

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 60

Entscheid vom 22. August 2024

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt **B.**_____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Invalidenrente)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. am [...]1976, aus dem Irak, seit Juni 1999 in der Schweiz) (nachfolgend: der Versicherte) wurde mit Verfügung vom 14. Mai 2008 eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-Grad 100%). Er ist Vater von zwei Söhnen (Jahrgang 2006 und 2009), die bei seiner Ex-Gattin im Ausland leben.

B. Nach einer Observation und nach Eingang eines daraufhin bei Dr.med. C. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich) in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachtens (IV-act. 130) verfügte die IV-Stelle am 18. Juni 2015 die rückwirkende Aufhebung der ganzen IV-Rente per 30. Juni 2013 und forderte mit Verfügung vom 19. Juni 2015 vom Versicherten insgesamt Fr. 24'840.-- zurück (IV-act. 137 f.). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Entscheid VGE I 2015 81 vom 3. März 2016 abgewiesen (IV-act. 152). Mit Verfügung vom 24. August 2016 hat die IV-Stelle das Erlassgesuch betreffend die zurückgeforderten Rentenleistungen abgewiesen (IV-act. 159).

C. Am 12. September 2016 reichte der Versicherte der Ausgleichskasse Schwyz zwei Berichte des Spitals E. _____ ein und ersuchte um die Ausrichtung einer Rente (IV-act. 161, 162). Nachdem die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 16. November 2016 Nichteintreten in Aussicht gestellt hatte (IV-act. 163), reichte er u.a. Berichte der Klinik D. _____ über stationäre Behandlungen im Zeitraum von 17. November 2016 bis 30. Dezember 2016 und vom 12. Oktober 2017 bis 7. Dezember 2017 ein (IV-act. 172, 175, 186). Am 28. Mai 2018 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren des Versicherten vom 12. September 2016 nicht ein (IV-act. 190). Eine dagegen von ihm am 26. Juni 2018 erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2018 52 vom 11. September 2018 im Sinne der Erwägungen abgewiesen (IV-act. 193). Das Bundesgericht hat eine hiergegen erhobene Beschwerde mit Urteil 9C_732/2018 vom 4. März 2019 teilweise gutgeheissen, den angefochtenen VGE I 2018 52 vom 11. September 2018 sowie die Verfügung der IV-Stelle vom 28. Mai 2018 aufgehoben und die Sache zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen; im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen (IV-act. 197).

D. Im Nachgang zum Urteil BGer 9C_732/2018 vom 4. März 2019 liess die IV-Stelle am 5. Juli 2019 um Bekanntgabe der aktuellen Behandler des Versicherten ersuchen und von diesen Verlaufsberichte einfordern (IV-act. 203 ff.; 211 ff.).

E. Am 6. Oktober 2020 informiert die IV-Stelle, es sei eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung vorgesehen (IV-act. 270). Der Begutachtungsauftrag

wurde am 8. Februar 2021 per SuisseMED@P der Gutachterstelle der G. _____ AG zugelost (IV-act. 276). Nachdem der Versicherte am 2. März 2021 gegen den vorgeschlagenen Gutachter in den Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie Einwand erheben und daran festhalten liess (IV-act. 293; 298) hielt die IV-Stelle mit unangefochten gebliebener Zwischenverfügung vom 24. März 2021 an der Abklärung durch die zugeloste Gutachterstelle und den angekündigten Gutachter, insbesondere auch an jenem in den Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie fest (IV-act. 300). Der Versicherte wurde am 24. August 2021 von verschiedenen Fachärzten begutachtet (IV-act. 320-142/196). Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 13. Oktober 2021 erstattet (IV-act. 320).

F.1 Mit Urteil SGO 2020 vom 9. November 2020 verurteilte das Strafgericht des Kantons Schwyz den Versicherten wegen gewerbsmässigen Betrugs zu einer Gefängnisstrafe (BVM-act. 54). Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Urteil STK 2021 7 vom 1. Februar 2022 hat das Kantonsgericht des Kantons Schwyz dieses Urteil aufgehoben und den Versicherten von Schuld und Strafe freigesprochen.

F.2 Mit Entscheid VGE I 2021 33 vom 9. Juni 2021 hat das Verwaltungsgericht das Begehren des Versicherten vom 19. Mai 2021, den Entscheid VGE I 2015 81 vom 3. März 2016 in Revision zu ziehen, im Sinne der Erwägungen abgewiesen, soweit es darauf eingetreten ist (IV-act. 199). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht mit Urteil 9C_402/2021 vom 15. September 2021 abgewiesen.

G. Zuerst mit Vorbescheid vom 22. April 2022 (IV-act. 346) und - nach Einwendungen des Versicherten vom 2. Mai 2022 (IV-act. 347) - mit Verfügung(en) vom 9./26. Juni 2023 (IV-act. 354-1ff./25) sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. September 2017 bis 29. Februar 2020 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu, ab 1. März 2020 bis 31. Oktober 2020 eine ganze Rente und ab 1. November 2020 wiederum eine Viertelsrente.

H. Gegen diese Verfügungen vom 9./26. Juni 2023 erhebt der Versicherte am 28. Juli 2023 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht mit den Anträgen:

1. Es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab dem 1. März 2017 bis zum 29. Februar 2020 eine halbe Rente, vom 1. März 2020 bis zum 31. Oktober 2020 eine ganze Rente und ab dem 1. November 2020 eine unbefristete halbe Rente zuzusprechen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

I. Die IV-Stelle beantragt mit Vernehmlassung vom 14. August 2023, die Abweisung der Beschwerde, unter Kostenfolge zu Lasten des Versicherten. Letzterer lässt mit Replik vom 31. August 2023 an den Anträgen in der Beschwerde festhalten.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). 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).

1.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mind. zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) 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. Gemäss der seit 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Dieses neue System gilt für alle ab 1. Januar 2022 zugesprochenen Renten (vgl. Dupont, Weiterentwicklung der IV, SZS 2022, S. 7).

Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31.

Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR [Fassung ab 1.1.2022] Rz. 9101; Gerber, Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, IVG [KOSS IVG], 2022 Art. 28b IVG, N 102). Dasselbe gilt auch bei erstmalig abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprachen und bei Revisionsfällen. Liegt die massgebende Änderung - wie vorliegend - vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung (KSIR Rz. 9102; KOSS IVG - Gerber, Art. 28b IVG, N 104).

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

1.4 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht oder nicht (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl. 2022, N 27 zu Art. 28a IVG).

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

1.6.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 132 V 93 E. 4).

1.6.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

1.6.3 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 abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

1.6.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage,

welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4; BGE 140 V 193 E. 3.2).

1.6.5 Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

1.7 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil BGer 8C_213/2020 vom 19.5.2020 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2).

1.8 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4).

2. Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten seit der Neuanmeldung am 12. September 2016 sowie deren Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen lässt sich dem medizinischen Aktendossier u.a. was folgt entnehmen:

2.1 Am 8. August 2016 erfolgte bei der Diagnose: Stressfraktur medialer Tibiakopf links mit Bone bruise (1.) und Chronischer ausgedehnter Innenmeniskus-Hinterhorn-Schaden linkes Knie mit Schmerzen (2.) im Spital E. _____ eine operative Sanierung durch Dr.med. F. _____, Facharzt Chirurgie/Orthopädische Chirurgie FMH (IV-act. 162; vgl. auch Berichte der Nachkontrolle vom 17.8.2016 [IV-act. 180-4/12] und vom 28.4.2017 [IV-act. 180-1ff./12]).

2.2 Im Austrittsbericht vom 17. Januar 2017 zur 8. Hospitalisation in der D. _____ (17.11.2016 - 30.12.2016) wurden die Diagnosen erhoben (IV-act. 172):

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10:F43.1)
Dissoziative Störungen, gemischt mit vorrangig dissoziativer Bewegungsstörung und dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10:F44.7)
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4)
Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10:F33.1)

2.3 Im Austrittsbericht vom 4. Mai 2017 zur 9. Hospitalisation in der D. _____ (13.1.2017 - 9.3.2017) wurde u.a. festgehalten (IV-act. 175):

Diagnosen:

Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10:F61), mit vorwiegend paranoiden und ängstlich vermeidenden Anteilen

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10:F43.1)

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10:F44.7) mit

- Dissoziative Amnesie (ICD-10:F44.0)

- Dissoziative Fugue (ICD-10:F44.1)

- Dissoziativer Stupor (ICD-10:F44.2)

- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10:F44.6)

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10:F33.3)

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.40)

Nichtorganische Enuresis (ICD-10:F98.0)

Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung (ICD-10:Z60)

Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (ICD-10:Z61)

Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung (ICD-10:Z62)

Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10:Z63)

Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände (ICD-10:Z65)

Beurteilung:

(...) aktuell [ist] die Prognose für eine psychische Stabilisierung sowie dem Wiedererlangen von Fähigkeiten zur Ausübung von Alltagsaktivitäten als günstig einzustufen. Dennoch ist (...) eine längere Therapiedauer nötig, um eine Reduktion der Symptome und eine Veränderung der Verhaltens- und Erlebensmuster zu erwirken. Wir erachten eine mehrjährige ambulante Psychotherapie, alternierend mit stationären Traumatherapieintervallen, als indiziert. Aktuell halten wir Herr A. _____ entsprechend den Ergebnissen des Mini-ICF für mittelgradig bis schwer eingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. (...)

2.4 Im Bericht vom 8. September 2017 über die ambulante Schmerztherapie (25.8.2017 - 2.9.2017) hielt Dr.med. P. _____ (Chefarzt Anästhesie, Spital E. _____) folgende Diagnose fest (IV-act. 182-2f./3):

- Chronische Rückenschmerzen mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom links>rechts
- Restless legs Syndrom bds.

- Diskusprolabs im Bereich der unteren LWS, Ermüdungssituationen im rechten Bein

2.5 Im Austrittsbericht vom 9. März 2018 zur 10. Hospitalisation in der D._____ (12.10.2017 - 17.12.2017) wurde u.a. festgehalten (IV-act. 185-2ff./16):

Diagnosen:

- F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung, DD: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt mit Dissoziativer Amnesie, Dissoziativer Fugue, Dissoziativem Stupor und Dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F98.0 Nichtorganische Enuresis
- Z60 Kontakthanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung
- Z61 Kontakthanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse
- Z62 Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf die Erziehung
- Z63 Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis
- Z65 Kontakthanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände

Gemäss Bericht Ambulante Schmerztherapie, Spital E._____ vom 08.09.2017:

- G25.81 Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom) bds.
- M54.4 Lumboischialgie: Chronische Rückenschmerzen mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom links > rechts
Diskursprolabs im Bereich der unteren LWS, Ermüdungssituation im rechten Bein

Beurteilung:

(...). Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die störungsspezifische Therapie nicht zu einer ausreichenden Symptomverbesserung führte. Wir sehen bei Herrn A._____ einen chronischen Verlauf der Erkrankung, was prognostisch mit keiner Steigerung der Belastbarkeit einhergeht und schätzen seine Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt als nicht mehr gegeben ein. Bei Herrn A._____ besteht kein Wiedereingliederungspotential auf dem Arbeitsmarkt. (...)

2.6 Im Austrittsbericht vom 9. Januar 2019 zur 11. Hospitalisation in der D._____ (30.10.2018 - 11.12.2018) wurden dieselben Diagnosen erhoben wie im Austrittsbericht vom 9. März 2018 (E. 2.5 hiervor), mit der Ergänzung: "G44.0 Cluster-Kopfschmerz". In der Beurteilung wurde u.a. ausgeführt (IV-act. 216-59ff./64):

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass die störungsspezifische Therapie nicht zu einer ausreichenden Symptomverbesserung führte. Wir sehen bei Herrn A._____ einen chronischen Verlauf der Erkrankung, was prognostisch mit keiner Steigerung der Belastbarkeit einhergeht und schätzen seine Arbeitsfähigkeit auf

dem 1. Arbeitsmarkt als nicht mehr gegeben ein. Bei Herrn A. _____ besteht nach unserer Einschätzung kein Wiedereingliederungspotential auf dem 1. Arbeitsmarkt. (...).

2.7 Dr.med. H. _____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) hielt im Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2019 u.a. fest (IV-act. 212):

- ad: Veränderungen / Änderungen der Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (ab Februar 2018):

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen F33.3

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Ursachen F45.41

Verdacht auf komplexe posttraumatische Belastungsstörung F41.1

Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0

DD Persönlichkeitsstörung mit narzistischen und emotional instabilen sowie histrionischen Zügen.

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben die schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen, sowie Symptome welche sich aus der PTSD oder differentialdiagnostisch aus der Persönlichkeitsstörung ergeben. Eine PTSD wurde vom Gutachter Dr. C. _____ verneint, so dass die bestehenden Symptome der Selbstwert- und Emotionsregulation im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung zu erklären sind.

Beurteilbar seit Behandlungsbeginn im Februar 2018:

Ausgeprägte Symptomatik mit Verschlechterung des psychischen Zustandes, welche die Arbeits- und Erwerbstätigkeit stark einschränken. Es besteht eine AUF 100% seit Feb. 2018 bis auf weiteres, wobei davon auszugehen ist, dass schon vorher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden war.

- ad: Verlauf / veränderte Befunde:

Der Psychische Zustand des Pat. hat sich in diesem Zeitraum massiv verschlechtert. Die Symptome haben sich verstärkt.

Psychopathologischer Befund:

Äusseres Erscheinungsbild gepflegt, freundlich, im Kontakt angepasst. Psychomotorisch angespannt, um Fassung bemüht. Aufmerksamkeit und Konzentration vermindert, wirkt wiederholt innerlich abwesend. Subjektiv berichtet er über starke Konzentrationsstörungen mit Erinnerungslücken. Emotionale Schwingungsfähigkeit reduziert. Formales Denken verlangsamt, eingeengt auf belastende Lebenssituation und Probleme mit Behörden, Denken teilweise zerfahren. Gefühl, dass andere über ihn sprechen, ihn beobachten und verfolgen würden. Getraut sich deswegen kaum die Wohnung zu verlassen und zieht sich sozial zurück. Ich Störungen wie Depersonalisations- und Derealisationserleben. Erhöhte Reizbarkeit, innere Anspannung und Unruhe. Gefühle von Fremdbeeinflussung durch imperative Stimmen. Im Affekt sehr bedrückt, verzweifelt und ratlos. Gefühle von Nutzlosigkeit, Hoffnungslosigkeit. Ausgeprägte Selbstwertproblematik und Störung des Vitalgefühls. Häufig Suizidgedanken und Selbstverletzungsimpulse. Antrieb stark vermindert, erschöpft. Leidet unter Schmerzen, teilweise somatisch erklärbar, welche sich in Belastungssituationen verstärken. Ausgeprägte Insomnie mit Alpträumen und Intrusionserleben sowie stuporösen Zuständen.

Im Anhang vom 20. Oktober 2019 (IV-act. 212-4/4) bekräftigte Dr.med. H._____ u.a. eine weitgehende Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Seit dem Gutachten von Dr.med. C._____ (5.3.2015) habe sich sein Gesundheitszustand deutlich verschlechtert. Aktuell seien ausgeprägte Defizite im Bereich der Affektivität und des Antriebes vorhanden, sowie auch deutliche psychopathologische Symptome, welche als flash backs und dissoziative Zustände oder - wenn keine PTSD vorliege - als Halluzinationen und Wahnideen zu interpretieren seien, die nur bei sehr schweren depressiven Störungen aufträten.

2.8 Im Austrittsbericht vom 8. Januar 2020 zur 12. Hospitalisation in der D._____ (28.11.2019 - 2.12.2019 (IV-act. 217) wurden dieselben Diagnosen erhoben wie im Austrittsbericht vom 9. Januar 2019 (IV-act. 216-59ff./64; E. 2.6 hiervor), mit der Abweichung, dass die "Rezidivierende depressive Störung" aktuell als mittelgradige statt als schwere Episode (F33.1 statt von F33.3) gelistet wurde.

2.9 Nach einem Treppensturz am 2. Dezember 2019 wurde die 12. Hospitalisation in der D._____ abgebrochen resp. der Versicherte wurde für eine klinische und radiologische Diagnostik ins Spital I._____ und von dort ins Spital E._____ verlegt (IV-act. 217-3/6; 219-2/3). Bei diesem Treppensturz zog er sich beim (am 14.8.2013 [vgl. IV-act. 231-1/2] und am 8.8.2016 [vgl. IV-act. 162-3/7]) voroperierten Knie eine Tibiakopf-Trümmerfraktur links mit lateraler erheblicher Zertrümmerung der Gelenkfläche sowie Fibulaköpfchenfraktur links zu, welche am 3. Dezember 2019 im Spital E._____ repositioniert wurde (vgl. Operationsbericht von Dr.med. F._____, vom 3.12.2019 [IV-act. 219]; Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 2.12.2019 -18.12.2019 [IV-act. 226]; Berichte der Nachkontrollen vom 24.12.2019 [IV-act. 225], vom 27.12.2019 [IV-act. 223], vom 30.12.2019 [IV-act. 224], vom 14.2.2020 [IV-act. 234], vom 16.3.2020 [IV-act. 233]).

2.10 In seiner Stellungnahme vom 3. April 2020 beurteilte Dr.med. M._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD Zentralschweiz) die Tibiakopffraktur als noch nicht definitiv konsolidiert; aus orthopädischer Sicht liege beim Versicherten noch keine austherapierte Situation vor. Es sollte der Verlauf der Rehabilitation nach operierter Tibiakopffraktur links vom 3. Dezember 2019 noch abgewartet und aktualisiert werden. Sollte aus psychiatrischer Sicht eine Begutachtung notwendig werden, empfahl er eine neurologische und orthopädische Mitbegutachtung (IV-act. 231 i.V.m. IV-act. 237).

2.11 Zur diagnostischen Klärung und insb. der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erachtete Dr.med. L._____ (Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie FMH, RAD Zentralschweiz) mit Stellungnahme vom 25. Mai 2020 eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie (mit Beschwerdevalidierung), Orthopädie, Neurologie und Allg. Innere Medizin als angezeigt, sobald sich die somatische/orthopädische Situation im Verlauf stabilisiert habe bzw. austherapiert sei. Im Vorfeld der Begutachtung seien auch Verlaufsberichte bei der psychiatrischen Behandlungsstelle anzufordern (IV-act. 242).

2.12 Im Verlaufsbericht vom 25. Mai 2020 bescheinigte Dr.med. F. _____ eine gewisse Verbesserung bei der Heilung der Tibiakopffraktur nach erfolgter Schraubenentfernung und Kniegelenksarthroskopie am 29. April 2020 (dazu IV-act. 259-3ff./5). Eine austherapierte Situation liege nicht vor; die AUF betrage seit der Operation vom 3. Dezember 2019 unverändert 100%, es seien weiterhin therapeutische Massnahmen erforderlich (IV-act. 250). Im Verlaufsbericht vom 21. Juli 2020 ergänzte Dr.med. F. _____ u.a., bei einer Tätigkeit im Sitzen betrage die AF aus orthopädischer Sicht max. 50% (IV-act. 259 1f./5).

2.13 Im Verlaufsbericht vom 5. Juni 2020 notierte Dr.med. H. _____ einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Befunden im psychiatrischen Bereich. Die AUF betrage 100%. Weiterhin erfolge eine ambulante und stationäre psychiatrische/psychotherapeutische sowie medikamentöse Behandlung (IV-act. 257).

2.14 Im Neuropsychologischen Bericht der Klinik D. _____ vom 14. Juli 2020 wurde folgende neuropsychologische Diagnose gestellt (IV-act. 263-12/13):

Mittelschwere depressive Symptomatik ohne psychotische Symptomatik unklarer Ätiologie Vd.a. F43.9 nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung

2.15 Im Austrittsbericht vom 26. August 2020 zur 13. Hospitalisation in der D. _____ (16.6.2020 - 28.7.2020) wurde u.a. festgehalten (IV-act. 263-1ff./13):

Diagnosen:

- F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung, Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11:6B41 Complex post traumatic stress disorder)
- F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Diskursprolaps im Bereich der unteren LWS, Ermüdungssituation im rechten Bein
- M54.4 Lumboischialgie: Chronische Rückenschmerzen mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom links > rechts
- F98.0 Nichtorganische Enuresis
- E78.2 Gemischte Hyperlipidämie
- G25.81 Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom] beidseits (aktenanamnestisch)

G44.0 Cluster-Kopfschmerz (aktenanamnestisch)

Beurteilung:

(...) Trotz leitliniengerechter Behandlung führte die störungsspezifische Traumatherapie zu keiner Symptomverbesserung. Wir sehen bei Herrn A. _____ einen chronischen Verlauf der Erkrankung, was prognostisch mit keiner Steigerung der Belastbarkeit einhergeht (...). Bei Herrn A. _____ besteht nach unserer Einschätzung kein Wiedereingliederungspotential auf dem Arbeitsmarkt. Vor dem Hintergrund des beschriebenen Behandlungsverlaufs erscheint unser Behandlungspotenzial ausgeschöpft und wir sehen keine Indikation für ein weiteres stationäres Intervall zur störungsspezifischen Traumatherapie. Wir erachten die Weiterführung der ambulanten Therapie zur Erhaltung der Stabilität im Alltag von Herrn A. _____ als relevant.

Im Verlaufsbericht der D. _____ vom selben Tag wurde festgehalten, der Versicherten sei anhaltend und durchgehend für alle Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 262).

2.16 Im Verlaufsbericht vom 17. September 2020 hielt Dr.med. F. _____ u.a. fest (IV-act. 265):

Diagnosen:

Knöchern konsolidierte Tibiakopffraktur links vom 03.12.2019 mit erfolgter Teilmaterialentfernung (Schraubenentfernung mit Unterlegscheiben Tuberositas tibiae) sowie Kniegelenksarthroskopie links mit ausgedehnter Synovektomie und Notch-Plastik

Nebendiagnosen:

Erfolgte Handgelenksarthroskopie links mit arthroskopischem Debridement sowie Synovektomie bei kernspintomographisch gesicherter, partieller TFCC-Läsion Typ I B nach Palmer vom 26.09.2018;

bekannte Knochenspanplastik des Os scaphoideum links vor Jahrzehnten; Verschraubung Tibiakopf beidseits bei Stressfrakturen 2013 und 2016

Befund:

Im Bereich des rechten Kniegelenkes bestehen keine wesentlichen Auffälligkeiten, hier waren allerdings bereits operative Massnahmen im Sinne der Tibiakopfstabilisierung bei Insuffizienzfrakturen in den letzten Jahren notwendig geworden. Das linke Kniegelenk zeigt nach der versorgten Tibiakopffraktur eine sehr gute Funktion, vollständige Streckung, Beugung bis 135°, leichte mediale Instabilität, gute Beweglichkeit der Kniescheibe, die Muskulatur am linken Oberschenkel ist noch deutlich verschmächtigt, ganz leicht vermehrte Valgusfehlstellung gegenüber der rechten Seite, deutlicher Druckschmerz am Ansatz der Sehne des Ligamentum patellae an der Tuberositas tibiae. Nach Entfernung der Schrauben ist hier eine gewisse Beruhigung eingetreten, aufgrund des Debridements bzw. der arthroskopischen Synovektomie konnte die Reibung im Sinne des medialen Shelf-Syndromes ebenfalls verbessert werden. Allerdings hat die Gelenkfläche des Tibiakopfes durch die ausgedehnte Tibiakopffraktur gelitten.

Radiologisch erkennt man insbesondere im lateralen Tibiakopfbereich eine gewisse Stufenbildung von ca. 0,4 cm, welche trotz der Osteosynthese verblieben ist. Diese Stufenbildung befindet sich zwar nicht in der Hauptbelastungszone des Kniegelen-

kes bei der Streckung, allerdings wird doch durch diese Stufenbildung bzw. ausge-
dehnte Trümmerzone der gewisse Reizzustand mit Ergussbildung im linken Kniege-
lenk ohne Infektzeichen aufrechterhalten.

Procedere:

(...) Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ist diese nicht so sehr aus orthopädischer Sicht
beeinträchtigt, sondern hauptsächlich durch die dokumentierte und psychiatrischer-
seits in Behandlung befindliche posttraumatische Belastungsstörung.

2.17 In der RAD-Stellungnahme vom 24. September 2020 bekräftigte Dr.med.
L._____ das Erfordernis einer MEDAS Begutachtung. Bei der psychiatrischen
diagnostischen Beurteilung bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Gut-
achten Dr. C._____ 03/2015 und den Berichten der aktuell Behandelnden (IV-
act. 267).

Gleichentags notierte der RAD Arzt Dr.med. M._____, aus orthopädischer
Sicht bestehe beim Versicherten ein persistierendes Reizknie links mit ausgewie-
sener posttraumatischer Gonarthrose. Die AF sei aus orthopädischer Sicht im We-
sentlichen nur qualitativ eingeschränkt. Es sei eine polydisziplinäre MEDAS Be-
gutachtung (orthopädisch, neurologisch, internistisch, psychiatrisch, neuropsycho-
logisch) mit Symptomvalidierung und Indikatorenprüfung erforderlich (IV-act. 268).

2.18 Am 18. Juni 2021 erfolgte bei Diagnose: "Ausgeprägter ulnokarpaler Hand-
gelenksschmerz links bei kernspintomographisch nachgewiesenem Rezidiveinriss
des TFCC/der ulnokarpalen Bänder Handgelenk links mit deutlicher Synovitis" im
Spital E._____ eine Handgelenksarthroskopie links mit ausgedehnter Syno-
vektomie, Debridement, Elektrostabilisation (Austritts- und Operationsbericht vom
18.6.2018 [IV-act. 320-190/196]; vgl. auch Bericht der Nachkontrolle vom
30.06.2021 [IV-act. 320-190/196]).

3.1 Am 13. Oktober 2021 erstattete die G._____ ihr interdisziplinäres medi-
zinisches Gutachten, an welchem folgende Fachpersonen in folgenden Disziplinen
mitwirkten (IV-act. 320-3/196):

- Dr.med. N._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für
Neurologie): Psychiatrie und Neurologie
- Dr.med.univ. J._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumato-
logie des Bewegungsapparates): Orthopädie/Traumatologie
- Dr.phil. K._____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP): Neuropsy-
chologie
- Dr.med. O._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin): Innere Medizin

3.2 Die MEDAS-Gutachter stellten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) (IV-act. 320-13f./196):

1. Unklare psychische Störung (ICD-10: F29)

2. Degenerative Veränderungen am linken Kniegelenk bei

- St.n. 2x Schraubenentfernung mit Unterlagscheibe offen Tuberositas tibiae, Re-Re-Kniegelenksarthroskopie links mit ausgedehntem Debridement, Notch-Plastik, Synovektomie, Resektion der Plica mediopatellaris sowie Entfernung des Osteophyten im zentralen Tibiaplateau am 29.04.2020
- St.n. offener Reposition linker Tibiakopf, interne Fixation mittels 6-Loch-L-Platte, 3.5 mm, Synthes, zusätzliche ventro-dorsale Zugschrauben sowie Zugschraube von lateral (Grossfragment kanüliert) und gleichzeitige Metallentfernung (3 Schrauben) aus der medialen Tibiakopf-Verschraubung am 03.12.2019
- St.n. Tibiakopf-Trümmerfraktur links mit lateraler erheblicher Zertrümmerung der Gelenkfläche sowie Fibulaköpfchenfraktur links nach Treppensturz vom 02.12.2019 im Rahmen einer psychiatrischen Rehabilitation
- St.n. 1) Bildwandler-gestützter, perkutaner Verschraubung mit 3 kanülierten Schrauben vom medialen Tibiakopf und 2) Re-Kniegelenksarthroskopie links mit Debridement, milde Abrasionsarthroplastik, Resektion einer Plica mediopatellaris, Innenmeniskus-Hinterhorn-Resektion und Synovektomie am 08.08.2016 bei 1) Stressfraktur medialer Tibiakopf links mit Bone bruise und 2) chronischem, ausgedehnter Innenmeniskus-Hinterhorn-Schaden linkes Kniegelenk mit Schmerzen
- St.n. Kniegelenksarthroskopie und Innenmeniskusteilmeniskektomie links, Synovektomie, Plicaresektion, Debridement am 11.03.2015

3. Degenerative Veränderungen am rechten Kniegelenk bei

- St.n. Metallentfernung Knie rechts 02/2015
- St.n. Operation einer Tibiakopfstressfraktur rechts mit Schraubenosteosynthese und Meniskusteilresektion 08/2013

4. Degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule, p.m. Facettengelenke der unteren Lendenwirbelsäule und

- Rechtskonvex-skoliotischer Fehlhaltung der Lendenwirbelsäule und
- Median bis paramedian rechtsseitigen Diskusprotrusionen L4-S1 mit Verlagerung/möglicher Irritation der Wurzel L5 und S1 rechts rechts (MRI der LWS vom 14.10.2014, RODIAG St. Gallen)
- St.n. Anlage eines Periduralkatheters 08/2017
- St.n. ultraschallgesteuerter Anlage eines Periduralkatheters sowie Injektion mit Naropin und Kenacort und Infiltration der Segmente L3/4 und L4/5 rechts sowie links vom 05/2010
- Ohne gegenwärtige klinische Hinweise für akute neurologische Ausfälle der unteren Extremität beidseits

5. Chronische Handgelenksschmerzen links bei

- St.n. Re-Handgelenksarthroskopie links mit ausgedehnter Synovektomie, Debridement und Elektrostabilisation vom 18.06.2021 bei kernspintomographisch nachgewiesenem Rezidiveinriss des TFCC der ulnokarpalen Bänder Handgelenk links mit deutlicher Synovitis

- St.n. Handgelenksarthroskopie links mit Debridement des ulnokarpalen Kompartimentes sowie Synovektomie und Knorpelglättung im Bereich der Facies radio scaphoidea links bei MR tomographisch gesicherter partielle TFCC Läsion Typ I B nach Palmer vom 26.09.2018
- St.n. offener Reposition und Stabilisierung mit Matte-Russe-Plastik mit Beckenkammspan von links des linken Scaphoids vom 30.09.2005 bei dislozierter Scaphoidfraktur links bei Knochenzyste und delayed union (ED 02.09.2005)
- St.n. Sturz auf die linke Hand am 20.07.2005

6. Schulterengpasssyndrom links

3.3 Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter (letzte Tätigkeit) (IV-act. 320-15/196):

1. Senk-Spreizfuss-Fehlstellung beidseits
2. Sensibilitätsstörungen linker Unterschenkel (L4, L5, S1 Dermatome entsprechend)
3. Adipositas Grad 1 (BMI 31 kg/m²)
4. Hyperlipidämie
5. Prostatahyperplasie
6. Z.n. akuter Niereninsuffizienz unter NSAR 2000
7. Z.n. Nephrolithiasis 2002 und 2010
8. Anamnestisch Z.n. leichter Schlaf-Apnoe 2014
9. Anamnestisch V.a. Thalassämia minor

3.4.1 Die Herleitung / Begründung der aktuellen psychiatrischen Diagnosen sei schwierig. Zum Komplex Trauma-Folgestörung gebe es weiterhin eine Diskrepanz zwischen den Aussagen des Versicherten in den letzten Jahren und seinen ursprünglichen Aussagen im Zusammenhang mit dem Asylverfahren. Ob er tatsächlich traumatisierender Haft und Folter ausgesetzt gewesen sei, bleibe fraglich. Auch wenn man derartige traumatisierende Erlebnisse annehmen wollte, wären die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nicht gänzlich erfüllt, schon gar nicht jene für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Dennoch habe er psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert: Er nehme seit Jahren ein Psychopharmakon ein, er befinde sich seit Jahren in regelmässiger psychiatrischer Behandlung, sein Alltag sei relativ monoton, er habe wenig soziale Kontakte und es sei zu erheblichen psychosozialen Nachteilen innerhalb der letzten Jahre gekommen.

Die immer wieder zugrunde gelegte Diagnose einer Depression erscheine nicht geeignet, um das klinische Bild beim Versicherten zu beschreiben. Eine Depressivität könne weder im klinischen Gesamteindruck noch auf psychopathologischer Ebene festgestellt werden. Auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren könne aktuell nicht festgestellt werden. Die in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit

liessen sich weder selbst, noch in Kombination mit den rein psychischen Beschwerden zu einem spezifischen psychiatrischen Syndrom (oder mehreren davon) zusammenfassen.

Sollte es tatsächlich Foltererlebnisse gegeben haben, könnte eine Traumafolgestörung angenommen werden (die dann nicht PTBS hiesse). Allerdings irritiere, warum wiederholte stationär-psychiatrische Behandlungen und eine langjährige Psychotherapie zu keiner deutlicheren Besserung in diesem Bereich hätten führen können. Auch stelle sich die Frage, warum keine EMDR-Therapie konsequent durchgeführt worden sei. Da aber auf jeden Fall - durch objektivierte neuropsychologische Befunde untermauerte - psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert vorlägen, erscheine es aus versicherungsmedizinischer Sicht ausreichend und angebracht, von einer unklaren psychischen Störung auszugehen. Entscheidend seien ohnehin die krankheitsbedingten Einschränkungen auf der Funktionsebene, mit deren Relevanz für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit und die vorhandenen Belastungsfaktoren und Ressourcen, abzüglich allfälliger nicht medizinisch begründeter Funktionsstörungen (etwa lebensbiografisch oder durch aktuelle psychosoziale Belastungen bedingt). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen erscheine die Annahme einer AUF von 50% beim Versicherten angebracht. Die neuropsychologisch festgestellten Funktionsstörungen seien damit berücksichtigt. Darüber hinaus werde aber auch eine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit angenommen, die sich offenbar im Rahmen der (zeitlich begrenzten) neuropsychologischen Untersuchungen nicht abbilde. Die psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit seien vermindert, die Stresstoleranz reduziert, die Wahrnehmungsschwelle für Stressoren nach unten verschoben. Hinzu komme ein subjektiv akzentuiertes Insuffizienzgefühl. Den festgestellten Inkonsistenzen in einigen Angaben des Versicherten werde bei der hiesigen Einschätzung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit Rechnung getragen. Zusammenfassend befrage die psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit 50% (IV-act. 320-5ff./196).

3.4.2 Orthopädisch würden belastungsabhängige, aber auch in Ruhe auftretende Knieschmerzen links im Vordergrund stehen, welche auf degenerative Veränderungen im linken Kniegelenk zurückzuführen seien. Die angegebenen belastungsabhängigen Schmerzen am rechten Kniegelenk seien auf degenerative Veränderungen im medialen Kompartiment zurückzuführen. Ursächlich für die angegebenen Kreuzschmerzen seien degenerative Veränderungen der Facettengelenke im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule. An belastungsabhängigen Schmerzen im linken Handgelenk leide der Versicherte seit einem Sturz auf die linke Hand am 20. Juli 2005. Die angegebenen Schulterschmerzen links seien auf ein Schulterengpass-Syndrom links zurückzuführen (vgl. IV-act. 320-7ff./196).

3.5 Die funktionellen Auswirkungen der psychiatrisch/neuropsychologisch bedingten Funktionsstörungen mit Relevanz für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit fassten die Gutachter folgendermassen zusammen (IV-act. 320-15/196):

- Reduzierte psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit
- verminderte Stresstoleranz, nach unten verschobene Wahrnehmungsschwelle für Stressoren
- krankhaft akzentuiertes Insuffizienzgefühl
- Schwierigkeiten bei flexiblem Wechsel / Umstellung zwischen verschiedenen Aufgaben bzw. Gegebenheiten
- Teilweise vorschnelles bzw. unkontrolliertes Vorgehen bzw. Handeln
- gewisse Störanfälligkeit (Ablenkung/Störung durch irrelevante Informationen)
- Intrusionen im verbalen Gedächtnis (Störung durch bzw. fälschlicherweise Abruf von irrelevanten Informationen)

In Anlehnung an das Mini-ICF-APP würden aus psychiatrischer Sicht beim Versicherten Beeinträchtigungen in folgenden Fähigkeiten vorliegen (Bezugskontext: Allgemeiner Arbeitsmarkt):

- Durchhaltefähigkeit (leicht- bis mittelgradig: Angabe einer verminderten Dauerbelastbarkeit)
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (leicht- bis mittelgradig: entsprechend den neuropsychologischen Befunden)
- Selbstpflege (leichtgradig: Unterstützung durch Spitex im Haushalt)

Nicht oder nicht wesentlich beeinträchtigt seien folgende Fähigkeiten: Anpassung an Regeln und Routinen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Spontanaktivität, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Verkehrsfähigkeit.

Die somatisch bedingten Funktionsstörungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien durch die orthopädischen Diagnosen bedingt, sie liessen sich wie folgt zusammenfassen: Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit besonderem Schwerpunkt Kniegelenke bds, Lendenwirbelsäule, Hand und Schulter links.

3.6.1 In Bezug auf eventuell relevante Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zusammenfassend ausgeführt, der Versicherte sei im Kontakt freundlich zugewandt, kooperativ und situationsadäquat. Es fänden sich bei ihm keine Hinweise auf Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsänderung. Es sei von einer relativ guten Integration des Versicherten in der Schweiz auszugehen, was sich z.B. an seinen guten sprachlichen Kompetenzen und seiner Mitgliedschaft in einer Partei zeige.

Er verfüge über gute Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskom-

petenz, Selbstwertregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität. Er sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden.

Als Belastungsfaktoren sei ein gewisser, nicht vollständiger sozialer Rückzug aus manchen Bereichen festzustellen. Ungünstig seien die fehlende Partnerschaft, die Abhängigkeit von Sozialhilfe, die Sorgen um die Familie im Heimatland, das Scheitern der Ehe, die fehlende Beschäftigung und die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt. Als berufliche Qualifikation bestehe lediglich eine Kurzausbildung als Hilfskoch. Es bestehe ein hängiges Strafverfahren. Auch (mögliche) Erfahrungen/Erlebnisse mit Krieg seien zu nennen. Manche dieser sozialen Belastungsfaktoren führten durchaus zu direkt negativen funktionellen Folgen, die als nicht-medizinisch begründete Funktionsstörungen hier nicht berücksichtigt werden könnten.

Das Belastungsprofil umfasse leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu vermehrten Ruhepausen. Zu beachten sei bei der Wiedereingliederung, dass aufgrund der langen Erwerbslosigkeit eine Dekonditionierung eingetreten sei. Deswegen sei im Rahmen einer Wiedereingliederung eine stufenweise Erhöhung ratsam. Es dürften keine hohen Anforderungen an die Umstellfähigkeit bzw. kognitive Flexibilität (z.B. flexibles Hin- und Herwechseln zwischen verschiedenen Tätigkeiten) gestellt werden, keine hohen Anforderungen an die Handlungsplanung (keine neuen Aufgaben bzw. Probleme zu lösen, sondern möglichst bekannte Tätigkeiten), möglichst kein Zeitdruck, keine hohen Anforderungen an die Lesefähigkeit, Rechtschreibung und den Umgang mit Zahlen. Aufgrund der Störanfälligkeit bestehe ein erhöhter Zeitbedarf. Tätigkeiten mit hohem Stresspegel, hoher Verantwortung oder mit Multitasking wären eher ungünstig, auch Nachtschicht (IV-act. 320-16f./196).

3.6.2 Es würden einige Inkonsistenzen in den Aussagen des Versicherten bestehen (widersinnig anmutende Aussagen zu den ursprünglichen Angaben im Asylverfahren; medizinisch unplausible Angaben zur Schlafdauer; Angaben zu wenigen Mahlzeiten und schwankendem Appetit bei leichter Adipositas; Angabe keinerlei Tätigkeit ausüben zu können aber in der Lage sein, sich 2-3 Wochen um seine beiden jugendlichen Söhne zu kümmern; gepflegtes Äusseres versus die vorgetragene Stimmungslage und anhaltenden Sorgen; den Aktenunterlagen widersprechende Angaben zur Begründung der Einstellung der früheren IV-Rente; unplausible Angaben zum Ausfall der stationären Behandlung; unplausible Aussage zum sofortigen Auftreten von Alpträumen nach Schliessen der Augen zum Schlaf; nur bedarfsweise Einnahme des Neuroleptikum Abilify, bei Angabe von intermittierend auftretenden akustischen Halluzinationen).

Neuropsychologisch liessen Verhaltensbeobachtung, Performancevalidierungsverfahren und kognitives Leistungsprofil auf valide Befunde schliessen. Hinsichtlich des Antidepressivums bestehe (labormässig erstellte) Medikamentencompliance, was allerdings bei fraglicher bestehender Indikation nicht im Sinne der Fragestellung ins Gewicht falle.

Aus orthopädischer Sicht könnten die Knieschmerzen beidseits, die chronischen Kreuzschmerzen, die Schmerzen am linken Handgelenk sowie die Schulterschmerzen links nachvollzogen werden. Da keine alltagsrelevante neurologische oder internistische Diagnose vorliege, würden hier auch keine krankheitsbedingten Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in den verschiedenen Lebensbereichen bestehen, Inkonsistenzen fänden sich in den Aussagen des Versicherten nicht, auch nicht zwischen diesen und den Akteninformationen (IV-act. 320-17/196).

3.7.1 Gesamthaft beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 0% (IV-act. 320-18f./196). Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten sie fest, ab 2016 bis 2. Dezember 2019 habe die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 50% betragen (nur psychiatrisch), mit folgenden Ausnahmen in dieser Zeit:

- 0% AF ab dem 8. August 2016 für 6 - 8 Wochen postoperativ
- während der stationär-psychiatrischen Aufenthalte in den letzten Jahren

Seit dem 2. Dezember 2019 bis anhin anhaltend betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 0% (orthopädisch dominiert).

Weiter bescheinigten die Gutachter folgende, vorübergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit:

- 100% AUF ab dem 11. März 2015 für 2 - 4 Wochen postoperativ
- 100% AUF ab August 2013 für 6 - 8 Wochen postoperativ und 50% AUF für weitere 4 - 8 Wochen postoperativ
- jeweils 100% AUF ab Mai 2010 und ab August 2017 für die Dauer der Anlage eines Periduralkatheters und zumindest 2-4 Wochen nach dessen Entfernung
- 100% AUF ab dem 30. September 2005 bis 27. Juli 2006

3.7.2 In leidensangepassten Tätigkeiten beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit gesamthaft auf 55% (6 Stunden pro Tag, Leistungsfähigkeit 80%) (IV-act. 320-18f./196). Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten wurde ausgeführt:

Ab 2016 bis 02.12.2019: 55% (nur psychiatrisch). 02.12.2019 - 31.07.2020: 0% (orthopädisch dominiert). 01.08.2020 - 31.08.2020: 50% (orthopädisch dominiert). Seit 01.09.2020: 55% (psychiatrisch dominiert). Zwischenzeitlich ab 18.06.2021 für 4 Wochen postoperativ: 0% (orthopädisch dominiert). Während der stationären Aufenthalte war die Arbeitsfähigkeit aufgehoben.

3.7.3 Zur Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit und Gesamt-Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde ausgeführt, da in einem Fachgebiet die Arbeitsfähigkeit aufgehoben sei, gelte dies auch für die Gesamt-Arbeitsfähigkeit: 0% in der bisherigen Tätigkeit. In der leidensadaptierten Tätigkeit falle die orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht ins Gewicht, mit anderen Worten werde Erstere durch Letztere abgedeckt. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass orthopädisch nur das Rendement reduziert sei, und zwar in der gleichen Höhe wie psychiatrisch bedingt (keine Addition). Zusammenfassend entspreche hier die Gesamt-Arbeitsfähigkeit der psychiatrisch definierten Teil-Arbeitsfähigkeit: 55% (IV-act. 320-19/196).

4.1 Dr.med. M._____ beurteilte das orthopädische Teilgutachten der G._____ vom 13. September 2021 (IV-act. 320-71ff./196) in seiner RAD-Stellungnahme vom 22. November 2021 aus orthopädischer Sicht für die strittigen Belange als umfassend und auf allseitigen Untersuchungen und in Kenntnisse der Vorakten beruhend. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation sei einleuchtend, die Schlussfolgerungen begründet. Die orthopädischen Diagnosen mit funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (degenerative Veränderungen beider Kniegelenke nach mehrfachen Operationen, degenerative Veränderungen der unteren LWS, Z.n. operativ versorgter Scaphoidfraktur und Z.n. zweimaliger arthroskopischer Operation am Handgelenk links, Schulterengpasssyndrom links) verursachten vor allem qualitative funktionelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, die vom Gutachter im empfohlenen ergonomischen Profil ausreichend berücksichtigt worden seien. Zusätzlich werde von einem nachvollziehbaren erhöhten Pausenbedarf von 1.5 bis 2 Stunden ausgegangen (IV-act.-323).

4.2.1 Auf Empfehlung in der RAD-Stellungnahme von Q._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Prakt. Arzt) vom 18. November 2021 hin (IV-act.-322), wurden den MEDAS-Gutachtern verschiedene Nachfragen unterbreitet, welche diese am 29. November 2021 wie folgt beantworteten (IV-act.-330):

1. Wie wird die Diagnose F 29 anhand des ICD 10 Kriterien hergeleitet? Handelt es sich um eine unklare psychische oder psychotische Störung?

Nach kritischer Durchsicht der medizinischen Unterlagen aus den Vorjahren und aufgrund der neuropsychologischen Befundergebnisse und der psychiatrischen Exploration bestehen ausreichende Hinweise dafür, dass krankheitswertige psychische Beeinträchtigungen vorliegen. Diese lassen sich aber nicht zu einem eindeutigen und spezifischen psychiatrischen Syndrom subsumieren, so dass sie als unspezifisch bezeichnet werden müssen. Es erscheint daher angebracht als Diagnose eine „Unklare psychische Störung“ anzunehmen (ICD 10:F99). Im Gutachten wurde leider eine falsche Codierung vorgenommen (...).

2. Womit wird die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bei angegebenem psych. Befund begründet?

Aufgrund der objektivierten neuropsychologischen Befunde konnte - gemäss in diesem Fach üblicher Standards - eine Arbeitsunfähigkeit von 30% abgeleitet werden, begründet durch ein reduziertes Leistungsvermögen (Rendement). Die Neuropsychologie bildet aber nicht alle Funktionsstörungen (mit Relevanz für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit) ab. Daher erscheint unter zusätzlicher Berücksichtigung anderer psychiatrisch bedingter Funktionsstörungen eine höhere Arbeitsunfähigkeit begründbar. Hierbei sind vor allem zu nennen eine verminderte Stresstoleranz, eine nach unten verschobene Wahrnehmungsschwelle für Stressoren und ein krankhaft akzentuiertes Insuffizienzgefühl, was in der Summe zu einer Einschränkung der zumutbaren zeitlichen Belastbarkeit um 30% führt. Somit ergibt sich für die Arbeitsfähigkeit insgesamt: $70\% \times 70\% = 49\%$.

3. Mit welchen objektiven Befunden in psych. Status werden die Beeinträchtigungen in Mini ICF erklärt?

Durchhaltefähigkeit: Klinischer Gesamteindruck.

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit: Schwierigkeiten bei flexiblem Wechsel/Umstellung zwischen verschiedenen Aufgaben bzw. Gegebenheiten (neuropsychologischer Befund).

Selbstpflege: Unterstützung durch Spitex im Haushalt.

4. Was hat sich seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 18.06.2015, gestützt auf das Gutachten von Dr. C. _____ vom 05.03.2015 tatsächlich psychiatrisch verschlechtert?

Ein Vergleich mit dem Zustand zum damaligen Zeitpunkt der Begutachtung und der Verfügung ist nicht möglich, da gutachterlicherseits im Wesentlichen eine langjährige, fehlerhafte Pathologisierung des Versicherten zu Grunde gelegt wurde, somit wurde auch keine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung festgestellt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die jetzt durchgeführten neuropsychologischen Befunde als valide gezeigt haben, so dass mindestens insofern von objektivierbaren und relevanten funktionellen Störungen ausgegangen werden muss.

5. Wurden in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die aufgeführten Inkonsistenzen sowie die Informationen vom Strafgericht Urteil vom 09.11.2020 berücksichtigt?

Ja. Siehe auch hierzu letzten Absatz unter Nummer 4.

4.2.2 Am 4. Januar 2022 empfahl der RAD-Arzt Q. _____ dem MEDAS-Gutachter noch folgende Frage zu stellen (IV-act.-335):

In Ihrem Gutachten (psych. Teil) schrieben Sie u.a. "(...) Darüber hinaus wird aber auch eine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit angenommen, die sich offenbar im Rahmen der (zeitlich begrenzten) neuropsychologischen Untersuchungen nicht abbildete. Die psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit sind vermindert, die Stresstoleranz ist reduziert, die Wahrnehmungsschwelle für Stressoren ist nach unten verschoben. Hinzukommt ein subjektiv akzentuiertes Insuffizienzgefühl (...)" . Wie und in welcher Weise oder auf welcher Grundlage wurde das festgestellt?

Am 17. Januar 2022 antworteten die MEDAS-Gutachter wie folgt (IV-act.-339):

Diese Feststellung beruhte zum einen auf einigen Angaben des Versicherten:

- Bei psychischem Druck entwickle er körperliche Beschwerden.
- Er höre manchmal Stimmen, die ihn auffordern würden, sich zu schneiden oder umzubringen.
- In Gesprächen bekomme er nicht immer alles mit, könne sich nicht konzentrieren.
- Es komme zu Alpträumen, es komme zu Unterbrüchen im Schlaf.
- In den Ferien seien die Kinder regelmässig zwei bis drei Wochen bei ihm, was sowohl schön als auch anstrengend sei, da er sich um sie kümmern müsse.
- Er habe alle zwei Wochen durch eine Spitex Unterstützung im Haushalt.

Ausserdem wurde in der Neuropsychologie eine gewisse Störanfälligkeit (Ablenkung/Störung durch irrelevante Informationen) beschrieben.

Die zur Diskussion stehende Feststellung beruhte auch auf dem klinischen Gesamteindruck im Rahmen der Begutachtung. Auch aufgrund von medizinisch-theoretischen Überlegungen ist in Anbetracht der mannigfaltigen Beeinträchtigungen auf der kognitiven und psychischen Ebene davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit des Versicherten über die Zeit abnimmt und er nicht in der Lage sein dürfte, über einen langen Zeitraum ein bestimmtes Leistungsniveau zu halten.

4.2.3 Mit Stellungnahme vom 25. Januar 2022 beantwortete der RAD-Arzt Q. _____ die ihm von der Verwaltung gestellten Fragen wie folgt (IV-act. 341)

1. Liegt tatsächlich eine begründete und nachvollziehbare Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht gegenüber dem GA C. _____ bzw. seit unserer rechtskräftigen Aufhebungsverfügung vom 18.06.2015 vor?

Wenn ja, was kann psychiatrisch schlüssig als Verschlechterung bezeichnet werden?

In der Antwort auf die Zusatzfragen vom 29.11.2021 steht u.a.: "(...) *Ein Vergleich mit dem Zustand zum damaligen Zeitpunkt der Begutachtung und der Verfügung ist nicht möglich, da gutachterlicherseits im Wesentlichen eine langjährige, fehlerhafte Pathologisierung des Versicherten zu Grunde gelegt wurde, somit wurde auch keine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung festgestellt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die jetzt durchgeführten neuropsychologischen Befunde als valide gezeigt haben, so dass mindestens insofern von objektivierbaren und relevanten funktionellen Störungen ausgegangen werden muss. (...)*". Im psych. Teilgutachten steht u.a. auch: "(...) *Das massgebliche Gutachten vom 13.03.2015, das zu einem Sistieren der IV-Leistungen führte, stellte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest, sprach lediglich von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer remittierten Depression und einer Persönlichkeitsakzentuierung. Nach der aktuellen Exploration greift diese Einschätzung zu kurz, um das klinische Gesamtbild bei dem Versicherten zu beschreiben. Bereits die objektivierten neuropsychologischen Befunde lassen auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen. Allenfalls muss schlussgefolgert werden, dass der Zustand vor sechs Jahren anders war. Aktuell ist durchaus von psychischen Beeinträchtigungen mit Relevanz für die berufliche Leistungsfähigkeit auszugehen, die mittelschwer ausgeprägt sind. (...)*". Diese Ausführungen sind anhand der oben genannten med. Unterlagen (Gutachten mit Antworten auf die Zusatzfragen) plausibel.

2. Welche psychiatrischen Diagnosen liegen heute schlüssig begründet vor und inwieweit haben diese heute eine nachvollziehbare Einschränkung der AF zur Folge?

3. In welchem Ausmass kann eine psychiatrische Einschränkung der AUF aufgrund der gesamten Aktenlage schlüssig und nachvollziehbar begründet werden?

Gemäss der oben genannten med. Unterlagen (Gutachten mit Antworten auf die Zusatzfragen) liegt die psychiatrische Diagnose F 99 "Unklare psychische Störung" vor, die in diesen Akten schlüssig begründet ist und eine nachvollziehbare Einschränkung der AF zur Folge hat. Die Arbeitsfähigkeit betrage gemäss dem psych. Teilgutachten: "(...) Auf psychiatrischem Gebiet wird die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner letzten Tätigkeit mit 50% eingeschätzt. (...) Auf psychiatrischem Gebiet wird die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit mit 55% eingeschätzt. (...)".

4. Orthopädisch und neuropsychologisch wird eine AUF in angepasster Tätigkeit von 20% bestätigt. In welchem Ausmass und weshalb hat eine allfällig vorliegende psychiatrische Einschränkung noch eine kumulative Wirkung auf diese bestätigte 20%-ige AUF in angepasster Tätigkeit?

Im psych. Teilgutachten betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wird die maximale Präsenz von 6 h mit Verminderung des Rendements um 20% ("*dies wegen der neuropsychologischen Beeinträchtigungen*") [vgl. IV-act. 320-68/196] angegeben. Das würde eine Arbeitsfähigkeit von 55% ergeben. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung steht diesbezüglich u.a. "(...) *Leidensadaptierte Tätigkeit: Die orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit fällt im Verhältnis zur psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht ins Gewicht, mit anderen Worten wird Erstere durch Letztere abgedeckt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass orthopädisch nur das Rendement reduziert ist, und zwar in der gleichen Höhe wie psychiatrisch bedingt (keine Addition). Zusammenfassend entspricht hier die Gesamt-Arbeitsfähigkeit der psychiatrisch definierten Teil-Arbeitsfähigkeit: 55% (...)*". Das ist nachvollziehbar.

5.1 Das MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2021 erfüllt die Anforderung der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten (vgl. dazu E. 1.6.3 hiervor). Es wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten erstellt (IV-act. 320-21ff./196) und beruht auf eigenständigen interdisziplinären Untersuchungen (Psychiatrie [IV-act. 320-52ff./196], Orthopädie/Traumatologie [IV-act. 320-71ff./196], Neurologie [IV-act. 320-97ff./196], Innere Medizin [IV-act. 320-108ff./196], Neuropsychologie [IV-act. 320-119ff./196], inkl. Zusatzdiagnostik [IV-act. 320-134ff./196]). Es ist für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt eingehend die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Das Gutachten erweist sich in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der gesundheitlichen Situation als einleuchtend, und auch die Schlussfolgerungen der Experten sind nachvollziehbar begründet, was denn auch vom RAD bestätigt wurde (insb. E. 4.1 und E. 4.2.3 hiervor). Die Gutachter haben die funktionellen Auswirkungen anhand der Indikatoren (vgl. E. 1.7 hiervor) schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt und somit den normativen Vorgaben Rechnung getragen (IV-act. 320-16f./196; 320-66f./196). Das Gutachten erweist sich als beweiskräftig.

5.2 Sowohl aus internistischer wie auch aus neurologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde.

Die orthopädisch-traumatologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.2 und E. 3.4.2 hiervor) führen zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. Dezember 2019 in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe (vgl. E. 3.2 und E. 3.4.2 hiervor; vgl. auch IV-act. 320-75/196 i.V.m. 320-89f./196). In angepassten Tätigkeiten, d.h. leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten, welche insb. möglichst unter Vermeidung von Heben/Tragen von Gewichten über 10 kg und Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Lendenwirbelsäule, möglichst ohne Überkopfarbeiten, ohne Bücken unter Tischkantenniveau, ohne Knien oder Hocken und ohne repetitives Treppensteigen erfolgen sollten, mit Möglichkeit zu vermehrten Ruhepausen (IV-act. 320-89ff./196), erhöht sich die Arbeitsfähigkeit ab 1. August 2020 auf 50%, ab 1. September 2020 auf 60% und ab 1. Oktober 2020 auf 70%. Ab 1. November 2020 besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80% (8.5 Stunden pro Tag mit einem gesteigerten Pausenbedarf von ca. 1.5 - 2 Stunden wegen verlangsamtem Tempo, ohne qualitative Einschränkungen (IV-act. 320-90f./196). Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung fällt in der leidensadaptierten Tätigkeit die orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, d.h. das reduzierte Rendement, im Verhältnis zur psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht ins Gewicht, resp. wird durch diese abgedeckt (vgl. E. 3.7.3 hiervor; IV-act. 320-19/196; vgl. auch E. 4.2.3 in fine hiervor, IV-act. 341-2/2 ad 4). Der Beschwerdeführer opponiert weder gegen die orthopädische Arbeitsfähigkeitsschätzung noch gegen die Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils.

5.3.1 Im neuropsychologischen Teilgutachten wurden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis (materialunspezifisch, Intrusionen im verbalen Gedächtnis), Exekutivfunktionen (Störanfälligkeit, verminderte Umstellfähigkeit bzw. Perseverationstendenz, Handlungsplanung) und Aufmerksamkeit (phasische Aktivierungsbereitschaft) erhoben (IV-act. 320-127/196).

In der rein neuropsychologischen Beurteilung führte die objektivierte neuropsychologische Störung zu keiner zeitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Anwesenheit, jedoch zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Weil der Versicherte Schwierigkeiten habe, zwischen verschiedenen Aufgaben bzw. Gegebenheiten flexibel hin und her zu wechseln, teilweise vorschnell bzw. unkontrolliert vorgehe, störanfällig sei und deshalb möglicherweise Fehler passieren würden, sei von einem erhöhten Zeitbedarf auszugehen. Aus neuropsychologischer Sicht

wurde die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenmitarbeiter auf ungefähr 30% eingeschätzt, da diese Tätigkeit doch gewisse Anforderungen an die Umstellfähigkeit (Flexibilität) und Handlungsplanung stelle. In einer optimal angepassten Tätigkeit, an welche keine hohen Anforderungen an die Umstellfähigkeit bzw. die kognitive Flexibilität und keine hohen Anforderungen an die Handlungsplanung gestellt würden sowie möglichst kein Zeitdruck bestehe, betrage die Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht ungefähr 20% (IV-act. 320-130f./196).

5.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde bekräftigt, dass auf jeden Fall eine durch objektivierte neuropsychologische Befunde untermauerte psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert vorliege. Den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen mit Relevanz für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit sowie den vorhandenen Belastungsfaktoren und Ressourcen, abzüglich allfälliger nicht medizinisch begründeter Funktionsstörungen komme für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschlaggebende Bedeutung zu, weswegen es aus versicherungsmedizinischer Sicht ausreiche, von der Diagnose einer unklaren psychischen Störung auszugehen (IV-act. 320-62/196; vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 6; E. 1.7 hiavor).

Auf der Basis dieser Überlegungen wurde aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angenommen, bei welcher die neuropsychologisch festgestellten Funktionsstörungen (E. 5.3.1 hiavor) berücksichtigt waren. Darüber hinaus wurde im psychiatrischen Teilgutachten - wegen verminderter psychomentaler Ausdauer und Belastbarkeit, reduzierter Stresstoleranz, nach unten verschobener Wahrnehmungsschwelle für Stressoren sowie einem subjektiv akzentuierten Insuffizienzgefühl - auch eine zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit angenommen. Ebenfalls wurde den festgestellten Inkonsistenzen in einigen Angaben (dazu E. 3.6.2 und E. 4.2.1 f. hiavor; IV-act. 320-63/196) Rechnung getragen (IV-act. 320-63/196, 320-67/196; vgl. auch E. 3.4.1 hiavor, IV-act. 320-5ff./196).

Dies führte im psychiatrischen Teilgutachten zur Beurteilung, dass dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten noch eine maximale Präsenz von 6 Stunden pro Tag möglich sei. Bezüglich der Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde wegen der neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Störanfälligkeit, verminderte Umstellfähigkeit bzw. Perseverationstendenz, gestörte Handlungsplanung, Fehleranfälligkeit) und dem daraus resultierenden Zeitbedarf auf ein um 30% vermindertes Rendement erkannt. Daraus resultierte auf psychiatrischem Gebiet die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner letzten Tätigkeit von 50% (IV-act. 320-67f./196).

In angepassten Tätigkeiten (vgl. dazu E. 3.6.1 letzter Absatz [Belastungsprofil] hiervor) wurde wegen denselben neuropsychologischen Beeinträchtigungen auf ein um 20% vermindertes Rendement erkannt. Daraus resultierte auf psychiatrischem Gebiet die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit von 55% (IV-act. 320-68/196).

5.4.1 Diese differenzierte Einschätzung der Auswirkungen der neuropsychologisch erstellten Beeinträchtigungen auf das Rendement in der bisherigen Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten, welche sowohl im neuropsychologischen wie auch im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommen wurde, ist ohne Weiteres nachvollziehbar. Dass die Tätigkeit als Hilfskoch/Küchenmitarbeiter gewisse Anforderungen an die Umstellfähigkeit (Flexibilität) und Handlungsplanung stellt, leuchtet ein, gilt es in einer Küche doch regelmässig unterschiedliche Order zeitnah und nebeneinander zu bearbeiten, was sowohl mit einem gewissen Zeitdruck verbunden ist, als auch flexibles Hin- und Herwechseln zwischen verschiedenen Tätigkeiten verlangt. Insofern ist nicht zu beanstanden, dass den neuropsychologisch eruierten Beeinträchtigungen (Störanfälligkeit, verminderte Umstellfähigkeit bzw. Perseverationstendenz, gestörte Handlungsplanung, Fehleranfälligkeit) aus psychiatrischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit (ohne hohe Anforderungen an die Umstellfähigkeit und an die Handlungsplanung und möglichst ohne Zeitdruck) eine etwas geringere Einschränkung der Leistungsfähigkeit zugeordnet wurde, als in der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch/Küchenmitarbeiter.

Dass diese Beurteilung insgesamt, d.h. unter Berücksichtigung (weiterer) Funktionsstörungen, welche aus psychiatrischer Sicht eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken (vgl. dazu E. 5.3.2 hiervor, IV-act. 320-63/196) bezogen auf ein 100%-Pensum 'nur' zu einer Abweichung von 5% zwischen der psychiatrisch eruierten Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit führt, ändert letztlich nichts daran, dass die unterschiedliche Einschätzung der Auswirkungen der neuropsychologisch erstellten Beeinträchtigungen auf das Rendement in der bisherigen Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten sachlich begründet wurde und plausibel ist.

Anzufügen ist, dass sich das psychiatrische Teilgutachten bei der bisherigen Tätigkeit entgegen der Darstellung in der Beschwerde (Ziff. 19) konkret auf jene als Hilfskoch/Küchenmitarbeiter bezogen hat. Auch in diesem Teilgutachten wurde hinlänglich festgehalten, worin die bisherige Tätigkeit des Versicherten bestand (IV-act. 320-60/196 und 320-63/196); es bestehen diesbezüglich keine Unsicherheiten.

5.4.2 Der Umstand, dass die differenzierte Beurteilung der Auswirkungen der neuropsychologisch erstellten Beeinträchtigungen auf das Rendement in der bisherigen Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten im psychiatrischen Teilgutachten mit der Einschätzung im neuropsychologischen Teilgutachten übereinstimmt, gibt keinen Anlass zu Beanstandungen. Es kann auch nicht ernsthaft in Frage gestellt werden, dass in der psychiatrischen Beurteilung der Beeinträchtigung(en) des Leistungsvermögens die (durch neuropsychologische Ergebnisse) medizinisch begründeten Funktionsstörungen zu berücksichtigen und in der Gesamtbeurteilung zu würdigen waren.

Es waren sodann auch nicht die neuropsychologischen Erkenntnisse als solche, die zur psychiatrischen Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten geführt haben. Während aus rein neuropsychologischer Sicht von keiner zeitlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Anwesenheit auszugehen war (vgl. IV-act. 320-131/196), wurde im psychiatrischen Teilgutachten explizit über die neuropsychologisch festgestellten Funktionsstörungen hinaus - wegen verminderter psychomentaler Ausdauer und Belastbarkeit, reduzierter Stress-toleranz, nach unten verschobener Wahrnehmungsschwelle für Stressoren sowie einem subjektiv akzentuierten Insuffizienzgefühl - auch eine zeitliche Einschränkung angenommen (vgl. auch E. 5.2.2 hiervor), was insgesamt und unter Berücksichtigung der vorhandenen Belastungsfaktoren und Ressourcen zur Beurteilung einer psychiatrisch definierten Arbeitsfähigkeit von 50% führte (vgl. IV-act. 320-67/196).

5.4.3 Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass die so definierte psychiatrische Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens (noch) nicht zwischen deren Auswirkung in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit unterscheidet. Es kann denn auch eine vermeidbare Unschärfe im psychiatrischen Teilgutachten erkannt werden, wenn es in den Ziff. 6 (Diagnosen) und Ziff. 7 (Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung) jeweils vorbehaltlos eine psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit von 50% festhält und erst in Ziff. 8 (Aufführung und Beantwortung der Fragen) präzisiert, dass diese psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit zu unterschiedlichen Einschätzungen der prozentualen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führen kann.

Diese Schwäche im Aufbau des Gutachtens ändert indessen nichts daran, dass - wie bereits ausgeführt (E. 5.4.1 hiervor) - die differenzierte Einschätzung der Auswirkungen der neuropsychologisch erstellten Beeinträchtigungen auf das Rendement in der bisherigen Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten sachlich begründet und nachvollziehbar ist. Dasselbe gilt für den Umstand, dass die Ermittlung der

Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und Selbstpflege im Bezugskontext "Allgemeiner Arbeitsmarkt" erfolgt ist (IV-act. 320-67/196).

5.5 Hinsichtlich der im MEDAS-Gutachten umschriebenen, optimal angepassten Tätigkeiten (vgl. dazu E. 3.6.1 letzter Absatz [Belastungsprofil]) ist mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 148 V 174 E. 9.1 mit Hinweisen) festzuhalten, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt gemäss Art. 16 ATSG einen Arbeitsmarkt bezeichnet, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält und auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können.

Das Belastungsprofil des Versicherten ist nicht derart, dass eine zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich wäre, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vornherein als ausgeschlossen erscheint.

Vielmehr ist den Ausführungen in der Vernehmlassung der IV-Stelle vom 25. August 2023 (S. 3 unten) beizupflichten, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch körperlich angepasste, stressarme Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an die kognitive Flexibilität mitumfasst, wie etwa die von der Vorinstanz erwähnten einfachen Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten (Urteil BGer 9C_741/2023 vom 6.2.2024 E. 5.3).

5.6 Aus all diesen Gründen ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in den angefochtenen Verfügungen vom 9./26. Juni 2023 gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2021 und die Stellungnahmen des RAD (E. 4.1 und 2.2.3 hiervor) von einer Einschränkung von 45% in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen ist und demzufolge auf einen Anspruch des Versicherten auf eine Viertelsrente erkannt hat, soweit nicht - ab 1. März 2020 bis 31. Oktober 2020 - ein Anspruch auf eine ganze Rente bestanden hat.

6.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind; und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 Satz 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

6.2 Die Wiederanmeldung des Versicherten mit dem Begehren um Ausrichtung einer Rente erfolgte am 12. September 2016 (vgl. Ingress lit. C hiervor). Nachdem die IV-Stelle im Vorbescheid vom 22. April 2022 den Rentenbeginn ab 1. September 2017 festgelegt hatte (IV-act. 346-2/8), ersuchte der Versicherte in seinem Einwand vom 2. Mai 2022 um Zusprache einer halben Rente mit Wirkung ab dem 1. März 2017 (IV-act. 347). Die IV-Stelle hat im "Verfügungsteil 2" zur Verfügung vom 9./26. Juni 2023 diesem Ansinnen insofern zugestimmt, als sie darin festgehalten hat (IV-act. 354-18f./25 = Bf-act. 1 S. 17 f; vgl. auch IV-act. 348-1f./8):

Wir verfügen:

Ab 01.03.2017 befristet bis 29.02.2020 besteht Anspruch auf eine Viertelsrente (...).
(...)

Der retrospektive Verlauf der Arbeitsunfähigkeit lässt sich aus gutachterlicher Sicht nicht genau beurteilen. Die jetzige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dürfte aber bereits zum Zeitpunkt der Wiederanmeldung (September 2016) vorgelegen haben. Zu Gunsten des Versicherten gewähren wir den Rentenanspruch sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruches bzw. [ab] 1. März 2017.

Demgegenüber wurde in der Verfügung vom 26. Juni 2023 ein Anspruch des Versicherten auf eine Viertelsrente vom 1. September 2017 bis 29. Februar 2020 festgelegt (IV-act. 354-6/25). Anzufügen ist, dass sich in IV-act. 354-18f./25 ein weiterer (offenbar eingescannter) "Verfügungsteil 2" findet, in welchem "Ab 01.09.2017 befristet bis 29.02.2020 (...)" ein Anspruch auf eine Viertelsrente verfügt wurde, in der Begründung aber wiederum festgehalten wurde, dass der Rentenanspruch sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruches bzw. [ab] 1. März 2017 gewährt werde.

6.3 Ungeachtet dieser offensichtlichen Widersprüchlichkeiten und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 28. Juli 2023 erneut um Zusprache einer (halben) Rente mit Wirkung ab dem 1. März 2017 ersucht hat, hat sich die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vom 25. August 2023 zur Frage des Rentenbeginns nicht geäußert. Dagegen hat sie vorab auf die angefochtene Verfügung (IV-act. 354-1ff./25) und insbesondere auf den Verfügungsteil 2 (IV-act. 348-1f./8) verwiesen.

6.4 Angesichts dieses Verweises der IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vom 25. August 2023 insbesondere auf den "Verfügungsteil 2", in welchem sich die IV-Stelle - anders als in der Verfügung vom 26. Juni 2023 - mit dem Zeitpunkt des Rentenbeginns einlässlich auseinandergesetzt und insofern dem Einwand des Versicherten vom 2. Mai 2022 zugestimmt hat, kann für vorliegendes Verfahren nicht fraglich sein, dass mit diesem "Verfügungsteil 2" der Zeitpunkt des Rentenbeginns verbindlich verfügt wurde. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass

in der Verfügung vom 26. Juni 2023 versäumt wurde, den besagten "Verfügungsteil 2" korrekt nachzuvollziehen.

Diese Beurteilung erscheint zudem auch vor dem Hintergrund sachgerecht, dass einerseits in der Begründung im "Verfügungsteil 2" der retrospektive Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des psychiatrischen Teilgutachters korrekt wiedergegeben wurde (vgl. IV-act. 320/68/196) und andererseits in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung beim zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten jeweils von einer höheren Arbeitsunfähigkeit als 40% "ab 2016" ausgegangen wurde (vgl. IV-act. 320-18/196), was auch in verschiedenen Feststellungsblättern der IV-Stelle jeweils so übernommen wurde (vgl. IV-act. 321-17f./20; 334-16f./20; 340-16f./20; 345-17f./23). Danach kann davon ausgegangen werden, dass im März 2017 - sowohl aus Sicht der MEDAS-Gutachter als auch der Verwaltung - nicht nur die Voraussetzung von Art. 29 Abs. 1 Satz IVG erfüllt war, sondern auch jene von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG.

6.5 Damit erweist sich die vorliegende Beschwerde insoweit als begründet und ist gutzuheissen, als dem Versicherten - entsprechend der Festlegung im "Verfügungsteil 2" - eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. März 2017 (statt ab 1. September 2017) zuzusprechen ist. Auf die zwischenzeitliche Zusprache einer ganzen Rente ab 1. März 2020 bis 31. Oktober 2020 und wiederum einer Viertelsrente ab 1. November 2020 bleibt diese teilweise Beschwerdegutheissung ohne Einfluss.

7.1 Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) von insgesamt Fr. 500.-- zu 4/5 (Fr. 400.--) dem Beschwerdeführer und zu 1/5 der IV-Stelle (Fr. 100.--) auferlegt.

7.2 Soweit der Beschwerdeführer obsiegt, hat er Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle. Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRa; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975 abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRa ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte, sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer den Antrag auf Rentenzusprache ab 1. März 2017 nicht begründet hat, ist die reduzierte, von der Vorinstanz zu bezahlende Parteientschädigung ermessensweise auf Fr. 600.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen insoweit teilweise gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente wie folgt zugesprochen wird:
 - ab 1. März 2017 befristet bis 29. Februar 2020 eine Viertelsrente;
 - ab 1. März 2020 befristet bis 31. Oktober 2020 eine ganze Rente;
 - ab 1. November 2020 eine Viertelsrente.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und zu 4/5 (Fr. 400.--) dem Beschwerdeführer und zu 1/5 der IV-Stelle (Fr. 100.--) auferlegt. Diese Kosten werden so abgewickelt, dass das Gericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihrem Rechtsvertreter Fr. 100.-- durch die Vorinstanz zu bezahlen sind.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 600.-- (inkl. MwSt und Auslagen) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 22. August 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 18. September 2024