

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 37

## Entscheid vom 17. November 2021

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
nachträglich (ab 21.09.2021) vertreten durch Rechtsanwältin  
lic. iur. D. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (geboren C.\_\_\_\_\_ 1965, deutscher Staatsangehöriger) ist gelernter Heizungsmonteur. Ab 2006 war er als solcher in verschiedenen Heizungs- und Sanitärbetrieben in der Schweiz erwerbstätig (vgl. Vi-act. 9), zuletzt bis zum ... 2014 (Konkurseröffnung) bei der ... als Betriebsleiter (Vi-act. 12). In der Folge arbeitete C.\_\_\_\_\_ im Rahmen einer arbeitsmarktlichen Massnahme als Mitarbeiter bei einer Arbeitsintegrationsstelle, wobei er am 24. September 2014 bei der Bedienung ... starke Schmerzen in der vorgängig bereits zweimal operierten rechten Schulter verspürte. Nach dem Vorfall nahm C.\_\_\_\_\_ die Arbeit nicht mehr auf. Es folgte eine Auseinandersetzung mit der Unfallversicherung (Suva), wobei eine Leistungspflicht der Unfallversicherung (über die bis 28.2.2015 geleisteten Taggelder hinaus) nach zwei Verfahren vor Verwaltungsgericht mit rechtskräftigem Entscheid vom 18. November 2016 (VGE I 2016 70) verneint worden ist.

**B.** Am 2. Mai 2015 meldete sich C.\_\_\_\_\_ mit dem Hinweis auf Verletzungen an der rechten Schulter bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von Leistungen an (Vi-act. 3).

Nach Einholung verschiedener medizinischer Berichte und Veranlassung einer polydisziplinären Begutachtung (Gutachten der MEDAS ... vom 2.10.2017, Vi-act. 77) teilte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 2. Mai 2018 mit, ausgehend von einem IV-Grad von 30% sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (Vi-act. 94). Dagegen wehrte sich C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 21. Mai 2018 (Vi-act. 98) sowie weiteren Eingaben (u.a. auch mit dem Verbot, weitere Akten einzuholen, Vi-act. 95, 97, 102, 107, 110).

Nachdem bekannt worden war, dass beim Versicherten aufgrund eines Sturzes am 2. September 2017 ein Schädelhirntrauma diagnostiziert worden war, holte die IV-Stelle weitere medizinische Akten ein und veranlasste am 9. Mai 2019 bei der MEDAS ... eine weitere polydisziplinäre Begutachtung (Vi-act. 127). Nach Vorliegen des Gutachtens vom 8. April 2020 (Vi-act. 150) teilte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 29. April 2020 mit, dass ein IV-Grad von 30% und damit kein Rentenanspruch bestehe (Vi-act. 154). Dagegen erhob C.\_\_\_\_\_ mit Eingaben vom 26. Mai 2020 und vom 27. Juni 2020 unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Psychotherapeuten Einwand (Vi-act. 158, 160).

**C.** Mit Verfügung vom 7. Mai 2021 verneinte die IV-Stelle Schwyz ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 30% einen Rentenanspruch.

D. C.\_\_\_\_\_ erhebt mit Eingabe vom 4. Juni 2021 fristgemäss Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 7. Mai 2021 mit dem sinngemässen Antrag, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen.

Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 16. August 2021 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Mit Replik vom 5. Oktober 2021 lässt der Beschwerdeführer (nunmehr rechtsanwaltlich vertreten) zusätzlich beantragen, es sei durch das Gericht eine medizinische Begutachtung zu veranlassen. Die IV-Stelle äussert sich dazu mit Eingabe vom 25. Oktober 2021, wobei sie an ihren Anträgen festhält.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**1.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leis-

tungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**1.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

**2.1** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (vgl. BGE 140 V 193 Erw. 3.1 und 3.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a).

**2.2.** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil BGer 9C\_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise

die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 Erw. 2.2.4).

**2.3.** Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu Urteil BGer 8C\_130/2017 vom 30.11.2017) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1). Mit der Indikatorenprüfung wird mithin eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht validiert (Urteile BGer 8C\_629/2019 v. 8.11.2019 Erw. 4.2.4; 8C\_783/2019 v. 14.4.2020 Erw. 4.1.4). Sämtliche psychische Erkrankungen sind grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418).

Zu ergänzen ist folgendes: Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 Erw. 7.1 S. 428 f. mit Hinweisen).

Wenn die rechtsanwendende Behörde wie im vorliegenden Fall der im polydisziplinären Gutachten erfolgten Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit folgt, ist ebenfalls keine Indikatorenprüfung durchzuführen. Diese dient der Validierung einer

im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierten Arbeitsunfähigkeit. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (Urteile BGer 8C\_629/2019 vom 8.11.2019 Erw. 4.2.4; 8C\_270/2019 vom 5.9.2019 Erw. 4.2.3; 8C\_52/2020 vom 22.4.2020 Erw. 4.2.2).

**2.4** Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 2.1 und 2.2 vorstehend), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil BGer 8C\_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

**3.** Die Vorinstanz geht gestützt auf die beiden Gutachten der MEDAS ... vom 2. Oktober 2017 und vom 8. März 2020 davon aus, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit zu 70% und eine leidensangepasste Tätigkeit im Rahmen einer körperlich leichten, nicht erhöht schulterbelastenden Tätigkeit zu 100% zumutbar sei.

Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen das Abstellen auf die Gutachten der MEDAS ... bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

**4.** Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und seiner Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus den Akten was folgt:

**4.1** Am 24. Juni 2008 wurde beim Versicherten im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung eine koronare Zweigefässkrankheit ohne Interventionsnotwendigkeit diagnostiziert (Vi-act. 41). Aktenkundig ist zudem eine Herzkatheteruntersuchung vom 22. Dezember 2005, wobei als Befund eine hypertensive Herzkrankheit und 1-Gefäss KHK angegeben wird (Vi-act. 61-1/3). Aktenkundig ist zudem, dass 2006 eine Radiofrequenzablation durchgeführt worden ist (vgl. Vi-act. 16-18/20).

**4.2** In den folgenden Jahren wurde der Versicherte an der rechten Schulter mehrmals operiert (AC-Gelenksresektion und subacromiale Defilée-Erweiterung 27.11.2009; Arthroskopie, Bizepstenotomie, transtendinöse Refixation der Supraspinatussehne 24.7.2013, vgl. UV-act. 1-99/154, 1-101/154, 1-112/154). Die Anmeldung bei der IV im Mai 2015 erfolgte denn auch mit dem Hinweis auf Beschwerden in der rechten Schulter.

Gemäss ärztlichem Bericht zu Händen der IV von Dr.med. E. \_\_\_\_\_, leitender Arzt Chirurgie ..., vom 29.6.2016 wurde beim Beschwerdeführer ein beginnendes CRPS bei Partiaalläsion der Subscapularissehne nach Schulterdistorsion rechts am 24. September 2014, bei Status nach zwei Schulteroperationen (AC-Gelenksresektion rechts 27.11.2009, Arthroskopie Bizepssehnenentomie rechts 24.7.2013), Zervikokranialgie, rechtsseitiger kompletter Schulter-Arm-Schmerzsymptomatik und Diskusprotrusionen der HWS diagnostiziert. Der Patient könne lediglich leichte Tätigkeiten durchführen (Vi-act. 16-2/20). Die Diagnose eines beginnenden CRPS wurde gestellt, nachdem in den durchgeführten bildgebenden Untersuchungen keine Korrelation für die Schmerzexazerbation gefunden werden konnte (Vi-act. 16-7/20). In späteren medizinischen Berichten finden sich dann keine Hinweise mehr für das Vorliegen eines CRPS.

Aus dem ebenfalls im Zusammenhang mit der Schulterproblematik beigezogenen Bericht der Neurologin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 ergeben sich zudem folgende Diagnosen (Vi-act. 17-1/3):

1. Hypästhesien des rechten Arms, betont an ulnarer Hand und Unterarm (...).
2. Chronische Schulter-/Armschmerzen rechts (...)
3. Degenerative HWS-Veränderungen (...)
4. Koronare Zweigefässerkrankung
  - Minimal cardiac injury 23.06.2008
  - cvRF: Arterielle Hypertonie, Adipositas, Nikotinabusus
5. Status nach rezidivierenden Episoden einer paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie 02/2006, 10/2006
  - Status nach Radiofrequenzablation 2006
6. Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 2002

**4.3** Nachdem die IV eine interdisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Auftrag gegeben und mitgeteilt hatte (vgl. Mitteilung vom 5.7.2016, Vi-act. 46), wurde der Versicherte an drei Tagen im November 2016 (1.11., 2.11., 23.11.) durch fünf verschiedene Fachärzte der MEDAS ... untersucht (Vi-act. 77-1/70).

Unmittelbar im Anschluss an die Begutachtung war der Versicherte vom 28.11.2016 bis zum 22.12.2016 in der Psychiatrischen Klinik ... hospitalisiert. Im Austrittsbericht wird ausgeführt, dass ein Überforderungserleben im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen, zunehmenden Schlafstörungen und Suizidgedanken sowie vermehrter Alkoholkonsum zur Überweisung durch die Hausärztin in die Klinik geführt hätten. Es wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol diagnostiziert (Vi-act. 68-1/3). Zur psychotherapeutischen Behandlung hielt sich der Versicherte in der Folge zudem vom 3.1.2017 bis 29.3.2017 stationär in der Psychia-

trischen Klinik ... auf. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes, welcher sich als schwierig erwies (viele Abwesenheiten des Versicherten, soziale Probleme, eingeschränkte Kooperation, Drohungen), wurde zusätzlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt. Als prognostisch günstig wurde die Intelligenz des Patienten gewertet; als prognostisch ungünstig wurden die vielen Abwesenheiten, die sozialen und juristischen Probleme sowie der Umstand qualifiziert, dass der Patient der Klinik den Austausch mit anderen Stellen (z.B. nachbehandelnder Arzt, Sozialdienst) verbot (Vi-act. 70-1/8 f.).

**4.4** Am 2. September 2017 wurde der Versicherte durch die Polizei ins ... Kantonsspital gebracht, nachdem beobachtet worden war, wie er bei einer Tankstelle gestürzt war. Die Einlieferung erfolgte zwecks Abklärung des Verdachts des Fahrens unter Drogen-/Betäubungsmittelinflusses. Der Versicherte gab dabei an, am Vortag auf der Treppe gestürzt zu sein und Erinnerungslücken zu haben. Es wurde ein Schädelhirntrauma Grad 1 diagnostiziert (Vi-act. 116-1/3). Das durchgeführte CT ergab keine Hinweise für eine frische Fraktur oder eine intracranielle Blutung. Dem Patienten wurde empfohlen, stationär zu bleiben, so lange er Kopfschmerzen habe; er habe sich dagegen entschieden und sei am 3. September 2017 in gebessertem Allgemeinzustand ausgetreten (116-2/3).

**4.5** In Unkenntnis des Vorfalles vom 2. September 2017 gelangten die Gutachter der MEDAS ... in ihrem polydisziplinären Gutachten (welches unter Einbezug der Fachrichtungen Orthopädie, Kardiologie, Psychiatrie, Neurologie und Allgemeine Innere Medizin erstellt wurde) vom 2. Oktober 2017 zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 77-23/70 f.):

Diagnosen mit Relevanz für die AF in Bezug auf die angestammte Tätigkeit (Betriebsleiter, Sachbearbeiter)

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung F61.0
- Schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts bei/mit:
  - AC-Gelenksresektion und subacromiale Defilée-Erweiterung Schulter rechts vom 27.11.2009
  - Arthroskopie, Bicepstenotomie, transtendinöse Refixation der Supraspinatussehne Schulter rechts 24.07.2013
  - Tendinopathie Bicepssehne rechts (Arthro-MRI 24.11.2016)

Diagnosen ohne Relevanz für die AF:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10.24, aktive Abhängigkeit
- Zervikalspondylogenes Schmerzsyndrom
  - bei degenerativen HWS-Veränderungen mit Steifstellung der HWS, Diskusprotrusion C5/6/7 und mediolateralen Diskusprolaps C6/7 links (...) neurologisch ohne radikuläre Störung

- Koronare Herzkrankheit
  - mit insignifikanter Stenosierung im Bereich des RIVA und hochgradiger Stenosierung der kleinen, nicht dominanten rechten Kranzarterie
  - St.n. Vorderwandinfarkt 24.06.2008
  - Derzeit stabiler Befund ohne Hinweis auf Progredienz der KHK
  - Weiterhin rez. Tachykardien bei St. n. Katheterablation einer AV-Knoten-Reentry-Tachykardie 2007
- Arterielle Hypertonie (ED 2002), ungenügend eingestellt
- V.a. Steatosis hepatis bei V.a. Äthylismus
- Hypercholesterinämie, medikamentös nicht therapiert
- Orthostatischer Schwindel (pharmakogen, teils möglicherweise äthyltoxisch überlagert)
- Leichtes Thoracic-outlet-Syndrom rechts mehr als links
- Unspezifische Lumbalgie mit teilweise myofascialer Schmerzausstrahlung zum linken Bein.

**4.5.1** In der orthopädischen Beurteilung (Dr.med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie u. Traumatologie) wird ausgeführt, die residuellen Beschwerden an der rechten Schulter nach zweimaliger Operation seien nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar seien jedoch die Ausstrahlung in die rechte Hand mit Hypästhesien. Das Heben und Tragen schwerer Lasten rechts von über 5 kg sei nicht mehr zumutbar, ebenso das Überkopfarbeiten rechts.

**4.5.2** Der psychiatrische Gutachter (Dr.med. ..., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) führt in seiner Beurteilung aus, dass der Versicherte über vorwiegend psychosoziale Belastungen am letzten Arbeitsplatz berichte. In kognitiver Hinsicht hätten sich keine objektivierbaren Defizite ergeben (Vi-act. 77-35/70). Das Verhalten des Versicherten entspreche allerdings einem massiven und fortgesetzten Alkoholkonsum mit einem Verhalten, welches gegenwärtig zum Teil als dissozial eingeordnet werden könne. Die ungünstige Konstellation einer primär bestehenden narzisstischen Persönlichkeit und des fortgesetzten exzessiven Alkoholkonsums werde beim Versicherte ohne adäquate Therapie voraussichtlich zu einer weiteren negativen Entwicklung führen (Vi-act. 77-39/70). Unter Hinweis auf den Therapieverlauf in der Klinik ... und seine im Rahmen der Begutachtung vorgebrachten Beschuldigungen (gegen Versicherungen, Sozialdienst usw.) hält der psychiatrische Gutachter fest, es erscheine möglich, dass der Versicherte seine Vorgehensweise in Bezug auf die Abklärung der IV überlegt und geplant habe, um eine wirtschaftliche Absicherung zu erreichen. Die Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik per Selbsteinweisung sei nicht infolge akuter Indikation erfolgt und korreliere zeitlich mit der polydisziplinären Begut-

achtung (Vi-act. 77-39/70). Es bestehe kein therapieresistentes Zustandsbild. Der Versicherte habe sich bisher keiner adäquaten Therapie im Hinblick auf die Sucht unterzogen, diese werde vom ihm auch abgelehnt oder er habe sich der Therapie entzogen. Im Rahmen der bisherigen Behandlung und Diagnostik (soma-tisch und psychiatrisch) scheine der Versicherte die beteiligten Ärzte und The-rapeuten wiederholt getäuscht zu haben. Zusammenfassend hielt der psychiatri-sche Teilgutachter fest, dass beim Versicherten eine kombinierte Persönlich-keitsstörung mit zeitweilig auftretender affektiver Symptomatik bestehe, welche vornehmlich jedoch auf die ausgeprägte Alkoholabhängigkeit zurückzuführen sei. Der psychiatrische Teilgutachter kam zum Schluss, dass aufgrund der Persön-lichkeitsstörung (durch die Sucht verstärkt) Beeinträchtigungen bestünden. Bei der angestammten Arbeit als Betriebsleiter schätzte er die Arbeitsfähigkeit auf 70%. Die Beeinträchtigungen resultierten (bedingt durch den Alkoholkonsum) aus der zeitweiligen Verlangsamung, Aufmerksamkeitsprobleme, Einschränkung der Lernfähigkeit, Einschränkung in Bezug auf die Fähigkeit, relevante Entschei-dungen zu treffen und durchzusetzen, mangelnder Flexibilität und leicht reduzier-ter Durchhaltefähigkeit. Für eine angepasste berufliche Tätigkeit bestehe volle Arbeitsfähigkeit.

**4.5.3** Im Rahmen der allgemeinmedizinisch-internistischen Begutachtung (Dr.med. H.\_\_\_\_\_) wurde auch eine kardiologische Untersuchung veranlasst. Der beigezogene Kardiologe (Dr.med. I.\_\_\_\_\_, Spital ...) führt in seiner Beur-teilung aus:

Bei Herr ... besteht eine bekannte KHK, mit insignifikanter Stenosierung im Bereich des RIVA und hochgradiger Stenosierung der kleinen, nicht dominanten rechten Kranzarterie. Ich finde einen stabilen Befund ohne Hinweise auf eine Progredienz der KHK.

Die verminderte körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten ist meines Erachtens durch die Dekonditionierung bedingt und nicht Folge der bekannten Kardiopathie. Mit einem entsprechenden Aufbautraining wäre der Patient aus kardialer Sicht normal arbeitsfähig.

Relevante weitere Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergaben sich aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht nicht (Vi-act. 77-42/70 ff.). Festgehalten wurde einzig, dass die Aussage des Versicherten, nur selten Alkohol zu konsumieren, durch den laborchemischen Nachweis eines über längere Zeit stattgefundenen erheblichen Alkoholkonsums widerlegt werde (Vi-act. 77-47/70).

**4.5.4** Im neurologischen Teilgutachten (Dr.med. J.\_\_\_\_\_) wird ausgeführt, dass sich aus rein neurologischer Sicht bezüglich der Schulter-, Rücken- und Handbeschwerden keine relevanten Störungsmuster feststellen liessen. Die loka-

le Schmerzsymptomatik im Schulterbereich erfordere zwar gewisse konservative Therapiemassnahmen, jedoch keine weitreichenden medizinischen Behandlungen. Auch bezüglich der Lumbalgien sei lediglich eine unspezifische Beschwerdesymptomatik anzunehmen. Die angegebene Schwindelsymptomatik dürfte am ehesten ein Zusammenhang mit der Pharmakotherapie (blutdrucksenkende Mittel) aber auch mit dem Alkoholkonsum haben. Es falle auf, dass gerade zum Zeitpunkt der Begutachtung eine stationäre psychiatrische Massnahme initiiert worden sei, gar mit Verlegung auf die Suizidstation, obwohl gar keine Antidepressiva eingenommen würden. Die offensichtliche Suchtproblematik sei verschwiegen worden. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste sowie auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht eingeschränkt. Arbeiten mit längerer Überkopftätigkeit sowie in längerer Zeit vorgebeugter Position seien ungünstig, ebenso Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Kognitive Beeinträchtigungen hätten jedoch während der gesamten Anamnese nicht festgestellt werden können, vielmehr bestehe eine extrem gute, präzise Fokussierungsfähigkeit (Vi-act. 77-55/70 ff.).

**4.5.5** In der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung der Funktionen und Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus (Vi-act. 77-23/70):

Als versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen sind das Bestehen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung F61.0 zu objektivieren (insbesondere narzisstische PS mit antisozialen Zügen) wobei durch eine aktive Alkoholabhängigkeit auch zeitweilig affektive Symptomatik auftritt, die aber nicht einer primären affektiven Störung entspricht, also nicht als rezidivierende depressive Störung zu werten ist.

Die Alkoholabhängigkeit selbst werten wir dabei nicht als versicherungspsychiatrisch relevant. Jedoch ergeben sich in Wechselwirkung derzeit verstärkt Auswirkungen auf das Fähigkeitsprofil gemäss mini-ICF, was somit auch die angestammte Tätigkeit mit höherem Anforderungsprofil entsprechend mindert (AF-Reduktion um 30%), was somit über die AF-Minderung durch die Schulterpathologie hinausgeht (kann aber nicht addiert werden, sofern das Fähigkeitsprofil eingehalten wird).

Für leidensadaptierte Tätigkeiten - sowohl hinsichtlich der Schulterpathologie als auch in Hinblick auf die psychischen Einschränkungen - ist jedoch keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu objektivieren.

Zur Befundkonsistenz führten die Gutachter zudem aus (Vi-act. 77-22/70):

Bei dem Versicherten ergeben sich Hinweise auf ein inkonsistentes Leistungsverhalten, und auf selektiv verzerrende Angaben zum Beschwerdebild und Verlauf mit teilweise tendenziösem Verhalten in Bezug auf die erhoffte materielle Versorgung. Das Verhalten des Versicherten entspricht teilweise einer Aggravation, abgesehen von anderen Verhaltensweisen, die an einer anderen Stelle besprochen wurden. Eine ausreichende Motivation für eine adäquate Therapie bestand bisher allerdings nicht. Der Versicherte lehnte im Rahmen der

stationären psychiatrischen Behandlung auch therapeutische Massnahmen teilweise ab beziehungsweise hatte sich diesen entzogen.

In der angestammten Tätigkeit als Betriebsleiter wurde die Arbeitsfähigkeit interdisziplinär auf 70% geschätzt. Die Einschränkung wurde einerseits damit begründet, dass die als Betriebsleiter noch gelegentlich ausgeübten schwereren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, was eine Minderung der Arbeitsfähigkeit um diesen Anteil (ca. 20%) begründe. Andere somatische quantitative Einschränkungen bestünden nicht. Stärker wirkten sich andererseits die psychischen Gesundheitsstörungen aus (30%). Bei Rücksichtnahme auf das Fähigkeitsprofil sowohl in somatischer wie auch psychiatrischer Hinsicht sei keine Minderung der Arbeitsfähigkeit begründbar. Es müsse allerdings dringend auf eine konsequente Behandlung der Suchterkrankung hingewirkt werden.

**4.6** Wegen den nach dem Sturzereignis andauernden Kopfschmerzen veranlasste die Hausärztin des Versicherten eine stationäre Aufnahme des Versicherten im Zürcher RehaZentrum ... vom 11. Oktober 2017 bis zum 25. November 2017. Aus dem Austrittsbericht vom 7. Dezember 2017 ergeben sich folgende Diagnosen (Vi-act. 90-1/11):

1. Schädelhirntrauma Grad 1, ED 02.09.2017
  - anamnestisch: persistierende Kopfschmerzen seit dem Sturz vom 02.09.2017
  - klinisch bei Eintritt in die Reha: Maskengesicht, deutlich psychomotorische Verlangsamung
  - diagnostisch:
    - initialer cCT 02.09.2017: unauffällig
    - cMRI 29.09.2017: Hämosiderin-Ablagerungen im Thalamus bds, Capsula externa rechts, subkortikal okzipital bds und im Kleinhirn, passend zu alten Blutungen, in erster Linie posttraumatisch.
2. Verdacht auf Medikamenten-Übergebrauch Kopfschmerzen, ED 11/2017
3. Koronare Zweigefässerkrankung
  - St.n. 2x-igem MCI 2009, 2010 und St. n. PTA
  - Minimal cardiac Injury 23.06.2008
  - cvRF: Arterielle Hypertonie, Adipositas, Nikotinabusus
4. St. n. rezidivierenden Episoden einer paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie
  - Status nach Radiofrequenzablation 2006
5. Arterielle Hypertonie, ED unbekannt
6. Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei
  - Vd.a. Partialläsion der Subscapularis-Sehne nach Schulterdistorsion rechts vom 24..09.2014

- St. n. Arthroskopie, Bizepssehnen-Tenotomie sowie transtendinöse Re-Fixation der Supraspinatus-Sehne vom 24.07.2013 bei Partialruptur
  - St. n. AC-Gelenksresektion und subacromialer Defilé-Erweiterung vom 27.11.2009 mit Tendinopathie der langen Bizeps-Sehne
  - Zerviko-Kranialalgie und rechtsseitige komplette Schulter Armschmerzsymptomatik mit Fremdgefühl Finger IV und V und Hypästhesie der gesamten rechten oberen Extremität bei steilgestellter HWS mit Diskusprotrusionen C5/6/7 und mediolateralem Diskusprolaps C6/7 links ohne erkennbare rechtsseitige Pathologie (MRI HWS 10.02.2016 ZGKS)
  - Hypästhesie des rechten Armes, beton an ulnarer Hand und Unterarm
7. Rezidivierende depressive Störung
- Derzeit keine depressive Episode
8. Alkoholabhängigkeit
- Letzter Alkoholentzug 11/2016

Im Austrittsbericht wird in der Beurteilung ausgeführt, neurologisch hätten nebst einer psychomotorischen Verlangsamung mit langsamem Redefluss und einer Hypomimie auch ein deutliches verlangsamtes Gangbild sowie eine Sensibilitätsminderung der rechten Körperhälfte (vorbestehend) im Vordergrund gestanden (Vi-act. 90-3/11). Im Rahmen des Aufenthaltes konnten verschiedene Fortschritte beobachtet werden (Körpergang, körperliche Ausdauer, Aufmerksamkeitsleistungen). Eine neuropsychologische Abklärung habe eine leichte kognitive Funktionsstörung (vor dem Hintergrund eines chronischen Alkoholüberkonsums) ergeben (Vi-act. 90-7/11). Zusätzlich bestehe beim Patienten eine psychosoziale Belastung (Vi-act. 90-3/11). In Bezug auf die berufliche Eingliederung wird im Austrittsbericht ausgeführt, aufgrund der kognitiven Defizite könne nicht ausgeschlossen werden, dass es bei der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit im zuletzt ausgeübten Berufsfeld zu Schwierigkeiten kommen könne. Zudem sei aus neuropsychologischer Sicht aktuell auch aufgrund der psychiatrisch-sozialen Vorgeschichte davon auszugehen, dass die Kombination von kognitiven Defiziten und psychiatrischer Symptomatik dazu führe, dass eine berufliche Wiedereingliederung mit dem Anforderungsprofil von den zuletzt ausgeführten Tätigkeiten derzeit nicht realistisch sei (Vi-act. 90-8/11).

**4.7** Mit Arztbericht zu Händen der IV vom 1. Februar 2018 diagnostizieren die Psychotherapeutin ... und der Psychiater Dr.med. K. \_\_\_\_\_, ..., beim Versicherten eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Zur Prognose wird im Bericht ausgeführt, die beim Versicherten vorhandenen psychiatrischen Störungsbilder hätten einen sekundären Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es werde davon ausgegangen, dass bei der

Verbesserung der psychosozialen Situation und des somatischen Zustandsbildes eine Stabilisierung der psychischen Gesundheit erreicht werden könne. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Vi-act. 91-4/6).

**4.8** Der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ führt mit Stellungnahme vom 26. März 2018 aus, das MEDAS-Gutachten sei nachvollziehbar und begründet. IV-relevant seien aus somatischer Sicht ein Schaden an der rechten Schulter und aus psychiatrischer Sicht eine Persönlichkeitsstörung. Nicht IV-relevant, da behandelbar, sei die schwere Alkoholabhängigkeit. Die nach der Begutachtung erlittene Schädelhirnkontusion habe gemäss Bericht der Zürcher Rehaklinik keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Folge. Das Resultat der neuropsychologischen Untersuchung vom November 2017 sei nicht verwertbar, da zu zeitnah zur chronischen Alkoholabhängigkeit durchgeführt (Vi-act. 92-8/9).

**4.9** Mit Bericht vom 12. Juli 2018 zu Händen der Hausärztin des Versicherten stellte Dr.med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, die Diagnose eines Status nach schwerem Schädelhirntrauma mit residuell schweren kognitiven Störungen. Das Ausmass der "shearing injuries" werde im MRI-Untersuchungsbericht 09/2017 nicht berücksichtigt (Vi-act. 109-3/3). Der Versicherte (welche sich selber zugewiesen hatte) habe sich von diesem Ereignis nur bedingt erholen können. Seine Tätigkeit als Manager bei der ABB (sic!) könne er nicht mehr ausüben und für den Haushalt brauche er Unterstützung. Die Einschränkungen seien auch im klinischen Kontakt gut nachvollziehbar. Bezüglich der Stimmung erscheine der Patient aktuell kompensiert. Eine Anpassung der IV-Rente sei notwendig (Vi-act. 109-3/3). Ergänzend fügte Dr.med. M. \_\_\_\_\_ mit Mail vom 19. Juli 2018 an, dass die Arbeitsunfähigkeit aus ihrer Sicht für sämtliche Tätigkeiten 100% betrage (Vi-act. 110-3/5).

**4.10** Mit Bericht vom 23. Juli 2018 nehmen die Hausärztin des Versicherten (Dr.med....) und der Psychotherapeut Dr.phil. ... zum aktuellen Psychostatus des Versicherten Stellung, wobei sie folgende Diagnosen stellen (vi-act. 110-4/5):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (F33.2)
- Panikattacken (F41.0)
- Wahnhaftige Störung (F22.0)
- Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (F60.0)
- Schädel-/Hirntrauma

Der Versicherte sei seit dem 26. März 2018 in psychotherapeutischer Behandlung. Im gegenwärtigen Zustand sei der Versicherte nicht in der Lage, eine Arbeitsintegration zu realisieren.

**4.11** Auf Zuweisung von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ wurde der Versicherte im Zeitraum vom 22. August bis zum 19. September 2018 während insgesamt fünf Terminen von lic.phil. N.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, untersucht. Gemäss der Neuropsychologin zeigten sich bei dem psychisch stark belasteten Patienten mit ausgeprägter depressiver Symptomatik und diversen Ängsten kognitive Defizite in allen geprüften Bereichen von insgesamt schwerer Ausprägung (Vi-act. 112-9/16). In Bezug auf die neuropsychologische Abklärung im RehaZentrum ... hielt lic.phil. N.\_\_\_\_\_ fest, dass in Anbetracht der kognitiven Beeinträchtigung in allen Funktionsbereichen mit Folgen der massiven Verlangsamung sowie der erheblich herabgesetzten Belastungsfähigkeit die damalige Einschätzung des Schweregrades zu optimistisch sei. Insbesondere die damals objektivierten Rechenprobleme seien vor dem Hintergrund der beruflichen Ausbildung des Versicherten mit akademischem Titel in Mathematik und Physik (sic!) zu wenig Gewicht verliehen worden. Auch sei die sehr geringe Belastbarkeit von maximal 45 Minuten zu wenig gewichtet worden. Bereits die damals festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen seien als mindestens mittelschwer einzustufen. Die festgestellten kognitiven Einbussen seien in erster Linie auf die am 2. September 2017 erlittene traumatische Hirnverletzung zurückzuführen. Zusätzliche Effekte durch den langjährigen übermässigen Alkoholkonsum und durch mögliche Mängeldurchblutungen des Gehirns im Rahmen der mehrfach erlittenen Herzinfarkte seien nicht auszuschliessen. Die kognitive Leistungsfähigkeit werde zudem zusätzlich durch die psychische Verfassung sowie die eingenommenen Medikamente im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen negativ beeinflusst (Vi-act. 112-11/16). Der Versicherte befinde sich nach wie vor in der medizinischen Behandlungsphase nach einer traumatischen Hirnverletzung. Ob eine berufliche Wiedereingliederung möglich sein werde, werde sich im Verlauf zeigen. Aufgrund der komplexen Komorbidität und der aktuell schweren neuropsychologischen Defizite sei eine Rückkehr an einen Arbeitsplatz wohl nur mit deutlichen Einschränkungen möglich (Vi-act. 112-12/16).

**4.12** Der RAD-Arzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ empfahl daraufhin am 30. Oktober 2018 eine fundierte neue gutachterliche Abklärung nach Abschluss der Rehabilitationsphase nach traumatischer Hirnverletzung, mithin ab ca. Anfang/Mitte 2019 (Vi-act. 114-12/12).

**4.13** Vom 6. November 2018 bis zum 5. Januar 2019 hielt sich der Versicherte zur Rehabilitation in der Klinik ..., auf. Dabei lag der Fokus auf einem kognitiven Funktionstraining und der Verbesserung der Stresstoleranz, wobei gemäss Austrittsbericht eine Besserung erzielt werden konnte. Auch in Bezug auf die Physiotherapie, Ergotherapie und die Logopädie wird von einer Besserung der Defizite

berichtet. In Bezug auf die geltend gemachten Kopfschmerzen wurde eine Änderung der Medikation vorgeschlagen. Der Patient sei motiviert, eine berufliche Reintegration anzugehen. Im fraglichen Zeitpunkt wurde allerdings keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt attestiert. Eine Evaluierung der Restarbeitsfähigkeit sei z.B. im Zentrum für Berufliche Abklärung, ZBA, ..., durchzuführen. Im Weiteren wurde festgehalten, dass keine Fahreignung gegeben sei. Eine neuropsychologische Testung fand nicht statt (Vi-act. 117).

**4.14** Auf Anfrage der IV-Stelle berichtete die Hausärztin Dr.med. O. \_\_\_\_\_ am 11. Februar 2019, dass der Versicherte sehr früh eine koronare Herzkrankheit mit Status nach Myokardinfarkt erlitten habe. In der Folge sei es zu Angstzuständen und verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit gekommen. Er habe seine Frau durch einen tragischen Unfall verloren. Es habe sich eine depressive Störung mit Panikattacken sowie wahnhaften Störungen und einer paranoiden Persönlichkeitsakzentuierung entwickelt. Im Rahmen einer Alkoholsuchtproblematik habe sich 2017 eine Hepatopathie entwickelt. Bis anhin habe keine vollständige Alkoholkarenz erzielt werden können. Seit dem Schädelhirntrauma von 2018 (recte: 2017) bestünden schwere kognitive Störungen. Der psychische Zustand sei labil. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. O. \_\_\_\_\_ aus, die kognitiven Defizite, die depressive Störung mit rezidivierenden paranoider Persönlichkeitsakzentuierung und die Panikattacken würden die Funktionsfähigkeit einschränken. Es bestünden aktuell keine Ressourcen zur Wiedereingliederung. Die Fahreignung sei nicht gegeben (Vi-act 121-3/34 ff.).

**4.15** Dr.med. M. \_\_\_\_\_ führte auf Anfrage der IV-Stelle mit Bericht vom 14. Februar 2019 aus, es bestünden weiterhin schwere kognitive Einschränkungen (v.a. Gedächtnisstörungen), eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sei nicht möglich, stundenweise sei allenfalls eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen möglich. Der Patient sei knapp in der Lage, den Haushalt zu führen (Vi-act. 122-4/13 f.).

**4.16** Der Psychotherapeut Dr.phil. ... attestierte dem Versicherten mit Bericht zu Händen der IV vom 13. März 2019 ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aktuell diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig, einen Status nach Panikattacken, einen Status nach wahnhafter Störung sowie ein Schädelhirntrauma (Vi-act. 123-4/6). Das zentrale Problem sei neurologischer Natur (Mangel an Energie, schnelle Ermüdung, starke motorische und kognitive Einschränkungen). Das depressive Befinden sei lediglich ein zusätzlicher Bereich (Vi.act. 123-6/6 und 123-5/6).

**4.17** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS ... vom 8. April 2020, welches wiederum unter Einbezug der Fachrichtungen Orthopädie, Kardiologie, Psychiatrie, Neurologie und Allgemeine Innere Medizin sowie zusätzlich der Neuropsychologie erstellt wurde, gelangten die Gutachter teilweise in Ergänzung und/oder in Abweichung zum Gutachten vom 2. Oktober 2017 zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 150-7/152):

- St. n. leichtgradigem Schädel-Hirn-Trauma am 02. September 2017
  - (...) mit dysfunktionalem Verlauf (Crescendo der Symptomatik nach ablehnendem Rentenbescheid 05/18)  
Aktuell mit Darstellung eines hochgradigen Krankenrollenverhaltens mit nichtauthentischen kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen und Visuokonstruktion, mit/bei Leistungsverzerrung im Sinne mindestens schwerer Aggravation und nichtauthentischer Sprach-/Sprechstörungen
- eingeschränkte Schulterbelastbarkeit bds bei/mit
  - rechts: (...)
  - links: Peritendinitis calcarea, AC-Gelenksarthrose, Mini-Läsion des Subscapularis (MRI vom 07.06.2019)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung  
Diese Diagnose wurde aus dem vorherigen MEDAS Gutachten übernommen. Bei der heute dargestellten Symptomatik, die ein schweres hirnorganisches Psychosyndrom vorgab, konnte eine dahinterliegende Persönlichkeitsstörung nicht sicher geschlossen werden und von daher wird die damalige Diagnose übernommen.
- Koronare Herzerkrankung
- Hypertensive Herzerkrankung

Die Herzerkrankungen wurden neu als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert. Bezüglich der Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden neu die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0), psychische Verhaltensstörung durch Alkohol (gegenwärtig abstinente) und anamnestisch eine episodische Migräne mit Aura aufgeführt (Vi-act. 150-7/153). Die weiteren Diagnosen stimmen mit denjenigen aus dem ersten Gutachten überein.

**4.17.1** Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ kann entnommen werden, dass neu (seit der Begutachtung von 2017) auch an der linken Schulter eine Beeinträchtigung besteht (Peritendinitis calcarea, AC-Gelenksarthrose, Mini-Läsion des Subscapularis, MRI v. 7.6.2019). Die Beschwerden in der rechten Schulter und die HWS-Beschwerden seien etwa geblieben. Aufgrund der vorbestehenden Probleme in der rechten und neu auch in der linken Schulter sei das Heben und Tragen von Lasten beidseits über 5 kg

nicht mehr zumutbar, ebenso Überkopfarbeiten sowie das Hantieren mit schlagenden oder vibrierenden Maschinen oder Arbeiten mit monotoner Haltung des Kopfes. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Betriebsleitung, vorwiegend in der Administration) sei der Versicherte weiterhin voll arbeitsfähig; Einschränkungen bestünden bezüglich der schweren Tätigkeit als Heizungsmonteur (bei der letzten Arbeitsstelle hätten diese Tätigkeiten einen Umfang von ca. 20% gehabt, weshalb eine Einschränkung in diesem Umfang attestiert wird). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 150-58/152, 150-56/152). Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung konnten keine Inkonsistenzen festgestellt werden (Vi-act. 150-57/152).

**4.17.2** Im allg. medizinisch-internistischen Teilgutachten führt Dr.med. P.\_\_\_\_\_ aus, es würden aus ihrer Sicht keine Befunde von versicherungsmedizinischer Relevanz vorliegen (Vi-act. 150-71/152).

**4.17.3** Der Neurologe Dr.med. J.\_\_\_\_\_ beschreibt in seinem Teilgutachten ausführlich und detailliert diverse auffällige Verhaltensweisen des Versicherten anlässlich der Begutachtung, welche keinem organischen Korrelat zugeordnet werden könnten; z.B. war er kaum in der Lage, Angaben zur Familie und zur beruflichen Situation zu machen; so wusste er den Namen der Tochter nicht, beruflich gab er an "irgendwas mit Heizung" gemacht zu haben ohne Erinnerung an konkrete Beschäftigungen, er konnte nicht sagen, ab wann er in der Schweiz lebt, ob er je verheiratet war und wo er geboren worden sei (vgl. Vi-act. 150-81/152, 150-84f./152). Im Gegensatz dazu war er in der Lage, detaillierte Angaben zum Krankheitsverlauf, zur Persönlichkeitsveränderung nach dem Schädelhirntrauma und zu den vorhandenen Beschwerden zu machen. Dr.med. J.\_\_\_\_\_ verweist dabei auch auf den nach dem Schädelhirn-Trauma vom 2. September 2017 medizinisch dokumentierten Verlauf und die medizinisch nicht erklärbar relevante Verschlechterung des Zustandes, welche nach dem negativen Vorbescheid vom Mai 2018 präsentiert wurde. Der Gutachter kommt dabei zum Schluss, dass in der Gesamtschau eine derart abstruse Leistungsverzerrung feststellbar sei, wie sie selbst für einen erfahrenen Gutachter selten in solcher Ausprägung anzutreffen sei. Selbst bei Status nach schwersten Schädel-Hirn-Traumata seien solche Phänomene in solcher Ausprägung praktisch nicht zu beobachten. Es werde ein massives Krankenrollenverhalten selektiv präsentiert. Das Störungsbild sei aber in keiner Weise mit den aktenkundig nur leichten traumaassoziierten Störungen erklärbar, auch wenn leichte traumaassoziierte Befunde gemäss MRI vorlägen. Diese hätten allenfalls aber für den Zeitraum von 1/2 Jahr gewisse Beeinträchtigungen erklärt, allerdings in geringer Ausprägung und ohne die präsentierte Zunahme der Schwere der Symptomatik. Insgesamt

sei das hochauffällige Verhalten als nicht authentisch zu beschreiben und würde teilweise sogar die Kriterien einer Simulation erfüllen. Sofern eventuell gewisse neurologische und neuropsychologische Störungen bestanden haben sollten, könnten diese angesichts des Verhaltens des Versicherten nicht hinreichend abgegrenzt werden. Der Versicherte vermittele das Bild einer schwerstgradigen Pseudodemenz, dem selbst die komplette biographische Erinnerung abhandengekommen zu sein scheine, andererseits würden ordentliche Funktionen des Kurzzeitgedächtnisses bestehen. Ein schweres Schädelhirntrauma habe entgegen der Diagnose von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ nie bestanden. Es seien nach dem Trauma denn auch nur leichte kognitive Störungen festgestellt worden, wobei diese in Bezug zum Alkoholkonsum gestellt worden seien. Die nach dem negativen Vorbescheid involvierten medizinischen Fachpersonen würden die offensichtlichen Inkonsistenzen nicht reflektieren und vermöchten die schwerwiegende Verschlechterung des Zustandes im Zeitverlauf nicht zu erklären. Das Bestehen von multiplen kleinen Shearing-injuries sei nicht gleichzusetzen mit einem schweren Schädelhirntrauma und sie würden keine langdauernde schwere kognitive Störungssymptomatik verursachen. Ob allenfalls leichte objektive neurologische Störungen bestünden, lasse sich angesichts des schwergradig verzerrten Leistungsbildes nicht sicher abgrenzen. Medizinisch-theoretisch könne aber davon ausgegangen werden, dass allenfalls leichte kognitive Störungen nicht auszuschließen seien, welche aber über Adaptionkriterien ausgleichbar sein sollten. Selbst bei Annahme leichter kognitiver Einschränkungen seien zumindest einfach strukturierte Arbeiten ohne erhöhten psychomentalen Arbeitsstress zumutbar. Ansonsten seien aus neurologischer Sicht keine objektivierbaren Defizite vorhanden. Es könne eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70% in der angestammten Tätigkeit angenommen werden (unter Einbezug auch der fachübergreifenden psychiatrisch und neuropsychologischen Befunde).

**4.17.4** Der Psychiater Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ führt in seinem Teilgutachten aus, der Versicherte habe sich an wesentliche Lebensdaten nicht erinnern können. Zu seinen behandelnden Ärzten und der aktuellen Medikation habe er aber präzise Angaben gemacht (Vi-act. 150-109/152). Gestützt auf die Labor-Untersuchung vom 24. September 2019 scheine der Versicherte die angegebenen Medikamente (abgesehen von Venlafaxin) überhaupt nicht einzunehmen (Vi-act. 150-111/152). Diagnostiziert wurde (neben der bereits im vorgängigen MEDAS-Gutachten bestehenden kombinierten Persönlichkeitsstörung, welche aktuell nicht sicher ausgeschlossen werden konnte) eine Entwicklung körperliche Symptome aus psychischen Gründen (F68.0); diese Diagnose sei zu wählen, da es für das demonstrierte Beschwerdebild des Versicherten keinerlei Korrelat gebe. Er demonstriere ein schweres hirnorganisches Psychosyndrom, basierend auf

einem Sturz vom 2. September 2017. Im MRI hätten sich zwar multiple kleine intracerebrale Blutungen gezeigt, aber weder der Austrittsbericht des Reha-Zentrums Zürich vom 7. Dezember 2017 einschliesslich der neuropsychologischen Untersuchung rechtfertigten die heute dargestellte Symptomatik. Auch das völlig verlorene Langzeitgedächtnis korreliere nicht mit dem gut erhaltenen Kurzzeitgedächtnis (Vi-act. 150-113/152). Zu den Fähigkeiten und Ressourcen des Versicherten führte Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ aus, aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung könne davon ausgegangen werden, dass dieser nur eingeschränkt in der Lage sei, bedeutende Entscheidungen zu treffen und durchzusetzen. Er sei auch aktuell nicht ausreichend flexibel und umstellungsfähig. Aufgrund der bereits früher festgestellten Persönlichkeitsstörung sei von der bereits seinerzeit attestierten Leistungsminderung in der bisherigen Tätigkeit von 30% auszugehen. Für eine angepasste Tätigkeit mit niedrigem Verantwortungsniveau, eingeschränkter Personalverantwortung und verminderter Stressbelastung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 150-115/152).

**4.17.5** Im kardiologischen Teilgutachten (Dr.med. R. \_\_\_\_\_) wird ausgeführt, die seit Jahren bekannte koronare Herzerkrankung habe im Alltag zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung geführt. Generell müsse jedoch von einer kardial mitbedingten Reduktion der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Eine Spiroergometrie und ein Langzeit-EKG hätten nicht durchgeführt werden können, da der Versicherte sich dazu nicht in der Lage sah, was nicht nachvollziehbar sei (Vi-act. 150-124/152). Für leichtere Tätigkeiten ohne körperliche Belastung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Schwere bis mittelschwere Arbeiten könnten hingegen nicht ausgeübt werden. Die bisherige Tätigkeit, welche zu 80% administrative Arbeiten und zu 20% handwerkliche Tätigkeiten umfasst habe, sei im Umfang von 80% (administrativer Anteil) zumutbar (Vi-act. 150-125/152).

**4.17.6** Die neuropsychologischen Gutachter (M.Sc. .. und lic.phil. S. \_\_\_\_\_) führen in ihrem Teilgutachten u.a. aus, der Versicherte habe bei er Begutachtung zwar bis zu teilweise schwer defizitäre Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Visuokonstruktion gezeigt. Ebenfalls gebe es Hinweise auf eine Neglectsymptomatik rechts. Allerdings sei die Validität dieser Minderleistungen eingeschränkt, d.h. die gezeigten Leistungen würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprechen. Die Anstrengungsbereitschaft sei reduziert gewesen (Vi-act. 150-142/152).

Im Rahmen des erlittenen Schädelhirntraumas seien durchaus kognitive Einschränkungen denkbar. Weiter seien auch Einflüsse auf die Kognition durch Schmerzen und langjährigem Alkoholkonsum denkbar. Das gezeigte Ausmass

übersteige jedoch das theoretisch mögliche. Vergleichbare Patientengruppen zeigten deutlich bessere Ergebnisse. Doch auch wenn tatsächlich echte kognitive Einschränkungen bestünden, könnten diese weder die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren noch die Diskrepanzen erklären (Vi-act. 150-143/152). So seien die Leistungen des Versicherten in einem Validierungsverfahren vergleichbar mit Personen, welche gebeten worden seien, Einschränkungen zu simulieren oder mit Personen, welche an einer stark fortgeschrittenen Demenz litten. Die Leistungen seien deutlich schlechter gewesen, als diejenigen von Personen mit schwere Hirnverletzung, schweren Depressionen oder genuinen Gedächtniseinschränkungen. Gewiss Tests mussten abgebrochen werden (Vi-act. 150-144/152). Entsprechend konnte kein valides Testprofil erhoben werden; es hätten sich diverse Inkonsistenzen und auffällige Leistungen in den Validierungsverfahren gezeigt. Ob dieses Verhalten bewusstseinsnah oder -fern sei, oder eine Mischung aus beidem, sei psychiatrischerseits zu beurteilen. Der Schweregrad der präsentierten Einschränkungen und die Vergleiche mit Patientengruppen liessen jedoch auf eine bewusste Leistungsverzerrung schliessen (Vi-act. 150-145/152).

**4.17.7** In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird u.a. auf ein aggravorisches Verhalten hingewiesen (Vi-act. 150-6/152):

Betrachtet man jedoch das aktuelle Erscheinungsbild des Versicherten, so sind teilweise abstruse und in keiner Weise einer hirnorganischen Störung zuzuschreibende Verhaltensauffälligkeiten und Befundinkonsistenzen feststellbar, dass dies ein dieser beschriebenen und dargestellten Form mindestens als schwerstgradige Aggravation und negative Antwortverzerrung zu bewerten sind und teilweise schon Kriterien der Simulation nichtauthentischer Symptome erfüllt

Dieses zeigt sich sowohl im neurologischen, aber auch neuropsychologischen und auch psychiatrischen Gutachten.

Angaben des Versicherten, er erinnere weder wo er geboren und aufgewachsen sei, erinnere nicht ob er verheiratet gewesen sei und ob er überhaupt Kinder habe, sind schlichtweg unglaubwürdig und in keiner Weise organisch-neurologisch begründbar.

Andererseits erinnert er sehr detailreich Sachverhalte, wenn es darum geht, Gesundheitsstörungen zu beschreiben. Das Kurzzeitgedächtnis erscheint zumindest aus psychiatrischer und neurologischer Sicht eben nicht eingeschränkt. Ein solches Störungsmuster ist mit dem erlittenen nur leichten SHT sicher nicht erklärbar.

Ausserdem ergeben sich klare Diskrepanzen auch in der Schilderung dieser subjektiven so hochgradigen expliziten Erinnerungsinhalte wenn man die Gutachten vergleicht, z.B. im kardiologischen Gutachten, wo er durchaus sehr detailliert zu Kinderkrankheiten und Biografie und medizinischem Verlauf Auskunft zu geben in der Lage ist.

Neben dem sind aber auch Sprach-/Sprechstörungen initial themenabhängig erkennbar, welche sich bei Ablenkung verlieren. Sensible Störungen sind exakt mittellinienbezogen, was ebenfalls nicht organisch begründbar ist.

Insgesamt seien im Rahmen der aktuellen Begutachtung erhebliche Inkonsistenzen feststellbar, welche mindestens als schwerstes aggravatorisches Verhalten zu werten seien. Dieses höchst inkonsistente Verhalten habe aber diverse medizinische Beurteilungen beeinflusst, weshalb es zu nicht plausiblen Bewertungen der Arbeitsfähigkeit gekommen sei, zumal eine depressive oder affektive Störung derzeit nicht objektiviert werden könne, der Alkoholkonsum kontrolliert sei, keine Hinweise auf neurologische alkoholtoxische Folgeschäden bestünden und kaum Medikamente eingenommen würden. Es sei anzunehmen, dass das hochgradig inkonsistente Verhalten auf der Grundlage der medicolegalen Kontextsituation zu erklären sei. Der Versicherte sei bereits im Vorgutachten durch seine Persönlichkeitsaspekte mit narzisstischen, aber auch antisozialen Zügen aufgefallen und habe schon damals deutliche Inkonsistenzen gezeigt. Die enge zeitliche Korrelation des auffälligen Symptomshifts nach Bekanntgabe des ablehnenden Rentenvorbescheids vom Mai 2018 mache diese Zusammenhänge plausibel. Die Diskrepanz zwischen den Bewertungen der extern behandelnden Ärzte ergibt sich gemäss den MEDAS-Gutachtern aus den unterschiedlichen Rollen. Es sei gerade Aufgabe der Gutachter, die Inkonsistenzen zu bestimmen und abzugrenzen und dürfe nicht mit vermeintlicher Vorurteilsbildung verwechselt werden (Vi-act. 150-6/152 und 150-7/152).

Zur Arbeitsfähigkeit wird in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ausgeführt, der Versicherte habe eine Managementausbildung absolviert, da er in seinem alten Beruf nicht mehr arbeiten können. Zuletzt sei er Betriebsleiter gewesen (80% administrativ, 20% handwerklich). Nach dem Konkurs der Firma 2015 habe er seine Stelle verloren. Aktuell sei für die bisherige Tätigkeit unverändert zum Vorgutachten von einer Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen. Für eine angepasste Tätigkeit im Rahmen einer leichten, nicht schulterbelastenden Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (Vi-act. 150-10/152).

**4.18** Der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten der MEDAS ... als nachvollziehbar und schlüssig, dies auch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (70% in der angestammten Tätigkeit, 100% in einer angepassten Tätigkeit, Vi-act. 152).

**4.19** Nach Vorliegen des Vorbescheides reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme seines Psychotherapeuten (Dr.phil. ...) vom 17. Juni 2020 ein. Dieser führt dabei aus, dass der Versicherte an einem komplexen Krankheitsbild mit einer Persönlichkeitsstörung, Alkoholgeschichte, Depression, koronarer

Herzkrankheit mit mehreren Herzinfarkten, eingeschränkten chronischen Schulterbelastbarkeit und chronischen Schulterschmerzen und einem Schädelhirntrauma mit Hirnblutungen und kognitiven Störungen leide. Im Gutachten werde nur die neurologische Seite des Schädelhirntraumas beleuchtet, psychologische Folgen würden unberücksichtigt bleiben. Das Ereignis habe den Versicherten mit seiner narzisstischen Persönlichkeitsstörung bis aktuell belastet. Auch der negative IV-Vorbescheid sei ein einschneidendes Ereignis gewesen, welches öfters ein Crescendo an Beschwerden auslöse. Dabei handle es sich um keine Aggravation. Der Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und antisozialen Anteilen werde zu wenig Beachtung geschenkt. Der Versicherte habe Dr.med. J.\_\_\_\_\_ als dominant erlebt und dass dieser zweimal den Raum verlassen habe, um sich mit dem Psychiater zu besprechen, habe ihn verunsichert. Die Motivation zur Kooperation habe darunter gelitten. Den Psychiater Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ habe der Versicherte als respektlos erlebt. Er sei blockiert gewesen. Dadurch sei das psychiatrische Gutachtergespräch ergebnislos geblieben. Alle behandelnden Ärzte hätten eine Depression diagnostiziert; es sei vermessen, all diesen Fachleuten eine Fehldiagnose zu unterstellen. Es bleibe auch unklar, in welchem Ausmass die neurologischen Störungen, das depressive Zustandsbild und die koronare Herzkrankheit zu der stets vorhandenen Müdigkeit und Verunsicherung des Patienten führten. Die Befundinkonsistenzen würden zu Unrecht auf eine Aggravation zurückgeführt. Das Leistungsverhalten des Versicherten sei stark von der Beziehung zum jeweiligen Gutachter abhängig. Bei Vorliegen einer leichten Respektlosigkeit oder Verletzung von Regeln blockiere der Versicherte. Dabei spiele die narzisstische Persönlichkeitsstörung eine grosse Rolle. Die depressive Störung und die Persönlichkeitsstörung würden im Gutachten zu Unrecht ignoriert. Auch gegenwärtig leide der Versicherte an einer mittelgradigen bis schweren Depression. Er sei nicht einmal im Stande, seinen Haushalt eigenständig zu erledigen.

**4.20** Am 28. August 2020 wurde der Versicherte durch Dr.med. T.\_\_\_\_\_ an der linken Schulter operiert mit der Hauptdiagnose einer cranialen Ruptur der Subscapularissehne (Vi-act. 170-10/13). Die neu auch an der linken Schulter bestehenden Schmerzen konnten dadurch allerdings nicht reduziert werden (Vi-act. 170-8/13).

**4.21** Auf Ersuchen der IV-Stelle nahm der psychiatrische Teilgutachter Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 18. Februar 2021 zu den Einwendungen von Dr. ... Stellung. Dabei führte er aus, dass der Versicherte sich bei der psychiatrischen Untersuchung weder eingeschüchtert noch depressiv gezeigt habe. Vielmehr habe er sich der Exploration weitgehend mit der Behauptung entzogen, er

könne sich nicht erinnern. Andererseits habe er sich an Dinge im Zusammenhang mit seiner Krankheit sehr gut erinnern können (z.B. eingenommene Medikamente). Der Versicherte habe den Gedächtnisverlust bewusst eingesetzt, um den Gutachter zu täuschen. Sein gezieltes Vorgehen lasse auf starke Persönlichkeitsanteile schliessen, welche eine depressive Störung nahezu ausschliessen würden. Die Annahme, dass das leichte Schädelhirntrauma den Versicherten tief erschüttert habe, erscheine absurd (Vi-act. 166).

**4.22** Der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ qualifizierte die Stellungnahme von Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 22. Februar 2021 als schlüssig. Die sinn-gemässe Argumentation von Dr. Wicki, der Versicherte könne sich aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung gar nicht anders als manipulativ und nicht authentisch verhalten, stimme nicht. Persönlichkeitsstörungen würden seit der Adoleszenz bestehen. Früher sei der Versicherte erfolgreich beruflich tätig gewesen; er könne sich also sehr wohl auch anders präsentieren. Das demonstrierte Verhalten weise sogar auf sogenannte Ausschlussgründe für IV-Leistungen hin (Vi-act. 168).

**4.23** Auf Anfrage der IV-Stelle hin führte Dr.med. T. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 9. April 2021 aus, die fortbestehenden Schmerzen an der linken Schulter seien einem chronischen Schmerzsyndrom zuzuschreiben. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde diesbezüglich nicht attestiert. In Bezug auf eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. T. \_\_\_\_\_ allerdings aus, diese sei wegen des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas schlecht, wobei diesbezüglich keine näheren Angaben gemacht werden könnten (Vi-act. 170-3/13).

**4.24** Im Rahmen des Verfahrens vor Verwaltungsgericht reichte der Versicherte eine weitere Stellungnahme des Psychotherapeuten Dr. ... vom 27. September 2021 ein (Bf-act. 2). In dieser führt Dr. ... sinngemäss aus, der aggressive Tonfall des begutachtenden Psychiaters habe beim Versicherten Erinnerungen an stark traumatisierende Verhöre während seines Militärdienstes an der Berliner Mauer hervorgerufen. Während des Militärdienstes sei er auch gefoltert worden. Der Psychiater habe die traumatischen Erinnerungen "getriggert". Der begutachtende Psychiater habe zudem während des Gespräches dauernd in den Unterlagen geblättert und habe den Eindruck hinterlassen, nicht vorbereitet zu sein. Die Blutspiegelmessung sei erst am 24. September 2019 erfolgt, mithin drei Wochen nach der Begutachtung in .... In dieser Zeit habe der Versicherte gewisse Medikamente wegen Nebenwirkungen nicht mehr eingenommen. Immerhin sei ersichtlich, dass er das Medikament Venlafaxin eingenommen habe. Ohne Depression würde er dieses Medikament nicht vertragen. Die Depression würde die

weiteren Beschwerden (Schulterschmerzen, kognitive Einschränkungen, Herzprobleme, Müdigkeit) verstärken. Aufgrund seiner multiplen Beschwerde habe der Versicherte keine Chancen auf eine Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt.

**5.1.1** Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, auf das Gutachten der MEDAS ... vom 8. April 2020 könne wegen Voreingenommenheit zweier Gutachter nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Gutachter Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ und der neurologische Gutachter Dr.med. J.\_\_\_\_\_ hätten während der Begutachtung mehrmals miteinander gesprochen. Zudem sei Dr.med. ... in aggressivem Ton aufgetreten, wodurch er eingeschüchtert und blockiert worden sei und wodurch ein Trauma (Verhör unter Folter während dem Militärdienst an der Berliner Mauer) bei ihm reaktiviert worden sei.

**5.1.2** Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1; BGE 120 V 364 E. 3). Das Verhalten eines Sachverständigen, wozu auch seine Äusserungen gegenüber einer Partei gehören (Urteil 8C\_781/2010 vom 15. März 2011 E. 7.1), kann den Anschein der Befangenheit begründen, wenn daraus nach objektiver Betrachtung inhaltlich oder durch die Art der Kommunikation auf besondere Sympathien oder Antipathien oder auf eine Ungleichbehandlung der Prozessbeteiligten geschlossen werden kann (Urteil 8C\_491/2020 vom 27.11.2020 E. 7.3 mit Hinweis).

**5.1.3** Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Ausstands- und Befangenheitsgründe umgehend geltend zu machen sind, d.h. grundsätzlich sobald die betroffene Person Kenntnis von den entsprechenden Tatsachen erhält. Wer den Mangel nicht unverzüglich vorbringt, wenn er davon Kenntnis erhält, sondern sich stillschweigend auf ein Verfahren einlässt, verwirkt den Anspruch auf spätere Anrufung der

vermeintlich verletzten Ausstandsbestimmung (BGE 143 V 66 Erw. 4.3, 138 I 1 Erw. 2.2.; Urteil BGer 8C\_41/2019 v. 9.5.2019 Erw. 4.2). Unverzüglich bedeutet ein Geltendmachen binnen maximal sechs bis sieben Tagen; ein zwei- bis dreiwöchiges Zuwarten ist bereits unzulässig (Urteil BGer 8C\_41/2019 v. 9.5.2019 Erw. 4.2).

In casu wurde der Versicherte vom Psychiater und vom Neurologen am 5. September 2019 untersucht. Es ist nicht aktenkundig und wird auch nicht geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer nach den Untersuchungen eine Befangenheit der beiden Gutachter gerügt hätte oder dass er zumindest Einwände gegen ihr Verhalten anlässlich der Begutachtung geäussert hätte. Anhaltspunkte für eine "Retraumatisierung" während der psychiatrischen Begutachtung ergeben sich ebenfalls nicht aus den medizinischen Akten. Solches wird im Übrigen erst im Rahmen der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde vom 4. Juni 2021 erstmals geltend gemacht, mithin fast zwei Jahre nach der Begutachtung.

Die Rüge der Befangenheit ist somit grundsätzlich verspätet. Im Übrigen sind sowohl das neurologische als auch das psychiatrische Gutachten in sachlichem Ton abgefasst. Dass in den Gutachten auf inkonsistentes und auffälliges Verhalten hingewiesen wird, gehört zur Aufgabe der Begutachtung. Nicht zu beanstanden ist im Übrigen der Umstand, wonach die beiden Gutachter sich während der Exploration ausgetauscht haben. Die Vorinstanz verweist vernehmlassend zu Recht auf den Begutachtungsauftrag, welcher eine abschliessende Konsensbeurteilung verlange. Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4). Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (Urteil BGer C\_560/2018, 8C\_618/2018 v. 17.5.2019 Erw. 5.1 m.H.). Es gehört mithin gerade zur Aufgabe der begutachtenden Fachärzte, sich mit den weiteren Gutachtern zu besprechen um dadurch zu einer Konsensbeurteilung zu gelangen. Soweit solche Besprechungen bereits während der Exploration erfolgen, ist dies nicht zu beanstanden.

**5.2.1** Der Beschwerdeführer macht des Weiteren geltend, im MEDAS Gutachten werde ignoriert, dass alle behandelnden Ärzte eine Depression diagnostiziert hätten. Der Beschwerdeführer verweist diesbezüglich insbesondere auf die Stellungnahme des Psychotherapeuten Dr. .... Der psychiatrische Teilgutachter thematisiere eine depressive Störung nicht einmal und er setze sich diesbezüglich nicht bzw. nicht genügend mit den Vorakten auseinander. Im Rahmen der Mes-

sung des Medikamentenspiegels sei zudem nicht die aktuelle Medikation berücksichtigt worden. Er habe einige Medikamente aufgrund der Nebenwirkungen abgesetzt.

**5.2.2** In der Psychiatrischen Klinik ..., wo der Versicherte am 28. November 2016 für mehrere Wochen behandelt wurde, wurde eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Im Anschluss an die Behandlung in der Klinik ... wurde der Versicherte durch den Psychiater Dr.med. ...(MEDAS ...) begutachtet (wobei die Exploration des Versicherten noch vor dem Klinikaufenthalt erfolgt ist, das Gutachten aber in Kenntnis des Austrittsberichts der Klinik ... verfasst worden ist). Bereits damals verneinte Dr.med. ... das Vorliegen einer depressiven Erkrankung bzw. einer primären affektiven Störung. Vielmehr seien affektive Symptome im Rahmen der Alkoholproblematik aufgetreten (Vi-act. 77-39/70). Ab dem 25. April 2017 war der Versicherte bei ... in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Dort wurde die Diagnose einer depressiven Störung übernommen, im Bericht vom 1. Februar 2018 wurde jedoch von einer gegenwärtig leichten Episode gesprochen und den psychischen Diagnosen wurde kein Einfluss bzw. ein lediglich sekundärer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. In der Folge wurde die Therapie bei ... vom Versicherten abgebrochen und der Versicherte war dann ab März 2018 beim Psychotherapeuten Dr. ... in Behandlung, welcher zusammen mit der Hausärztin des Versicherten wiederum eine rezidivierende depressive Störung diagnostizierte. Im Rahmen der zweiten Begutachtung durch den Psychiater Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ erwies sich die Gesprächsführung als schwierig, da der Versicherte zu vielen Fragen keine Antwort gab bzw. angab, sich nicht erinnern zu können. Gleichzeitig warf er dem Gutachter vor, nicht vorbereitet zu sein, als sich dieser zu verschiedenen Nachfragen veranlasst sah (vgl. Vi-act. 150-107/152; 150-110/152). Auch anlässlich der zweiten Begutachtung wurde keine depressive Erkrankung diagnostiziert. Der Gutachter qualifiziert die Präsentation des Versicherten anlässlich der Begutachtung als "erhebliche Ich-Leistung", welche diesen auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erheblichen Leistungen befähige (Vi-act. 150-114/152). Auf Nachfrage der Vorinstanz legte der Gutachter im Weiteren nachvollziehbar dar, dass das gezielt präsentierte Auftreten anlässlich der Begutachtung eine depressive Störung nahezu ausschliesse (Vi-act. 166). Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung wird allerdings auch von Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ nicht verneint; diagnostiziert wird allerdings wie bereits im Rahmen der ersten Begutachtung keine depressive Erkrankung, sondern einzig eine Persönlichkeitsstörung (übereinstimmend mit der Diagnose der ersten psychiatrischen Begutachtung durch Dr.med. ...). Die beiden psychiatrischen Gutachter stimmen mithin in der Diagnosestellung überein. Der Gesundheitszustand des Versicherten im Rahmen der Hospitalisation in der Psychiatrischen

Klinik ... war stark geprägt durch den damals bestehenden schädlichen Alkoholkonsum. Zwar wurde damals eine Medikation mit einem Antidepressivum initiiert, der Versicherte nahm das Medikament allerdings nicht ein (Vi-act. 70-2/8), was gegen das Vorliegen einer belastenden depressiven Erkrankung im damaligen Zeitraum spricht. Ein schädlicher Alkoholkonsum besteht aktuell unstreitig nicht mehr, was ebenfalls gewisse Differenzen in der Diagnosestellung zu erklären vermag. Im Rahmen der weiteren psychiatrischen Behandlung bei ... konnte eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende depressive Erkrankung nicht mehr festgestellt werden. Insofern besteht in Bezug auf die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit kein Widerspruch zwischen der Einschätzung der psychiatrischen Gutachter und den behandelnden Ärzten und Therapeuten der .... Ein Widerspruch besteht einzig zur Einschätzung der Hausärztin sowie des Psychotherapeuten Dr. ..., allerdings mass auch Dr. ...i der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung in seinem Bericht von 13. März 2019 noch keine Relevanz zu. Als zentrales Problem wurde vielmehr die neurologische Beeinträchtigung erachtet (Vi-act. 123-6/6, und 123-5/6). Des Weiteren ist anzumerken, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine abweichende Beurteilung der behandelnden medizinischen Fachpersonen ein psychiatrisches Gutachten in der Regel nicht zu entkräften vermag (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5). Zudem verfügen Dr. ... und die Hausärztin nicht über einen entsprechenden Facharztstitel und sind damit mangels fachlicher Ausbildung nicht in der Lage, die überzeugende Einschätzung des psychiatrischen Experten in Zweifel zu ziehen. Die Diagnosestellung ist Sache des (begutachtenden) Facharztes (vgl. dazu BGE 140 V 193 Erw. 3.2; 130 V 352 Erw. 2.2.2; Urteile BGer 8C\_ 584/2018 v. 18.11.2018 Erw. 4.1.1.2, 8C\_241/2018 v. 25.9.2018 Erw. 7.4).

Gegen das Vorliegen einer schwereren, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden depressiven Erkrankung spricht grundsätzlich auch das Ergebnis der Messung des Medikamentenspiegels. Der Serumspiegel wurde gestützt auf eine aktuelle Medikamentenliste der Hausärztin vom 15. Juli 2019 (Vi-act. 150-35/152) am 24. September 2019 untersucht (vgl. Vi-act. 150-78/152). Von den sechs untersuchten Wirkstoffen (drei Antidepressiva, zwei Wirkstoffe gegen Schmerzen, ein Prophylaxemittel gegen Migräne) war einzig der Wirkstoff des Medikamentes Vanlafaxin (Antidepressivum) nachweisbar, allerdings war diesbezüglich das Resultat nicht eindeutig (betr. möglicher Ursachen vgl. Vi-act. 150-78/152 FN 10). Der Einwand des Versicherten, er habe die Medikamente wegen schwerer Nebenwirkungen abgesetzt, ist nicht glaubhaft. Die Vorinstanz weist vernehmlassend zu Recht darauf hin, dass der Versicherte im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung vom 15. Juli 2019, der kardiologischen Untersuchung vom 12. September 2019 und der neuropsychologischen Untersuchung vom 24. Sep-

tember 2019 die Einnahme der fraglichen Medikamente noch bestätigt bzw. die entsprechende Medikamentenliste vorgelegt habe (vgl. Vi-act. 150-10/152, 150-121/152 und 150-139/152). Auch im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 5. September 2019 führte der Versicherte aus, dass er die Medikamente gemäss Plan täglich einnehme (Vi-act. 150-85/152). Er erwähnte weder unerwünschte Nebenwirkungen noch ein Absetzen gewisser Medikamente. Auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legt er mit keinem Wort dar, welche Nebenwirkungen ihn zum Absetzen der diversen gegen Schmerzen und Depressionen verschriebenen Medikamente kurz vor der neuropsychologischen Abklärung bewogen haben sollen. Zudem wurden die fraglichen Medikamente bzw. Wirkstoffe gemäss den medizinischen Akten teilweise bereits seit mehreren Jahren (betr. Tramadol: Austrittsbericht PKZ v. 12.6.2017, Vi-act. 70-2/8) bzw. zumindest seit über einem Jahr (betr. Amitriptylin/Saroten und Remeron/Mirtazapin, Berichte Hausärztin v. 23.7.2018 und Dr.med. M. \_\_\_\_\_ v. 12.7.2018, Vi-act. 110-5/5 und 109 2/3) verschrieben.

Bei der Beweiswürdigung ist sodann zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin 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 (Urteile 8C\_28/2021 vom 9.4.2021 Erw. 4.2; 8C\_720/2020 vom 8.1.2021 Erw. 4.2; 8C\_107/2020 vom 17.4.2020 Erw. 4.1.3; je mit Hinweisen).

Insgesamt spricht der Umstand, dass die psychiatrischen Gutachter der MEDAS keine depressive Erkrankung diagnostiziert haben, nicht gegen die Verwertbarkeit dieser Gutachten.

**5.3.1** Der Beschwerdeführer erachtet das MEDAS-Gutachten auch insofern als mangelhaft, als darin von Aggravation ausgegangen werde, was nicht begründet sei. Eine Aggravation sei nicht rechtsprechungsgemäss festgestellt worden. Der Psychiater Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ setze sich nicht genügend mit abweichenden Beurteilungen anderer medizinischer Fachpersonen auseinander. Die Vorberichte würden gegen das Vorliegen einer Aggravation sprechen (insbesondere die neuropsychologische Beurteilung von Dr. ..., gemäss welcher die Testergebnisse der Symptomvalidierung unauffällig gewesen seien). Auch im neuropsychologischen Teilgutachten vom 30. September 2019 würden sich die Gutachter nicht mit den divergierenden Schlussfolgerungen von Dr. ... und dem Austrittsbericht des RehaZentrums ... auseinandersetzen. Unberücksichtigt geblieben sei zudem

die Biographie des Versicherten und das während des Militärdienstes erlittene Trauma.

**5.3.2** Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, *soweit* die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 Erw. 2.2.1).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 Erw. 2.2.2; Urteil BGer 8C\_418/2021 v. 16.9.2021 Erw. 6.1 m.H.).

**5.3.3** Vorliegend wurde bereits im Rahmen der ersten MEDAS-Begutachtung auf eine Aggravation hingewiesen (Vi-act. 77-22/70). Im zweiten MEDAS-Gutachten wird dann gestützt auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung einerseits und die Beobachtungen anlässlich der neurologischen und der psychiatrischen Begutachtung (teilweise auch anlässlich der kardiologischen Begutachtung) andererseits auf eine schwerstgradige Aggravation geschlossen. Eine psychische Erkrankung haben die Gutachter dennoch nicht ausgeschlossen, sondern vielmehr eine Persönlichkeitsstörung mit die Arbeitsfähigkeit reduzierenden Auswirkungen anerkannt. Die Gutachter stützen sich bei ihrer Schlussfolgerung auf zahlreiche Inkonsistenzen und unglaubwürdige Angaben des Versicherten, welche in den Gutachten dargelegt werden. Auch aus den weiteren medizinischen Akten ergeben sich zahlreiche Hinweise für Inkonsistenzen und unglaubwürdige Angaben. So stimmen etwa die Angaben, welche der Versicherte im Rahmen der biografischen Anamnese (inkl. Sozial- und Berufsanamnese) im Rahmen der ersten MEDAS-Begutachtung machte, mit den aktenmässig erstellten Daten überein (Lehre als Heizungsmonteur, Vi-act. 4, in der Schweiz seit 2006 als Heizungsmonteur tätig, zuletzt als Projekt-/Betriebsleiter, Kündigung

wegen Konkurs der Firma, Vi-act. 9, 12). Als glaubwürdig erscheinen auch die damals gegenüber mehreren Ärzten übereinstimmend gemachten biographischen Angaben (kein Kontakt mehr zu den Eltern, schwierige Kindheit, eine Tochter aus früherer Ehe, alleinstehend, kein Kontakt zu Tochter, vgl. Vi-act. 77-30/70 f., 77-42/70, 77-49/70). Im weiteren Verlauf, d.h. nachdem das erste MEDAS-Gutachten im Oktober 2017 ergangen ist, änderten sich die diesbezüglichen Angaben jedoch grundlegend. Bereits die behandelnden medizinischen Fachpersonen der ... führen in der Anamnese aus, der Versicherte kenne seine Verwandtschaft nicht, sei bei den Grosseltern aufgewachsen, habe ein Studium in Management abgeschlossen, habe vier Herzinfarkte erlitten und im Herbst 2016 zwei Suizidversuche unternommen (Vi-act. 91-3/6). Suizidversuche werden allerdings im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik ... nirgends erwähnt, vom Versicherten wurden damals lediglich Suizidgedanken angegeben (Vi-act. 68-1/3, 70-4/8). Eine Management-Ausbildung ist ebenfalls nicht aktenkundig. Im Bericht von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ fällt dann auf, dass diese zum Schluss kommt, der Versicherte könne "seiner Tätigkeit im Management der ABB in einer Kaderfunktion mit 25-30 Personen" nicht mehr nachkommen. Der Versicherte gab gegenüber Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zudem an, er verstehe geschriebene Texte nicht; aus den Akten ergibt sich allerdings auch für den fraglichen Zeitraum, dass er in der Lage war, den Vorbescheid vom 2. Mai 2018 und vom 29. April 2020 zu verstehen und er auch in der Lage ist, gut formulierte Texte zu verfassen (vgl. z.B. Vi-act. 102, 110-1/5, 131, 139-1/3, 160). Auch gab er gegenüber Dr.med. M.\_\_\_\_\_ an, ein Alkoholüberkonsum habe nie bestanden und er habe ein Wirtschaftsstudium abgeschlossen (vgl. Vi-act. 109). Dr.med. M.\_\_\_\_\_, welche diese Angaben so übernahm, ist dann bei ihrer Beurteilung der Einschränkungen und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Auch Dr. ... ging gestützt auf die Auskunft des Versicherten, ein Studium an der Technischen Universität Berlin absolviert zu haben (Atomphysik und Wirtschaftsingenieur, Vi-act. 112-5/16), von falschen Voraussetzungen aus, wobei sie in Bezug auf die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse der RehaKlinik ... festhielt, damals sei der beruflichen Ausbildung des Versicherten mit akademischen Titeln in Mathematik und Physik zu wenig Gewicht verliehen worden. Diese Schlussfolgerung war unbegründet. Im Rahmen der zweiten MEDAS-Begutachtung fallen wiederum - zusätzlich zu den von den Gutachtern aufgezählten Beispielen - diverse Inkonsistenzen auf. Während die im Rahmen der orthopädischen Begutachtung gemachten biographischen Auskünfte des Versicherten mit denjenigen übereinstimmen, die er bereits im Rahmen der ersten Begutachtung gemacht hat und welche korrekt erscheinen (der Gutachter konnte denn auch keine Inkonsistenzen feststellen (Vi-

act. 150-57/152), sah sich dann der Versicherte bei der Begutachtung durch Dr.med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, zwei Wochen später nicht in der Lage, Angaben zur Familie und zum beruflichen Werdegang zu machen, da nicht erinnerbar. Allgemein habe er keine Erinnerung an Ereignisse vor dem Unfall (Vi-act. 150-67/152, 150-68/152). Im Rahmen der kardiologischen Untersuchung war er demgegenüber z.B. in der Lage Geburtsjahr der Tochter und Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz zu nennen. Während er im Rahmen der orthopädischen und der kardiologischen Begutachtung noch diverse Hobbys nannte (Spazieren, Autofahren mit Partnerin, Malen, Lesen, Vi-act. 150-51/152, 150-120/152), verneinte er im Rahmen der Untersuchung durch Dr.med. P.\_\_\_\_\_, ein Hobby zu haben (Vi-act. 150-68/152). Hingegen erwähnte er erstmals seinen Wehrdienst in der DDR, wo etwas vorgefallen sei und er ins Gefängnis habe gehen müssen, konkrete Angaben dazu waren allerdings nicht möglich (Vi-act. 150-67/152). Zudem hielt er fest, trotz starker Schlafmittel nur schlecht schlafen zu können (150-66/152); auf der Medikamentenliste der Hausärztin finden sich allerdings keine Schlafmedikamente (Vi-act. 150-35/152 f.).

Der Versicherte scheint nach der ersten MEDAS-Begutachtung gegenüber den behandelnden und begutachtenden Fachpersonen insbesondere dann, wenn es um die Beurteilung seiner kognitiven und psychischen Leistungsfähigkeit ging, von der Realität abweichende Auskünfte gegeben zu haben, obwohl er - was er andernorts zu beweisen vermag - durchaus in der Lage war, korrekte biographische Angaben zu machen.

Insgesamt ist mithin nicht zu beanstanden, dass die MEDAS-Gutachter aufgrund ihrer Beobachtungen und den diversen feststellbaren Inkonsistenzen von einer teilweise auf Aggravation beruhenden Leistungseinschränkung ausgehen. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Betriebsleiter einer Heizungsfirma wird allerdings eine gewisse Leistungseinschränkung anerkannt. Das Vorliegen eines (versicherten) Gesundheitsschadens wird mithin trotz Aggravation bejaht.

**5.3.4** Im Übrigen haben sich die Neuropsychologen ... und ... entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers mit dem divergierenden Bericht von Dr. ... auseinandergesetzt (Vi-act. 105-145/152 f.; 105-144/152). Dass Dr. ... trotz durchgeführter Symptomvalidierungstests anders als die MEDAS-Gutachter ... keine Tendenz zu Aggravation hat feststellen können, vermag die durch diverse Gutachter festgestellten Hinweise für das Vorliegen einer erheblichen Aggravation nicht zu entkräften, zumal Dr. ... wie bereits erwähnt von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist.

**5.3.5** Es ist im Übrigen nicht nachvollziehbar und wird auch vom behandelnden Psychotherapeuten nicht substantiiert dargelegt, weshalb wegen vor Jahrzehnten vorgefallenen Ereignisse im Militärdienst (welche erstmals im Rahmen der zweiten MEDAS-Begutachtung thematisiert werden und welche im Übrigen weder belegt noch substantiiert werden), ein Gespräch mit dem psychiatrischen Gutachter nicht bzw. nur eingeschränkt möglich war und bei der neuropsychologischen Testung die Leistungsfähigkeit einer schwer dementen Person präsentiert wurde, obwohl auch der Psychotherapeut keine eine solche Einschränkung begründende Diagnose zu stellen vermag.

**5.4** Beanstandet wird im Weiteren, dass das Zusammenwirken der verschiedenen vorhandenen Leiden nicht genügend berücksichtigt werde. Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden.

Die Gutachter der verschiedenen Fachdisziplinen haben die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer abschliessenden Konsensbeurteilung unter Berücksichtigung sämtlicher Diagnosen und Einschränkungen beurteilt. Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht gerade darin, alle relevanten Gesundheitsschädigungen zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Gesamtergebnisses aufzuzeigen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C\_483/2020 v. 26.10.2020 Erw. 4.1). In der Regel sind die unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten nicht einfach zu addieren, auch nicht in verschiedenen somatischen Bereichen, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt (Urteil BGer 8C\_660/2016 v. 29.12.2016 Erw. 5.3.1 m.H.). Entsprechend haben die Gutachter vorliegend die orthopädischen, kardiologischen und psychischen Einschränkungen gesamthaft beurteilt. In Bezug auf das durchgemachte Schädelhirntrauma wurde eine andauernde relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar verneint. Die koronare Herzkrankheit wurde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insofern berücksichtigt, als eine Einschränkung für schwere Tätigkeiten ausgeschlossen wurde. Es gilt diesbezüglich zu berücksichtigen, dass die kardiale Situation seit 2008 stabil ist und der Versicherte trotz der Herzerkrankung bis 2014 in der Lage war, uneingeschränkt einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Relevante kognitive Störungen konnten nicht eruiert werden und eine depressive Erkrankung konnte, wie bereits erwähnt, aktuell nicht (mehr) diagnostiziert werden. Die durch die beidseitigen Schulterschmerzen verursachten Beeinträchtigungen wurden bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurde im Rahmen der MEDAS-Begutachtung auch das Vorliegen einer

Persönlichkeitsstörung berücksichtigt und in die Bemessung der Arbeitsfähigkeit einbezogen (vgl. Vi-act. 150-115/152; 150-8/152 f.).

**5.5** Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die MEDAS ... sei fachlich nicht geeignet, eine medizinische Begutachtung durchzuführen, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Die Vorinstanz weist vernehmlassend korrekt darauf hin, dass medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle zu erfolgen haben, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat (Art. 72bis Abs. 1 IVV). Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV). Die MEDAS ... ist eine polydisziplinäre Gutachterstelle, welche über einen entsprechenden Vertrag mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen verfügt (vgl. [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Sozialversicherungen → Invalidenversicherung IV → Medizinische Gutachten in der IV → Dokumente).

**5.6** Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist es auch durch die erst nach der zweiten MEDAS-Begutachtung durch Dr.med. T.\_\_\_\_\_ durchgeführte Operation an der linken Schulter nicht zu einer relevanten Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gekommen bzw. eine solche ist nicht nachgewiesen. Im MEDAS-Gutachten wird berücksichtigt, dass keine schulterbelastenden Tätigkeiten mehr ausgeübt werden können. Aus den Berichten von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ ergeben sich keine weitergehenden Einschränkungen. Prognostisch geht er zwar von einer schwierigen Reintegration aus, allerdings mit dem Hinweis auf die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas, wobei er als Facharzt für Orthopädische Chirurgie, der für die Behandlung der Beschwerden an der linken Schulter konsultiert worden ist, keine näheren Angaben zu den Folgen des Schädel-Hirn-Traumas machen könne. Die nachgereichten Berichte von Dr.med. T.\_\_\_\_\_ vermögen das MEDAS-Gutachten nicht in Frage zu stellen.

**5.7** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die beiden MEDAS-Gutachten in ihren Schlussfolgerungen bzw. der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit übereinstimmen. Seit der ersten MEDAS-Begutachtung ist zwar insofern eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten, als dass keine Alkoholabhängigkeit mehr besteht; verblieben ist aber eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Persönlichkeitsstörung. Eine Verschlechterung besteht insofern, als dass neu auch an der linken Schulter Beschwerden bestehen, welche aber zu keinen zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen, da schulterbelastende Tätigkeiten bereits wegen den Beschwerden an der rechten Schulter als nicht mehr zumutbar erachtet werden. Dass das am 2. September 2017 erlittene Schädel-Hirntrauma zu anhaltenden relevanten Einschränkungen geführt hat, konnte

nicht nachgewiesen werden. Der Verlauf der demonstrierten kognitiven Beschwerden spricht gegen einen Zusammenhang mit dem Kopfanprall vom 2. September 2017. Dass mithin im zweiten Gutachten die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des ersten Gutachtens gestützt und übernommen wird, ist im Ergebnis nachvollziehbar und begründet.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Begutachtung durch die MEDAS ... die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die medizinischen Gutachter relevante funktionelle Einschränkungen übersehen hätten. Eine weitere polydisziplinäre Begutachtung ist nicht erforderlich.

**6.** Die Bemessung der Vergleichseinkommen bei der Festlegung des Invaliditätsgrades wird vom Beschwerdeführer nicht angefochten. Ein relevanter Fehler ist gestützt auf die Akten denn auch nicht erkennbar. Bei der Bemessung des Valideneinkommens von Fr. 99'486 hat die Vorinstanz zu Recht nicht auf das am letzten Arbeitsplatz erzielte Einkommen, sondern auf den statistischen Durchschnittslohn im Sektor Energieversorgung, Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 abgestellt (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level) und diesen auf eine durchschnittliche Arbeitszeit von 41.2 h/Woche aufgerechnet. Der Beschwerdeführer hat seine Arbeitsstelle vor Eintritt der Invalidität aus invaliditätsfremden Gründen (Konkurs der Arbeitgeberin) verloren. Zum damaligen Zeitpunkt bestand keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Vi-act. 12-2/6 und 12-3/6), entsprechend war der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen (Urteile BGer 9C\_212/2015 v. 9.6.2015 Erw. 5.4 m.H.; 9C\_532/2016 v. 25.11.2016 Erw. 3.4.2).

Bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten von einem um 30% reduzierten Einkommen im bisherigen Tätigkeitsbereich ausgegangen. Die bisherige Tätigkeit, welche im Wesentlichen administrative Tätigkeiten umfasste (gemäss Arbeitgeberin: Büro, Baustellenbesuche, Autofahrten, Vi-act. 12-6/6; gemäss Angaben des Versicherten: 80% Büro, 20% Baustellenüberwachung, Vi-act. 150-120/152 bzw. 60% administrative Tätigkeiten wie Offerten, Projektentwicklung, Überwachen der Baustellen und 40% körperliche Arbeiten wie Entgegennahme von Materialbestellungen, vgl. Vi-act. 77-49/70), kann rein von den somatischen Beschwerden her grundsätzlich weiterhin uneingeschränkt ausgeübt werden. Die Tätigkeit umfasste keine mittelschweren oder schweren handwerklichen Tätigkeiten (Vi-act. 12-6/6). In Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit gründet die anerkannte Einschränkung vielmehr auf der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. Diesbezüg-

lich wird eine Einschränkung im Umfang von 30% anerkannt, wobei die Einschränkung nicht auf einer zeitlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit, sondern vielmehr auf einer Einschränkung in Bezug auf bestimmte Funktionen beruht. Möglich sind wohl weiterhin administrative Tätigkeiten wie Einsatzplanung, Materialbestellung, Offerten oder auch Kontrollen auf Baustellen. Nicht möglich sind gestützt auf das psychiatrische Gutachten Tätigkeiten mit bedeutender Entscheidungskompetenz (eigentliche Führungsfunktionen). Nachdem der grösste Teil der die Tätigkeit des Beschwerdeführers umfassenden administrativen Arbeiten nicht eigentliche Führungsfunktionen betrifft, ist die Bemessung des Invalideneinkommens nachvollziehbar. Auch wenn man bei der Bemessung des Invalideneinkommens davon ausginge, dass der Versicherte aufgrund der psychischen Einschränkungen keine Tätigkeit im Kompetenzniveau 3 mehr ausüben kann, sondern ihm nurmehr einfache Hilfstätigkeiten (Kompetenzniveau 1) möglich sind, ist die Bemessung des Invalideneinkommens im Ergebnis nicht zu beanstanden. Eine nicht schulterbelastende einfache Tätigkeit (ohne Führungsfunktion) kann in vollem Umfang (100%) ausgeübt werden. Gemäss LSE 2014 (Zentralwert privater und öffentlicher Sektor, Tabelle T1\_tirage\_skill\_level) liegt der Durchschnittslohn für einen männlichen Hilfsarbeiter (Kompetenzniveau 1) bei Fr. 5'476 x 12, d.h. ausgehend von einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7h/Woche bei Fr. 68'505. Vergleicht man dieses Einkommen mit dem Valideneinkommen, so ergibt sich ein IV-Grad von 32%. Dies entspricht wiederum dem von der Vorinstanz ermittelten IV-Grad. Auch wenn man somit davon ausginge, dass dem Versicherten aufgrund der psychischen Einschränkungen eine Erwerbstätigkeit im Kompetenzniveau 3 nicht mehr zumutbar ist, und er lediglich mehr eine einfache Hilfstätigkeit - allerdings in zeitlich uneingeschränktem Rahmen - ausüben kann, resultiert kein rentenauslösender IV-Grad, dies im Übrigen auch dann, wenn man infolge körperlicher Einschränkungen einen leidensbedingten Abzug von 10% berücksichtigen würde (der IV-Grad läge dann bei ca. 38%).

**7.** Zusammenfassend ist die Ablehnung des Rentenanspruchs zu bestätigen. Die Kosten des Verfahrens gehen zu Lasten des Beschwerdeführers. Eine Parteienschädigung wird nicht zugesprochen.

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

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf insgesamt Fr. 500.-- (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Der Beschwerdeführer hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe geleistet, weshalb 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).
4. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 17. November 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die 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: 25. November 2021