

GR_GERICHTE S 2018 146 vom 4. März 2020

GR Gerichte, 2020-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_146

FR: GR_GERICHTE S 2018 146 du 4 mars 2020

IT: GR_GERICHTE S 2018 146 del 4 marzo 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Aufgrund anhaltender Schmerzen im Bereich der Schultern wurde bei A._____ im Juli 2007 ein Neurostimulator zervikal implantiert.

E. 3.1

Bei erwerbstätigen Versicherten gilt als Invalidität die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Faktoren

- 15 - sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 7 Rz. 22 ff.; siehe bezüglich Aggravation und ähnlicher Erscheinungen auch BGE 141 V 281 E.2.2.1 f., 140 V 193 E.3.3).

E. 3.2

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung 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 Arbeitslage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 144 I 21 E.2.1, 142 V 290 E.4, 141 V 15 E.3.2, 128 V 29 E.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E.2).

E. 4

Einem Untersuchungsbericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Januar 2012 ist zu entnehmen, dass sich bei A._____ im Zeitpunkt der Untersuchung ein eher gering beeinträchtigter psychopathologischer Status ohne eindeutigen Nachweis einer psychischen Erkrankung zeigte.

- 3 -

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person sind die Verwaltung und das im Streitfall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, 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 Arzt seine originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und das im Streitfall angerufene Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt

- 16 - dem Arzt jedoch keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr gibt er eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab, welche er aus seiner Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4, 125 V 256 E.4). 4.2.1. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise grundsätzlich frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c). Dennoch hat es die Rechtspre-

- 17 - chung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a). 4.2.2. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von

externen Spezialärzten, 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 bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungs-träger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch bloss geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE

- 18 - 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). 4.2.3. Bei einer psychiatrischen Exploration ist nach der Rechtsprechung zudem zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E.3.2).

E. 4.4

und 4.5, 125 V 351 E.3a und 3b). Gleiches gilt mit Bezug auf die Beurteilungen von Dr. med. P._____, dem Hausarzt des Beschwerdeführers. Dr. med. P._____ ist zudem nicht Facharzt für Psychiatrie und somit nicht dazu befähigt ist, den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fachärztlich zu beurteilen. Nach Auffassung des streitberufenen Gerichts vermag auch Dr. med. P._____ das MEDAS-Gutachten nicht in Frage zu stellen. 5.4.1.2. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. R._____ sei von einer falschen Anamnese ausgegangen (vgl. vorstehende Erwägung 5.2), gilt es folgendes festzuhalten: Dr. med. R._____ hat sich in Kenntnis der Berichte von Dr. med. F._____ vom 5. Januar 2012 und Dr. med. K._____ vom 20. Februar 2017 (vgl. S. 81 des MEDAS-Gutachtens) sehr wohl mit der Diagnose Depression auseinandergesetzt (vgl. S. 84, 86 und 63 des MEDAS-Gutachtens). Im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung stellte er denn auch etwa fest, dass die Grundstimmung des Beschwerdeführers (zwar) ernst sei, jedoch nicht depressiv. Der Beschwerdeführer sei emotional gut erreichbar und

schwingungsfähig (vgl. S. 84 des MEDAS- Gutachtens). Zudem ist vor dem Hintergrund der Berichte von Dr. med. F._____ vom 5. Januar 2012 und Dr. med. K._____ vom 20. Februar 2017 sowie des Berichts von Dr. med. F._____ vom 2. April 2017 nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. R._____ festhält, dass sich psychiatrischerseits in der medizinischen Anamnese keine anamnestischen Angaben finden würden und lediglich einmal die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden sei (vgl. den Bericht von Dr. med. H._____ vom 20. Mai 2015), zumal diese Berichte von einem "eher gering beeinträchtigten psychopathologischen Status ohne eindeutigen Nachweis einer psychischen Erkrankung"

- 27 - bzw. einer "rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert" sprechen. Schliesslich bemerkte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. R._____ auch selbst, dass er (eigentlich) keine (eigentlichen) psychischen Probleme habe (vgl. S. 81 und S. 85 des MEDAS-Gutachtens). Soweit Dr. med. F._____ in seinem Verlaufsbericht vom 28. Januar 2018 zum Schluss gelangt, es liege eine rezidivierende depressive Störung (aktuell im Ausmass einer mittelgradigen Episode) vor, gilt es darauf hinzuweisen, dass er dabei auch invaliditätsfremde Faktoren (vgl. dazu vorstehende Erwägung 3.1) berücksichtigt hat, nämlich die "frustran verlaufenen IV-unterstützten beruflichen Massnahmen" und die "anhaltende Ungewissheit [des Beschwerdeführers] bezüglich seiner Zukunftsperspektive". Soweit der Beschwerdeführer sodann auch die interdisziplinäre Beurteilung im Allgemeinen und das neurochirurgische bzw. psychiatrische Teilgutachten im Besonderen kritisiert, weil darin den Auswirkungen der Schmerzen auf die Leistungsfähigkeit nicht genügend Rechnung getragen worden sei, vermag er ebenfalls nicht durchzudringen. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. R._____ setzt sich auf den Seiten 85 f. des MEDAS-Gutachtens mit der Schmerzsymptomatik auseinander. Er gelangte zum Schluss, dass keine relevanten psychischen Anteile an der beschriebenen Schmerzsymptomatik objektiviert werden könnten. Die neurochirurgische Teilgutachterin Dr. med. S._____, Fachärztin für Neurochirurgie, hält auf Seite 95 des MEDAS-Gutachtens fest, "dass bei der Komplexität der mehrfachen Traumatisierung und Operationen im Bereich des Schultergürtels und am Armplexus beidseits, bei zudem Status nach Explantation eines zervikalen SCS-Systems, ohne sinnvolle Möglichkeit diese zu ersetzen (nicht ohne Risiko), eine multifaktorielle komplexe, schwer behandelbare, gemischte Schmerzstörung mit dauerhaften Schmerzen besteht." Diesem Umstand trägt Dr. med. S._____ zusammenfassend insoweit Rechnung, als "aufgrund der komplexen Schmerzsymptomatik eine verminderte Arbeitsfähigkeit gegeben" sei (vgl. S. 97 des MEDAS-Gutachtens). Diese Einschätzungen fliessen denn auch in die interdisziplinäre Beurteilung mit ein, in der dem Beschwerdeführer bei optimaler Berücksichtigung des Fähigkeitsprofils eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (in adaptierter Tätigkeit) attestiert wird, wobei auch hier "aufgrund der bleibenden Schmerzsymptomatik [...] eine weitere Steigerung bis 100 % [als] nicht realistisch" erachtet wird (vgl. S. 61 des Gutachtens). Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, es fehle eine anästhesistische Beurteilung der schmerzbedingten Leistungseinschränkung, ist ihm entgegenzuhalten, dass es letztlich den Fachärzten obliegt, über die Erforderlichkeit weiterer Abklärungen bzw. die Beteiligung weiterer Disziplinen zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E.5.1.3 m.H.a. BGE 139 V 349 E.3.3). 5.4.2. Im Übrigen liegen nach Auffassung des streitberufenen Gerichts keine konkreten Indizien vor, die gegen die

Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens sprechen – obschon das psychiatrische Teilgutachten (einschliesslich des- sen Ergänzung) knapp ausgefallen und mit Blick auf die vom Beschwerdeführer (alle vier bis sechs Wochen; vgl. S. 90 des MEDAS-Gutachtens) wahrgenommene psychiatrische Behandlung ergänzungsbedürftig ist. Soweit der Beschwerdeführer die Untersuchungsdauer als kurz moniert, ist ihm entgegen zu halten, dass der Zeitaufwand für die psychiatrische Be- gutachtung letztlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten unterliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2019 vom 4. November 2019 E.3.3.3), was auch für das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_379/2019 vom 26. September 2019 E.3.5.1). Sodann lässt die Wieder- gabe der Aktenauszüge, namentlich im Rahmen der Aktenanalyse (vgl. S. 6 ff. des Gutachtens), keine falsche oder verzerrte Darstellung erken- nen. Wenn insbesondere Dr. med. N._____ aus den Akten andere Schlüsse zieht bzw. aktenmässig einen anderen Schwerpunkt legt, ist ihm entgegen zu halten, dass eine psychiatrische Exploration rechtsprechungs-

- 29 - gemäss von der Natur der Sache her nicht ermessenfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E.3.2; vgl. auch vorste- hende Erwägung 4.2.3). Wie die IV-Stelle zu Recht festhält, haben sich die MEDAS-Gutachter in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf eigene Untersuchungen getroffen. Zudem ist nicht ersichtlich, dass die MEDAS-Gutachter be- stimmte Symptome oder Beschwerdebilder ignoriert hätten; so wird in der interdisziplinären Beurteilung mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit folgendes festgehalten wird (vgl. S. 64 des MEDAS-Gutachtens): "Auch die Medika- tion sowie der Schmerz können zu einer Beeinträchtigung der geistig-psy- chischen Belastbarkeit führen. Sie betreffen die Reaktionsfähigkeit, Auf- merksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Stimmung, Affektivität, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, Flexibilität und Kompensations- fähigkeit. Diese pharmakogen begründeten Beeinträchtigungen der körper- lichen und geistig-psychischen Belastbarkeit sind beim Bedienen von Ma- schinen oder erhöhtem Gefährdungsbereichen zu berücksichtigen." Im Üb- rigen sind die Ausführungen zur Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszu- stand sowie zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begrün- det. Die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm ins Recht ge- legten Berichte sind nicht geeignet, den Beweiswert des MEDAS-Gutach- tens zu schmälern. 5.4.3. Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass die IV-Stelle zu Recht auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. September 2017 ab-

- 30 - gestellt hat, wonach der Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Beschwerden (Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: chronisch wiederkehrende Schulterarthralgien, chronisch wiederkehrende Cerviko- dorsolumbalgien sowie Residualsymptome nach Verletzung des Plexus brachialis beidseits) in einer optimal leidensadaptierten Verweistätigkeit (körperlich leichten, rücken- und schulterschonenden) Tätigkeit seit No- vember 2015 80 % arbeitsfähig ist (Leistung 80 %, Zeitpensum 8.5 Stunden pro Tag).

Im März 2013 meldete sich A._____ unter Hinweis auf chronische Schmerzen in beiden Schultern und Gefühlsstörungen in beiden Armen bis zu den Fingern erneut bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufliche Integration/Rente) an.

E. 5.1

Die IV-Stelle stützt sich in der angefochtenen Verfügung neben der Beurteilung des RAD-Arztes M._____ vom 13. Dezember 2017 insbesondere auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. September 2017 und hält unter anderem fest, dass dieses Gutachten auf der Vorgeschichte, den bisherigen Akten sowie mehreren persönlichen (allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurochirurgischen und gastroenterologischen) Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhe und in seinen Ergebnissen schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erscheine. Betreffend Arbeitsfähigkeit werde im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Beschwerden in einer behinderungsgerechten (= körperlich leichten, rücken- und schulter-schonenden) Tätigkeit seit November 2015 80 % arbeitsfähig sei (ganztags verwertbar mit um 20 % reduzierter Leistung).

E. 5.2

Demgegenüber übt der Beschwerdeführer Kritik am MEDAS-Gutachten bzw. am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. R._____. Er hält fest,

- 19 - dass Dr. med. R._____ in seinem sehr bescheidenen konsiliarischen Gutachten aus psychiatrischer Sicht eine Diagnose verneine und eine volle Arbeitsfähigkeit postuliere. Dem widerspreche nicht nur Dr. med. P._____ (in seinem Bericht vom 28. März 2018), sondern auch der Suva-Konsiliarpsychiater Dr. med. N._____, der das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. R._____ in unmissverständlicher Weise kritisiere. Weiter erwähnt der Beschwerdeführer, dass Dr. med. R._____ schreibe, psychiatrischerseits würden sich in der medizinischen Anamnese keine anamnesticen Angaben finden. Lediglich einmal werde die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt; eine psychiatrische Behandlung habe fachspezifisch nicht stattgefunden. Das sei ganz offensichtlich falsch: In verschiedensten medizinischen Akten werde ihm eine Depression attestiert (vgl. den Bericht von Dr. med. F._____ vom 2. April 2017 sowie den Bericht von Dr. med. K._____ vom 20. Februar 2017). Wäre Dr. med. R._____ von einer korrekten Anamnese ausgegangen, hätte er wahrscheinlich beim behandelnden Psychiater Dr. med. F._____ fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt und diese mitberücksichtigt. Weiter weist der Beschwerdeführer daraufhin, dass in der Zusammenfassung und interdisziplinären Beurteilung (vgl. S. 63 – 69 des MEDAS-Gutachtens) jeglicher Hinweis auf die erheblichen chronischen Dauerschmerzen fehle; die Auswirkungen der Schmerzen auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit würden völlig unterschätzt.

E. 5.3

Nachfolgend gilt es also zu prüfen, ob die IV-Stelle zu Recht auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. September 2017 abgestellt hat oder ob dieses durch die übrigen medizinischen Akten in Zweifel gezogen wird bzw. ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieses Gutachtens sprechen.

E. 5.3.1

Der Suva-Konsiliarpsychiater Dr. med. N._____ hält in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 19. März 2018 fest, dass der Beschwerdeführer die

- 20 - psychischen Beschwerden in massiver Weise bagatellisiere. Wiederholt würden erhebliche Einschränkungen nur indirekt erwähnt. Der Beschwerdeführer begründe dies damit, dass er sich wegen Hänseleien während der Schulzeit angewöhnt habe, nur noch eine fröhliche Fassade zu zeigen und Schwächen zu verheimlichen. Auch im affektiven Bereich bestehe eine sehr grosse Diskrepanz zwischen dem Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung und den tatsächlich vorliegenden Beschwerden und Beeinträchtigungen. Die tatsächlich vorliegenden, ganz erheblichen affektiven Symptome würden teilweise nur indirekt deutlich, indem der Beschwerdeführer beispielsweise sage, dass er hoffe, nach den Fallabschlüssen durch die Sozialversicherungen "wieder ein wenig leben" zu können, woraus auf eine mindestens mittelgradige Beeinträchtigung der Vitalgefühle zu schliessen sei. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei in weitgehend anhaltender Weise mittelgradig bedrückt, bei Gefühlen von Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und oft auch Resignation und Verzweiflung. Es bestehe eine typische, depressive Psychodynamik. Weiter hält Dr. med. N._____ fest, dass die Beurteilung durch Dr. med. K._____ (vgl. den Bericht von 20. Februar 2017) stark zu relativieren sei. So sei es überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer bereits seit mehreren Jahren mindestens mittelgradig depressiv sei, was allerdings aufgrund seiner massiven und höchst ungewöhnlichen Bagatellisierung nur sehr schwer erkennbar sei. Entgegen der Auffassung von Dr. med. F._____ (vgl. den Bericht vom 2. April 2017) sei die depressive Symptomatik überwiegend wahrscheinlich nie vollständig remittiert. Wahrscheinlich sei der Beschwerdeführer jeweils rund mittelgradig depressiv bzw. schwer depressiv gewesen, wenn sein depressiver Zustand als remittiert bzw. als mittelgradig depressiv beurteilt worden sei. Die sei gut erklärbar durch seine sehr aussergewöhnliche Bagatellisierung. Ganz offensichtlich verheimliche der Beschwerdeführer auch gegenüber seinen Behandlern jeweils das tatsächliche Ausmass seiner psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen.

- 21 - Dr. med. N._____ gelangt zum Schluss, dass eine sorgfältige Beurteilung der ICD-10 Kriterien zur Diagnose eines schwer depressiven Zustandsbil- des führe. Allerdings sei der Beschwerdeführer trotzdem fähig, während eines Gesprächs vordergründig psychisch praktisch unauffällig zu wirken. Auf der einen Seite sei dies schlecht mit der Diagnose eines schwer depressiven Zustandes zu vereinbaren. Auf der anderen Seite sei dabei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer über ein hohes Mass an persönlichen Ressourcen und Willenskraft verfüge. Zudem habe er sich bereits während der Pubertät angewöhnt, eine normale, unauffällige, freundliche Fassade zu zeigen und sämtliche Schwächen in intensiver Weise zu verheimlichen. Trotz des langwierigen Verlaufs bei den Sozialversicherungen gebe er sich auch diesbezüglich in einer gedul- digen, gelassenen Weise – obwohl zu erwarten sei, dass dies zu ganz erheblichen, negativen Gefühlen führe, wie teilweise durch den behandelnden Psychiater Dr. med. F._____ beschrieben (Resignation, Verbitterung). Insgesamt liege aus diesen Gründen aktuell am ehesten ein mittelgradig bis schwer depressiver Zustand vor. Aufgrund des mittelgradigen bis schweren depressiven Zustandes seien Tätigkeiten ohne hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit zu bevorzugen und dies in einem wohlwollenden, konfliktarmen Milieu. Wie intensive berufliche Massnahmen bei einer sehr guten Motivation und Kooperation des Beschwerdeführers gezeigt hätten, sei selbst unter optimalen Bedingungen im allgemeinen

Arbeitsmarkt allerhöchstens eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % realisierbar. Der Beschwerdeführer bemühe sich stark darum, seine Restarbeitsfähigkeit in optimaler Weise auszuschöpfen. Ein mittelgradiger bis schwerer depressiver Zustand führe in aller Regel zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (auch in einer optimal angepassten Tätigkeit) von mindestens 70 % bis 80 %. Das MEDAS-Gutachten bzw. das psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. R._____ ist nach Auffassung von Dr. med. N._____ aus mehreren

- 22 - Gründen nicht nachvollziehbar: Es widerspiegeln eine ausgesprochen tendenziöse Aktenwiedergabe, eine tendenziöse Haltung des Dr. med. R._____, eine ausgeprägte Bagatellisierung durch den Beschwerdeführer und eine nur oberflächliche Exploration. Zudem sei das psychiatrische Teilgutachten insgesamt recht kurz, es stütze sich recht stark auf die Akten ab und beinhalte mehrere ganz erhebliche Fehlaussagen. So habe Dr. med. R._____ unter anderem angegeben, dass sich der Beschwerdeführer nicht in einer psychiatrischen Behandlung befinde, was nicht den Tatsachen entspreche. Ausserdem habe Dr. med. R._____ keine Erklärung für die aussergewöhnlich grosse Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der intensiven beruflichen Massnahmen und der Beurteilung der beruflichen Zumutbarkeit im MEDAS-Gutachten geliefert. Insgesamt sei die Schlussfolgerung betreffend die berufliche Zumutbarkeit im MEDAS-Gutachten aufgrund der Resultate der beruflichen Massnahmen und der eigenen Exploration nicht nachvollziehbar.

E. 5.3.2

Auch Dr. med. P._____ nimmt in seinem Schreiben vom 28. März 2018 Stellung zum MEDAS-Gutachten. Seiner Beurteilung zufolge sei der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2018 für leichte Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig. Durch die jahrelangen und zermürbenden Unfallfolgen sei es auch zu psychischen Einschränkungen gekommen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Der Beschwerdeführer sei sehr willig, den Schaden zu mindern und dürfte sich eher überschätzen. Als Diagnose nennt Dr. med. P._____ unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, reaktiv auf den langjährigen somatischen Krankheitsverlauf (wobei er auf den Bericht von Dr. med. K._____ vom Februar 2017 verweist).

E. 5.3.3

Schliesslich nimmt auch der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____ in seinem Schreiben vom 24. Januar 2019 Stellung zum MEDAS-Gutachten bzw. zu dessen Ergänzung durch Dr. med. Q._____ vom 26. Juni 2018. Dr. med. F._____ hält zunächst fest, dass sich der Beschwerdeführer seit Au-

- 23 - gust 2015 in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Als durchgehende Grundkonstante der psychischen Beschwerden sei eine anhaltende Beeinträchtigung der Grundstimmung, eine schwere Schlafstörung, verbunden mit chronischer Müdigkeit, Erschöpfung und mangelnder Erholungsqualität, Störung der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit sowie eine tiefgreifende Störung des Selbstwertgefühls beobachtbar. Darüber hinaus seien in wechselhafter Ausprägung zusätzliche psychische Symptome aufgetreten, die über Jahre – mindestens seit 2015 – das Krankheitsbild einer rezidivierenden depressiven Störung charakterisierten, wobei über den bisherigen Zeitverlauf das gesamte Spektrum der Schweregrade der Krankheitsepisoden von "remitiert" bis hin zu krisenhaft zugespitzten "schweren Episoden" feststellbar gewesen sei. Aktuell (Stand Dezember 2018/Januar 2019) sei das

Ausmass der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers als eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) zu kodieren. Entsprechend dem episodenhaften Verlauf der depressiven Erkrankung schwanke die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychischen Gründen zwischen ca. 50 % bis 100 %. Mit Bezug auf die Klassifizierung der Erkrankung gemäss ICD-10 hält Dr. med. F._____ folgendes fest: Im Falle der Erkrankung des Beschwerdeführers liessen sich einzelne Symptome – wie bspw. die gesteigerte Ermüdbarkeit oder der Verlust von Interesse – sowohl als Kriterium einer Depression (wie dies der Suva-Konsiliarpsychiater Dr. med. N._____ tue) als auch als Kriterium der unmittelbaren Schmerzeinwirkung (wie er selbst es tun würde) zuordnen. Man finde aber kein Argument dafür, einzelne Symptome in ihrer zweifellos relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu ignorieren (wie dies Dr. med. R._____ im psychiatrischen Teilgutachten tue). 5.4.1.1. Nach Auffassung des streitberufenen Gerichts ergibt sich aus den in den vorstehenden Erwägungen 5.3.1 – 5.3.3 dargelegten ärztlichen Beurteilun-

- 24 - gen nichts, was das MEDAS-Gutachten derart in Zweifel ziehen oder erschüttern würde, dass davon abzuweichen wäre (vgl. BGE 125 V 351). So ist es wenig plausibel, wenn der Suva-Konsiliarpsychiater Dr. med. N._____ entgegen gewisser fachärztlicher Einschätzungen (vgl. auch den Bericht von Dr. med. K._____ vom 20. Februar 2017) und entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ (vgl. den Bericht vom 2. April 2017) ausführt, dass der Beschwerdeführer bereits seit mehreren Jahren mindestens mittelgradig depressiv sei, was allerdings aufgrund seiner massiven Bagatellisierung nur sehr schwer erkennbar sei. Die Erklärung für diese Bagatellisierung (Hänseleien in der Schule mit der Angewöhnung, nur noch eine fröhliche Fassade zu zeigen) erscheint absonderlich und wird – soweit ersichtlich – durch keinen anderen fachärztlichen Bericht gestützt. Zudem ist es wenig plausibel, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber seinem behandelnden Psychiater Dr. med. F._____ das tatsächliche Ausmass seiner psychischen Beschwerden verheimlicht haben soll. Weiter mutet es widersprüchlich an, wenn Dr. med. N._____ gestützt auf die ICD-10 Kriterien auf ein schwer depressives Zustandsbild schliesst, dieses aber sogleich relativiert, indem er festhält, dass der Beschwerdeführer trotzdem fähig sei, während eines Gesprächs vordergründig psychisch praktisch unauffällig zu wirken, was schlecht mit einer schweren Depression zu vereinbaren sei. Nicht nachvollzogen werden kann sodann auch die Schlussfolgerung von Dr. med. N._____, wonach seit rund 2013 bis 2014 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere depressive Episode, vorliege (vgl. IV-act. 409 S. 49), wenn der Beschwerdeführer während des seinerzeitigen Anstellungsverhältnisses bei der E._____ stets sehr gute Arbeitsleistungen gezeigt hat und aus dem Arbeitszeugnis der E._____ vom 29. Februar 2016 hervorgeht, dass der Beschwerdeführer sehr interessiert, motiviert, pflichtbewusst und engagiert gewesen sei, für Kunden ein kompetenter und dienstleistungsorientierter Ansprechpartner sowie offen, freundlich und integer gewesen sei. Dieses Arbeitsverhalten kontrastiert stark mit der ICD-10-Beschreibung einer

- 25 - schweren bzw. mittelgradigen depressiven Episode, während derer ein Patient nur sehr unwahrscheinlich bzw. nur unter erheblichen Schwierigkeiten berufliche Aktivitäten fortführen kann (vgl. Beschreibung ICD-10: F32.1 und F32.2; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Bern 2014, S. 173 f.). Auch der erst im vorliegenden Verfahren mit Datum vom 28. Januar 2019 nachgereichte

Bericht von Dr. med. F._____ vom 24. Januar 2019 vermag das MEDAS-Gutachten nicht zu erschüttern. Soweit darin für Dezember 2018/Januar 2019 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) diagnostiziert wird, ist ohnehin fraglich, inwiefern die damit zusammenhängenden Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens Ende Oktober 2018 gegebene Situation erlauben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2019 vom 25. September 2019 E.2.2.2). Darüber hinaus kann Dr. med. F._____ nicht gefolgt werden, wenn er auf eine mindestens seit 2015 bestehende rezidivierende depressive Störung schliesst. Dies steht nämlich – genauso wie die Einschätzungen von Dr. med. N._____ – in augenfälligem Kontrast zu den aus diesem Zeitraum stammenden Berichten betreffend die Arbeitstrainings, aus denen unter anderem hervorgeht, dass die Leistungen des Beschwerdeführers konstant hoch gewesen seien, ihm der Aufgabenbereich Spass gemacht und er eine hohe Motivation und einen hohen Einsatz gezeigt habe (vgl. den Abschlussbericht betreffend das Arbeitstraining in der D._____ vom 25. Januar 2017 [IV-act. 325]; vgl. auch den "Bericht berufliche Massnahmen" vom 23. Juni 2017 [IV-act. 354]). Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass es sich bei Dr. med. F._____ um den behandelnden Psychiater des Beschwerdeführers handelt. Wie bereits in vorstehender Erwägung 4.2.2 dargelegt, darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitun-

- 26 - ter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2,

E. 6

Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, gelangte in seiner Abschlussbeurteilung vom 22. Mai 2013 zu folgendem Schluss: In der bisherigen Tätigkeit bei der E._____ werde die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich nicht wesentlich über 50 % zu steigern sein. In einer leichten manuellen Tätigkeit ohne Überkopfarbeit, in normaler Arbeitshöhe und Heben und Tragen von Lasten bis max. 5 kg könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Aufgrund der psychischen Belastungen im Rahmen des Schmerzsyndroms und der ausgeprägten existenziellen Ängste sei A._____ eine psychologische Betreuung anzubieten.

E. 6.1

Weiter verweist der Beschwerdeführer auf die Diskrepanz zwischen der medizinisch-theoretischen und der berufspraktischen Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit. Das Arbeitstraining im EVAL in Valens habe gezeigt, dass er eine verwertbare Leistung von 25 % erzielen könne (Leistung von 50 % in angepasster Tätigkeit bei 50%iger Präsenzzeit). Dabei hätten ihm die mit der Eingliederung befassten Personen ein sehr gutes Arbeitsverhalten, Zuverlässigkeit und eine hohe Motivation attestiert.

E. 6.2

Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem

Arbeitsverhalten/- einatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E.6.1.1 und 9C_534/2018 vom 15. Februar 2019 E.2.2). Rechtssprechungsgemäss kommt den Erkenntnissen von Eingliederungsfachper-

- 31 - sonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen resp. Programmen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit jedoch nur beschränkte Aussagekraft zu; sie beruhen in aller Regel nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Urteil des Bundesgerichts 9C_379/2019 vom 26. September 2019 E.3.5.3 m.w.H.). 6.3.1. Gestützt auf die Aktenanalyse (vgl. S. 35 des MEDAS-Gutachtens) ist davon auszugehen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter (zumindest) in Kenntnis des Abschlussberichts vom 25. Januar 2017 betreffend das Arbeitstraining in der D._____ erfolgte. Nicht ersichtlich ist allerdings, dass sich die MEDAS-Gutachter mit den Ergebnissen der berufspraktischen Abklärungen eingehend auseinandergesetzt hätten. Diesbezüglich holte die IV-Stelle jedoch eine Stellungnahme beim RAD-Arzt M._____ ein. Dieser äusserte sich wie folgt zur Diskrepanz zwischen der medizinisch-theoretischen und der berufspraktischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Abschlussbeurteilung vom 13. Dezember 2017): Bei der Prüfung der praktischen Arbeitsfähigkeit im EVAL spielten sicherlich auch nicht medizinische Faktoren mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hinein. So sei es aus medizinischer Sicht völlig unverständlich, warum der Beschwerdeführer nur vier Stunden täglich anwesend sein könne. Die Begründung des EVAL (Ergänzung zum Bericht vom 13. Oktober 2017) vom 2. November 2017 sei nicht wirklich erhellend, da psychische und physische Tagesschwankungen angegeben würden, es aus medizinischer Sicht jedoch keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gebe. Auch die geklagte Müdigkeit und die abnehmende Konzentration dürften auf rein subjektiver Einschätzung der nichtärztlichen Beurteilungspersonen beruhen. Und die halbtägige Präsenzzeit werde mit den (subjektiven) Angaben des Beschwerdeführers begründet, dass er an den Grenzen seiner Möglichkeiten sei. Das EVAL unter-

- 32 - lasse es, die rein subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu objektivieren. 6.3.2. Auch das streitberufene Gericht gelangt zum Schluss, dass die Eingliederungsfachpersonen in ihren Beurteilungen die subjektive Arbeitsleistung des Beschwerdeführers wiedergeben und invaliditätsfremde Faktoren (vgl. dazu vorstehende Erwägung 3.1) berücksichtigt haben. So ist dem "Bericht berufliche Massnahmen" vom 13. Oktober 2017 zu entnehmen, dass das Warten auf den ausstehenden Bericht der ärztlichen Untersuchungen und das lange andauernde Verfahren den Beschwerdeführer belastet hätten (= invaliditätsfremde Faktoren). Weiter ist der "Ergänzung zum Bericht vom 13. Oktober 2017" zu entnehmen, dass die Gründe für die Einschränkung in der Leistungsfähigkeit namentlich subjektiv Schmerzen und Müdigkeit, abnehmende Konzentration und zusätzliche Pausen seien; aus Sicht des Beschwerdeführers sei er mit der halbtägigen Präsenzzeit an der Grenze seiner Möglichkeiten gewesen. Auch dem "Bericht berufliche Massnahmen" vom 9. Januar 2018 ist zu entnehmen, dass das Resultat der ärztlichen Untersuchungen den Beschwerdeführer stark belastet habe. Schliesslich ist davon auszugehen, dass auch beim Arbeitstraining in der D._____ invaliditätsfremde Faktoren

berücksichtigt worden sind. So soll es nach Angaben des Beschwerdeführers Rollenkonflikte gegeben haben (vgl. IV-act. 341 S. 6), was die Schlafprobleme des Beschwerdeführers aus ärztlicher Sicht vermutlich nicht positiv beeinflusst habe (vgl. IV-act. 331 S. 27; vgl. auch IV-act. 332 S. 21). 6.3.3. Nach dem Gesagten vermögen daher die Leistungen des Beschwerdeführers während des Arbeitstrainings im EVAL (trotz guter Arbeitshaltung) und die Beurteilungen der Eingliederungsfachpersonen keine ernsthaften Zweifel an der durch die MEDAS-Gutachter vorgenommenen Einschätzung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erwecken. Im Übrigen ist ohnehin fraglich, ob die während des Arbeitstrainings im EVAL

- 33 - zu erfüllenden Aufgaben optimal leidensadaptiert waren. Dem "Bericht berufliche Massnahmen" vom 23. Juni 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab der 8. Woche ins Büro gewechselt und dort hauptsächlich an der Validierung (zur Anerkennung seiner Ausbildung zum Betreuer) gearbeitet habe. Er habe begonnen, das 10-Fingersystem zu erlernen. Auch dem "Bericht berufliche Massnahmen" vom 13. Oktober 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis zu zwei Stunden täglich an der Validierung gearbeitet und dadurch seine Fachkenntnisse am PC verbessert habe. Dem MEDAS-Gutachten ist mit Bezug auf das Fähigkeitsprofil des Beschwerdeführers allerdings folgendes zu entnehmen (vgl. S. 64 des Gutachtens): "Alle Tätigkeiten mit Armvorhalteposition, in und über Brusthöhe, sind nicht geeignet, es sind insbesondere auch komplexe Schultergürtelbelastungen [...] nicht möglich oder würden nachfolgend erhebliche Pausen erfordern. So besteht auch eine Einschränkung der längeren Belastung durch Schreiben auf Tastaturen oder durch gehobene Arme oder vermehrte Belastung der Arme und Hände." Darüber hinaus wurde im neurochirurgischen MEDAS-Teilgutachten folgendes festgehalten (vgl. S. 90 des Gutachtens): "Derzeit laufe eine Eingliederung in Valens. Hierbei habe er [der Beschwerdeführer] bemerkt, dass das Tastatur bedienen "Gift" für ihn sei und zu einer vermehrten Schmerzbildung in den Schultern führe. Anfangs habe er auch die Tätigkeit als Elektroinstallateur ausgeführt, dies war für ihn einfacher." Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer neben seiner Arbeit im EVAL in Valens täglich mit dem Auto von X._____ nach Valens / Valens nach X._____ gefahren ist und somit während weiteren rund 90 Minuten pro Tag einer ungünstigen Belastung standhalten musste (Armvorhalteposition; gehobene Arme).

E. 7

Ab dem 17. Juni 2013 arbeitete A._____ wieder zu 100 % bei der E._____. Dabei konnte er die schwereren Arbeiten abgeben; es mussten allerdings keine für die E._____ merklichen Anpassungen vorgenommen werden.

E. 7.1

Weiter rügt der Beschwerdeführer, dass die IV-Stelle zu Unrecht vom rechtskräftig festgestellten Invaliditätsgrad der Suva abweiche, ohne dies

- 34 - zu begründen; damit verstosse sie gegen die Praxis, nicht ohne Not von einer rechtskräftigen Einschätzung des Unfallversicherers abzuweichen.

E. 7.2

In BGE 133 V 549 hat das Bundesgericht zwar den Grundsatz der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs wiederholt, wonach bei gleichem Gesundheitsschaden die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und der

Militärversicherung denselben Invaliditätsgrad ergeben soll. Eine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung hat es jedoch – wie der Beschwerdeführer selbst einräumt – verneint (anstatt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_594/2016 vom 18. November 2016 E.2.4).

E. 7.3

Vorliegend macht der Beschwerdeführer keine triftigen Gründe für eine Abkehr von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geltend. Zudem liegen sehr wohl Gründe vor, die ein Abweichen vom (rechtskräftig) festgestellten Invaliditätsgrad der Suva rechtfertigen: So wurde in den vorstehenden Erwägungen 5.4.1.1 ff. dargelegt, weshalb die psychiatrische Beurteilung des Suva-Konsiliarpsychiaters Dr. med. N. _____ das durch die IV-Stelle eingeholte MEDAS-Gutachten (samt Ergänzung) nicht entscheidend zu erschüttern vermag. Zudem geht die Suva, wenn sie bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den Verdienst als Abteilungsleiter E. _____-Werkstätte abstellt, von einem zu hohen Valideneinkommen aus (vgl. dazu nachstehende Erwägungen 8.1 - 8.3).

E. 8

Am 15. Januar 2014 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (kein Anspruch auf eine Invalidenrente) zufolge Nichterfüllung des Wartejahres. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 8.1

Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich geltend, dass die IV-Stelle das hypothetische Valideneinkommen zu tief angesetzt habe. Die berufliche Umschulung sei im Juli 2007 erfolgreich abgeschlossen worden. Erst knapp fünf Jahre später habe er sich erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. Deshalb scheine es korrekt, auf den Lohn vor der Neuanmeldung (Abteilungsleiter E. _____-Werkstätte) und

- 35 - nicht auf den ursprünglichen Lohn (Maschinist) abzustellen, wie dies auch die Suva getan habe.

E. 8.2

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt (d.h. im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns oder der Anspruchsänderung) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Grund ihrer beruflichen Fertigkeiten und persönlichen Umstände als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist grundsätzlich vom letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst auszugehen. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteile des Bundesgerichts 9C_797/2018 vom 10. September 2019 E.4.1.1 und 9C_228/2019 vom 27. August 2019 E.4.2.1). Eine berufliche Weiterentwicklung nach Eintritt des Gesundheitsschadens kann rechtsprechungsgemäss nur berücksichtigt werden, wenn konkrete Anhaltspunkte für einen beruflichen Aufstieg bestehen. Namentlich kann aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position erreicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_220/2018 vom 14. November 2018 E.5.1).

E. 8.3

Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer den Beruf des Sozialbegleiters erst nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Rahmen einer von der Invalidenversicherung übernommenen Umschulung erlernt hatte. Es bestehen keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer diesen Beruf auch ohne Eintritt des Gesundheitsschadens erlernt hätte. Bei der Bemessung des Valideneinkommens hat die IV-Stelle folglich zu Recht auf den letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten Verdienst als Maschinist bei der B._____ AG und nicht auf den - 36 - Verdienst als Abteilungsleiter E._____ -Werkstätte abgestellt (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2009 vom 13. März 2009). 9. Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 10. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Angesichts des erheblichen Verfahrensaufwands rechtfertigt es sich vorliegend, die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festzulegen. Diese sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). Der obsiegenden IV-Stelle steht kein Anspruch auf eine aussergerichtliche Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

E. 9

Im August 2014 erging von Seiten der E._____ eine Schadenmeldung an die Suva, wonach A._____ aufgrund eines Rückfalls bzw. grosser Schmerzen bei der Arbeit seit dem 31. Juli 2014 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig sei. Damit einher ging eine erneute Anmeldung von A._____ bei der IV- Stelle zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 10

Am 5. Februar 2015 wurde der im Juli 2007 bei A._____ implantierte Neurostimulator zufolge Funktionsverlust operativ entfernt. Gemäss dem Aus-

- 4 - trittsbericht vom 6. Februar 2015 konnte intraoperativ im Wachzustand bei Anschluss an ein externes Stimulationsgerät keinerlei spürbaren Stimulationsseffekt ausgelöst werden; dies sei auf Vernarbungen/Verkalkungen zurückzuführen. Aufgrund der duralen zervikalen Verkalkung, welche am ehesten als reaktiv auf die Elektrodenimplantation zu werten sei, mache eine Reimplantation keinen Sinn.

E. 11

Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2015 zu folgender Diagnose: Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Sie hielt fest, dass kein Anhalt für eine ausgeprägte Ängstlichkeit i.S. einer Angststörung bzw. für Zwangssymptome vorliege, und empfahl die wohnortnahe psychotherapeutische weitere Mitbehandlung von A._____ bei chronischer Schmerzsymptomatik.

E. 12

In seiner Beurteilung vom 29. Oktober 2015 hielt der Kreisarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, fest, dass A._____ eine freie und völlig uneingeschränkte Beweglichkeit beider oberen Extremitäten zeige. Unter der Schmerzmedikation seien die Schmerzen laut A._____ gedämpft und er könne seinen

täglichen Verrichtungen nachkommen. Im Vergleich zur Abschlussbeurteilung vom 22. Mai 2013 bestehe in angepasster Tätigkeit nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit ganztags mit der Möglichkeit regelmässig Pausen über den Tag verteilt durchführen zu können (alle 1 bis 2 Stunden ca. 5 bis 10 Minuten).

E. 13

Am 3. Februar 2016 erteilte die IV-Stelle A._____ eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining bei der J._____ GmbH vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2016. Dabei sollte abgeklärt werden, wie A._____ mit einer ganz-tätigen Tätigkeit bezüglich Belastung, Leistungsfähigkeit und Konzentration zurechtkommt.

- 5 -

E. 14

Per 29. Februar 2016 löste die E._____ das Arbeitsverhältnis mit A._____ auf. Dem Arbeitszeugnis der E._____ ist im Wesentlichen folgendes zu entnehmen: A._____ sei sehr interessiert, motiviert, pflichtbewusst und engagiert gewesen, habe selbständig, speditiv und ausdauernd gearbeitet und seine Aufgaben immer mit organisatorischem Geschick zuverlässig, exakt und termingerecht ausgeführt. Er sei den Kunden ein kompetenter und dienstleistungsorientierter Ansprechpartner gewesen. Zudem sei er sehr kreativ gewesen und habe auch schwierigste Situationen professionell meistern können. Darüber hinaus sei er offen, freundlich, integer, zukunftsorientiert und hilfsbereit gewesen. Ab August 2014 sei es A._____ wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr möglich gewesen, seiner Tätigkeit nachzugehen. Versuchsweise Arbeitseinsätze, die er sehr motiviert geleistet habe, hätten leider gezeigt, dass er seine Funktion in absehbarer Zeit nicht mehr werde ausüben können.

E. 15

In Ersetzung der Mitteilung vom 3. Februar 2016 erteilte die IV-Stelle A._____ am 14. April eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining in der D._____ vom 11. April 2016 bis zum 10. Oktober 2016. Mit Mitteilung vom

E. 19

Der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____ hielt in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 2. April 2017 fest, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) vorliege. Mit Bezug auf den Verlauf hielt Dr. med. F._____ fest, dass sich wiederholte reaktive depressive Episoden in Phasen belastender Ungewissheit und fehlender Tagesstruktur zeigten. Dazwischen remittierten die depressiven Symptome trotz durchgehend erheblicher Beschwerden (anhaltende Schmerzen, Schlafstörung, Müdigkeit, Übelkeit) weitgehend, was auf vorhandene Fähigkeiten im Umgang mit derart hohen Belastungsfaktoren hinweise.

E. 20

Am 18. April 2017 erteilte die IV-Stelle A._____ eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining im EVAL in Valens vom 3. April 2017 bis 2. Juli 2017. Dabei sollte unter anderem die Leistungsfähigkeit von A._____ erneut beurteilt werden. Mit Mitteilung vom 6. Juli 2017 bzw. 5. Oktober 2017 verlängerte die IV-Stelle die Kostengutsprache für ein Arbeitstraining im EVAL in Valens bis zum 2. Oktober 2017 bzw. 2. Januar 2018. In der Folge wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen. Dem "Bericht berufliche

Massnahmen" vom 9. Januar 2018 ist folgendes zu entnehmen: Seit Anfang November habe A._____ vermehrt über Schmerzen im Nacken und Rücken mit Ausstrahlung ins Bein geklagt. Das Treppensteigen habe ihm vermehrt Mühe bereitet. Ab Mitte November habe er über Bauchkrämpfe und Brechreiz geklagt. Er habe sich zunehmend erschöpft und kraftlos gefühlt. Das Resultat der ärztlichen Untersuchungen habe ihn stark belastet. Weiter geht aus dem Bericht hervor, dass A._____ mit einer Präsenzzeit von 4 Stunden täglich an 5 Arbeitstagen wöchentlich eine verwertbare Leistung von 25 % in angepassten Tätigkeiten erzielt habe. Bei einer 50 %- Präsenzzeit ergebe dies eine verwertbare

- 8 - Leistung (Lohn) von 25 %. Die Gründe für die Einschränkung in der Leistungsfähigkeit seien folgende gewesen: Tagesschwankungen seiner Verfassung physisch und psychisch, subjektiv Schmerzen und Müdigkeit, abwechselnde Körperhaltung, im Verlauf der Arbeitszeit abnehmende Konzentration, Arbeitstempo und zusätzliche Pausen. Aus Sicht von A._____ sei er mit der halbtägigen Präsenzzeit an der Grenze seiner Möglichkeiten gewesen. Schliesslich ist dem Bericht auch noch zu entnehmen, dass A._____ über ein gutes Arbeitsverhalten verfügt und motiviert gewirkt habe.

E. 21

Im Rahmen der Prüfung des Anspruchs von A._____ auf eine Invalidenrente holte die IV-Stelle ein interdisziplinäres Gutachten bei der MEDAS Bern, ZVMB GmbH (nachfolgend: MEDAS-Gutachten) ein (Fachbereiche: Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Psychiatrie und Neurochirurgie). Im interdisziplinären Gutachten vom 14. September 2017 gelangten die Gutachter mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu folgendem Schluss: Von Juli 2014 bis Oktober 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab November 2015 bestehe in der angestammten Tätigkeit als Maschinist eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fachmann Betreuung eine Arbeitsfähigkeit von max. 60 % und in einer optimal leidensadaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Leistung 80 %, Zeitpensum 8.5 Stunden pro Tag). Es lägen folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vor: chronisch wiederkehrende Schulterarthralgien, chronisch wiederkehrende Cervikodorsolumbalgien sowie Residualsymptome nach Verletzung des Plexus brachialis beidseits.

E. 22

RAD-Arzt M._____ hielt in seiner Abschlussbeurteilung vom 13. Dezember 2017 fest, dass auf das umfassende MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne. Zur Diskrepanz zwischen der medizinischen und der berufspraktischen Arbeitsfähigkeits-Einschätzung hielt er im Wesentlichen fest, dass bei der Prüfung der praktischen Arbeitsfähigkeit im EVAL sicherlich auch

- 9 - nicht medizinische Faktoren mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hineinspielten. Diese Faktoren seien von den medizinischen Gutachtern nicht zu berücksichtigen.

E. 23

Dr. med. F._____ äusserte sich in seinem Verlaufsbericht vom 28. Januar 2018 dahingehend, dass A._____ nach wie vor sehr unter den anhaltenden Schmerzen und dem hierdurch seit langem erheblich beeinträchtigten Nachtschlaf mit chronischer Müdigkeit, Funktionsausfällen in den oberen Extremitäten, der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit mit rascher Erschöpfung sowie den bislang ungeklärten vegetativen

Symptomen wie Appetitminderung, Übelkeit und Erbrechen leide. Verbunden mit den frustriert verlaufenen IV-unterstützten beruflichen Massnahmen und der anhaltenden Ungewissheit bezüglich seiner Zukunftsperspektive nacheinander zunehmend an seinem Selbstwertgefühl, was sich klinisch in rezidivierenden depressiven Störungen (aktuell im Ausmass einer mittelgradigen Episode) äussere. Dr. med. F. _____ erachtet eine erneute Abklärung des komplexen Leidens von A. _____ als angezeigt.

E. 24

Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2018 stellte die IV-Stelle A. _____ die Zuschuss einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Juli 2015 bis

E. 28

Zur psychiatrischen Beurteilung des Suva-Konsiliarpsychiaters Dr. med. N. _____ vom 19. März 2018 äusserte sich RAD-Arzt M. _____ in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2018 dahingehend, dass diese "im Wesentlichen aus Mutmassungen / Unterstellungen / Herausfragen / Schätzungen ohne jegliche Grundlage" bestehe. Er schlug vor, die (von A. _____ mit seinem Einwand eingereichten) medizinischen Unterlagen der MEDAS zur Stellungnahme zu unterbreiten.

E. 29

In seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2018 (im Sinne einer Ergänzung zum MEDAS-Gutachten) hielt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der MEDAS fest, dass der Einwand von A. _____ bzw. die damit eingereichten medizinischen Unterlagen (Bericht von Dr. med. P. _____ vom 28. März 2018 und das psychiatrische Gutachten von Dr.

- 11 - med. N. _____ vom 19. März 2018) nichts an der Beurteilung im MEDAS-Gutachten änderten. Bei den Angaben von Dr. med. N. _____ handle es sich um seine eigene Meinung, die jedoch nicht fachärztlich durch Fakten gestützt werde, auch wenn sie wohlwollend gemeint sei.

E. 30

Mit Verfügung vom 31. Oktober 2018 sprach die IV-Stelle A. _____ eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Juli 2015 bis 28. Februar 2016 zu. Die IV-Stelle hielt fest, dass A. _____ seit dem 31. Juli 2014 (Rückfallmeldung bzw. Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch erheblich eingeschränkt sei. Als Maschinist sei er nicht mehr arbeitsfähig. Eine den Einschränkungen optimal angepasste Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht (allerdings) seit November 2015 (wieder) zu 80 % möglich. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartezeit ab November 2015 werde die ganze Rente (Invaliditätsgrad 100 %) bis 28. Februar 2016 befristet. Ausserdem wies die IV-Stelle darauf hin, dass A. _____ während der Zeit vom 1. Februar 2016 bis 2. Januar 2018 an diversen Arbeitstrainings teilgenommen und ein IV-Taggeld erhalten habe, weshalb er während diesem Zeitraum keinen Anspruch auf Rentenleistungen habe. Mit Bezug auf den Einwand von A. _____ hielt die IV-Stelle im Wesentlichen fest, dass auf das MEDAS-Gutachten vom 14. September 2017 abgestellt werden könne. Es ergäben sich keine Hinweise auf eine seit der MEDAS-Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands von A. _____. Mit Bezug auf den Bericht von Dr. med. P. _____ vom 28. März 2018 wies die IV-Stelle insbesondere daraufhin, dass es sich bei Dr. med. P. _____ um den langjährigen Hausarzt von A. _____ handle. Ausserdem hielt die IV-Stelle unter

Hinweis auf die Beurteilung des RAD-Arztes M._____ vom 15. März [recte: Mai] 2018 und die Stellungnahme von Dr. med. Q._____ von der MEDAS fest, dass die Einschätzungen des Suva- Konsiliarpsychiaters Dr. med. N._____ betreffend den Gesundheitszustand

- 12 - und die Arbeitsfähigkeit von A._____ im Gegensatz zum psychiatrischen (MEDAS-)Teilgutachten von Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, nicht überzeugten.

E. 31

Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 31. Oktober 2018 erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 20. November 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er stellte folgende Rechtsbegehren: 1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab dem 3. Januar 2018 zumindest eine Dreiviertels-Invalidenrente aus- zurichten. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zusammenfassend hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen folgendes fest: Indem die IV-Stelle sämtliche medizinischen Akten sowie auch Berichte über die Eingliederungsbemühungen und EVAL-Abklärungen miss- achte und ausschliesslich auf ein mit offenkundigen Mängeln behaftetes MEDAS-Gutachten abstelle, komme sie zum falschen Ergebnis und ver- weigere dem Beschwerdeführer zu Unrecht eine Rente. Zudem weiche die IV-Stelle zu Unrecht vom rechtskräftig festgestellten Invaliditätsgrad der Suva ab, ohne dies zu begründen und sie verstosse damit gegen die Pra- xis, nicht ohne Not von einer rechtskräftigen Einschätzung des Unfallversicherers abzuweichen. Selbst wenn die IV-Stelle mit ihrer Einschätzung Recht hätte und gestützt darauf das von ihr nun festgesetzte Invalidenein- kommen korrekt wäre, stünde ihm eine Viertelsrente zu, denn die IV-Stelle habe das hypothetische Valideneinkommen zu tief angesetzt.

E. 32

In ihrer Vernehmlassung vom 30. November 2018 (Eingang) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Für die Begründung verwies sie primär auf die an- gefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2018.

- 13 -

E. 33

Mit Datum vom 18. Dezember 2018 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. P._____ vom 21. November 2018 nach. Ausserdem legte er mit Datum vom 28. Januar 2019 einen Bericht von Dr. med. F._____ vom 24. Januar 2019 ins Recht.

E. 34

Am 8. Februar 2019 (Eingang) nahm die IV-Stelle zu den vom Beschwer- deführer nachgereichten Berichten Stellung. Sie hielt an ihren Anträgen, der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2018 und ihrer Vernehm- lassung vom 29. November 2018 vollumfänglich fest. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, die angefochtene Verfügung sowie die weiteren Akten wird, soweit erforderlich, in den nach- stehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 31. Oktober 2018, worin dem Beschwerde- führer eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Juli 2015 bis 28. Fe- bruar 2016 [recte: 29. Februar 2016] zugesprochen wurde. Gemäss

Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Als kantonales Versicherungsgericht ist das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sowohl örtlich als auch sachlich zuständig (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] und Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100]). Der Beschwerdeführer ist Adressat der angefochtenen Verfügung, weshalb er durch die angefochtene Verfügung unmittelbar

- 14 - betroffen ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Er ist demnach zur Beschwerdeführung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 und Art. 61 ATSG) eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2018 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Umstritten sind dabei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit und die Bemessung des Valideneinkommens. Unbestritten sind demgegenüber der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung vom 1. Juli 2015 bis 29. Februar 2016 und der Bezug von IV-Taggeldern vom 1. Februar 2016 bis 2. Januar 2018. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der MEDAS-Begutachtung wird nicht geltend gemacht. 3. Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte von vornherein nur dann, wenn sie nach Ablauf des Wartejahres zu mindestens 40 % invalid sind (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.