin (unter Ziffer 1.3) die Frage nach der bisherigen Arbeitsunfähigkeit dahingehend beantwortete, er habe gemäss seinen Unterlagen keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. auch IV-act. 16-1/13).

Was die zuletzt genannte Psychiaterin (Dr.med. AC. _____) anbelangt, drängen sich folgende Bemerkungen auf. Im Rahmen des Explorationsgesprächs vom 9. Juli 2019 für das MEDAS-Gutachten führte der Versicherte aus (vgl. Bf-act. 3, S. 3 und S. 11 bzw. IV-act. 57-25/94 und 57-33/94:

In der schwierigen und belastenden Behandlungszeit der Leberzirrhose habe er sich auch in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, und zwar ambulant bei der Psychiaterin Frau Dr. AC. _____ begeben, dort sei er "ein paarmal", etwa 10x zu Sitzungen gegangen, bis ca. November/ Dezember 2018. Die Psychiaterin sei in der Zeit aber selbst schwer körperlich erkrankt. Seit Ende 2018 sei er nun nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung.

(...)

(...) habe er sich 2018 für einige Monate in psychotherapeutische Behandlung bei der psychiatrischen Fachärztin Frau Dr. AC. _____ in Luzern begeben; die Behandlung sei dann abgeschlossen worden, und er fühle sich wieder gut. (...)

Diese Angaben decken sich insoweit teilweise mit dem Bericht der erwähnten Psychiaterin vom 14. März 2019, als darin (unter Ziffer 1.1) erwähnt wurde, die letzte Kontrolle habe am 5. Februar 2019 stattgefunden. Wann wieder (vor oder nach dem MEDAS-Gutachten) eine fachgerechte Behandlung aufgenommen worden sei, wurde vom beanwalteten Beschwerdeführer vor Gericht nicht substantiiert dargelegt (auch nicht in der Eingabe vom 26.2.2021). Soweit mit dieser Eingabe vom 26. Februar 2021 ein ärztliches Zeugnis vom 24. Februar 2021 dieser Psychiaterin eingereicht wurde, welches für den Zeitraum vom 1. Januar

2021 bis 31. März 2021 eine Arbeits(un)fähigkeit von 50% bescheinigt, betrifft dies einen Zeitraum ausserhalb des gerichtlichen Überprüfungszeitraums, welcher grundsätzlich mit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 endete (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_656/2013 vom 11.12.2013 Erw. 3.1). In diesem Sinne könnte eine allfällige, nach dem erwähnten Stichtag aufgetretene Verschlechterung gegebenenfalls Anlass für eine neue Anmeldung bzw. für eine Neuprüfung des Leistungsanspruchs bilden.

Im Übrigen ist hervorzuheben, dass der Hinweis im ärztlichen Zeugnis vom 24. Februar 2021 "Der Pat. war im Jahr 2020 50% arbeitsunfähig" für das vorliegende Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht verwertbar ist, da (echtzeitliche) Angaben für Behandlungen im Jahre 2020 und damals zeitgerecht ausgestellte Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigungen fehlen. Insbesondere hat diese Psychiaterin in ihrem Zeugnis vom 24. Februar 2021 nicht begründet, aufgrund welcher (wann erhobenen) Befunde sie den Versicherten als nur zu 50% arbeitsfähig beurteilt.

Hinsichtlich des MEDAS-Gutachtens ist zu ergänzen, dass die Sachverständigen sich auch mit den anderen medizinischen Berichten hinreichend auseinandergesetzt haben (vgl. zit. Gutachten, S. 4 lit. b, S. 8 Ziff. 4.7, S. 32 Mitte, S. 34 oben, S. 50 unterhalb der Mitte, S. 54 Ziff. 7.1 1. Abs., S. 82 unterhalb der Mitte). Soweit der Versicherte teilweise gewisse Abklärungen ablehnte bzw. sich dazu nicht motivieren liess (vgl. u.a. zit. Gutachten S. 83 Ziff. 8.2 betreffend Spiroergometrie, siehe auch zit. Gutachten S. 66 unten, wonach sich der Versicherte zu einer aktiveren Mitarbeit bei der Aufgabe zum verbal-episodischen Gedächtnis nicht motivieren liess), kann er daraus grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Insgesamt leuchtet das Gutachten in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und es enthält auch eine nachvollziehbare Begründung der Schlussfolgerungen. Entgegen der sinngemässen Auffassung des Beschwerdeführers liegen hier keine Aspekte vor, welche bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind bzw. die Zuverlässigkeit des interdisziplinären MEDAS-Gutachtens in Frage stellen. Im Übrigen hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 6 in fine) zutreffend hervorgehoben, dass es sich bei der Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit naturgemäss um eine Schätzung handelt, da es nicht möglich ist, den (prozentgenauen) Arbeitsfähigkeitsgrad strikte herzuleiten und zu belegen. Den entsprechenden Ausführungen der Vorinstanz in der Vernehmlassung (S. 3) ist uneingeschränkt beizupflichten. Es kann darauf verwiesen werden.

5.3 Im Lichte des Gesagten ist die von der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung nach Massgabe des (beweiskräftigen) MEDAS-Gutachtens berück-

sichtigte Arbeitsfähigkeit von 70% nicht zu beanstanden, ohne dass noch weitere (medizinische) Abklärungen angebracht wären. Nach der Aktenlage ist nicht zu erwarten, dass durch ein weiteres Gutachten mit relevanten neuen Erkenntnissen zum Arbeitsfähigkeitsgrad zu rechnen wäre, weshalb davon im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung abzusehen ist (vgl. oben, Erwägung 1.7).

6.1 Was die erwerblichen Auswirkungen des dargelegten massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades anbelangt, ist der von der Vorinstanz in Auftrag gegebene Abklärungsbericht einer spezialisierten Fachstelle vom 26. Mai 2020 heranzuziehen (= IV-act. 65 bzw. Bf-act. 4). In diesem Bericht wurde die sich seit der Abmeldung bei der Arbeitslosenversicherung (Juni 2016) in Aufbau befindliche selbständige Erwerbstätigkeit gewürdigt und unter Berücksichtigung der einzelnen Geschäftsbereiche ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 110'704.-- (per 2019) ermittelt (vgl. zit. Bericht, S. 5). Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer gegen ein solches Erwerbseinkommen im Gesundheitsfall vor Gericht nichts eingewendet hat (auch nicht in der Eingabe vom 26.2.2021), besteht kein Anlass, dieses Zwischenergebnis in Frage zu stellen. Anzuführen ist, dass der Versicherte die letzte Anstellung vor seinem am 19. Dezember 2014 unterzeichneten Antrag auf Arbeitslosenentschädigung nach den Akten der Arbeitslosenversicherung infolge wirtschaftlicher Probleme des Betriebes verloren hatte (vgl. Fremdakten 4-120/140 Ziff. 13; 4-123/140 Ziff. 20 und 4-131/140; zuletzt hatte der Versicherte einen AHV-pflichtigen Gesamtverdienst von Fr. 110'500.-- erzielt, vgl. Fremdakten 4-121/140 oben).

6.2 Als massgebendes Invalideneinkommen ist nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen heranzuziehen, welches 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 könne. Bei einer selbständigen Erwerbstätigkeit verhält es sich so, dass dann, wenn sich nicht beide hypothetischen Vergleichseinkommen zuverlässig ermitteln lassen, grundsätzlich in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich durchzuführen und der IV-Grad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen ist (vgl. Meyer/ Reichmuth, a.a.O. Art. 28a N 39 mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 16 N 104 mit Hinweisen).

Gemäss dem erwähnten Abklärungsbericht und der Aktenlage hat der Versicherte im Kontext mit der gutachtlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 70% ab Mitte 2019 am 29. August 2019 einen Anstellungsvertrag mit der AD. _____ Stif-

tung unterzeichnet, wonach er bei einem Arbeitspensum von 100% an sich ein festes Jahresgehalt von Fr. 120'000.-- verdienen würde, welches bei einem Arbeitspensum von 80% (bis 31.12.2019) Fr. 96'000.-- entspricht und ab 1. Januar 2020 bei einem auf 50% reduzierten Arbeitspensum jährlich Fr. 60'000.-- ausmacht (vgl. IV-act. 65; siehe auch den am 26.2.2021 eingereichten Lohnausweise = Bf-act. 9). Von Bedeutung ist hier, dass die Reduktion des Pensums bei der Stiftung auf 50% nach der Aktenlage nicht auf medizinische Gründe, sondern auf den (geringeren) Arbeitsanfall zurückzuführen ist. Denn gemäss den sinngemässen Ausführungen des Versicherten gegenüber der Abklärungsstelle gab es im Zusammenhang mit der im September 2019 gegründeten Stiftung entsprechenden Gründungsaufwand, welcher in der Folge zu einer regelmässigen Tätigkeit seit Januar 2020 von 50% führte, wobei er parallel dazu wieder als Selbständigerwerbender für die Agentur "AE. _____" zu arbeiten begann (offenbar ebenfalls zu einem Pensum von 50%, siehe IV-act. 65-4/10 oben). Dass sich an diesen Angaben (welche auch in Bf-act. 4, S. 4 enthalten und damit dem Versicherten bekannt sind) zwischenzeitlich etwas verändert habe, wird vom Beschwerdeführer vor Gericht nicht vorgebracht (auch nicht in der Eingabe vom 26.2.2021).

In welcher Höhe der Beschwerdeführer durch seine (zusätzliche) selbständige Tätigkeit im Bio-Öl-Handel, Marketing/Beratung, Adresshandel (etc., vgl. IV-act. 57-5/94 oben, IV-act. 57-37/94 unterhalb der Mitte) einen durchschnittlichen Verdienst erzielt, wurde vom Beschwerdeführer nicht substantiiert dargelegt, indes ist nach der Aktenlage (namentlich IV-act. 57-37/94, wonach der Versicherte im Zeitpunkt des Explorationsgesprächs vom 9. Juli 2019 ein aktuelles Einkommen von monatlich zwischen Fr. 5'000.-- bis Fr. 7'000.-- deklarierte) ein regelmässiger Zusatzverdienst (zum Einkommen bei der Stiftung) von mindestens Fr. 1'000.-- (bzw. Fr. 12'000.-- per annum) offenkundig nicht übersetzt, womit das (hypothetische) Invalideneinkommen auf mindestens Fr. 72'000.-- festzulegen ist (60'000 + mindestens 12'000). Im Rahmen dieser Herleitung besteht kein Raum für die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges. Diesbezüglich kann schliesslich auf die Ausführungen der Vorinstanz in Ziffer 8 der Vernehmlassung verwiesen werden, welchen uneingeschränkt beizupflichten ist.

6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 110'704.-- (Erw. 6.1) und einem massgebenden Invalideneinkommen von mindestens Fr. 72'000.-- (Erw. 6.2) resultiert ein nicht rentenbegründender IV-Grad von aufgerundet 35% ($110'704 \text{ minus } 72'000.-- = 38'704; 38'704 : 110'704 \times 100 = 34.96$). Damit bleibt es dabei, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich der seit Mitte 2019 geltenden Arbeitsfähigkeit von 70% keinen Rentenanspruch hat.

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

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird 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 Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - die Vertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 5. März 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 15. März 2021