

UR_GERICHTE 2024_OG V 23 42 vom 25. Oktober 2024

UR Obergericht, 2024-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte_2024_OG_V_23_42

FR: UR_GERICHTE 2024_OG V 23 42 du 25 octobre 2024

IT: UR_GERICHTE 2024_OG V 23 42 del 25 ottobre 2024

Regeste

Leistungen nach IVG.

Erwägungen

E. 1

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der öffentlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19.06.2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Unter dem Vorbehalt besonderer übergangsrechtlicher Regelungen gilt in intertemporalrechtlicher Hinsicht für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 mit Hinweisen; vergleiche zum zeitlich massgebenden Sachverhalt auch BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1).

E. 2.1

In Revisionsfällen nach Art. 17 ATSG gilt gemäss Rz. 9102 KSIR Folgendes: Liegt die massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung, SR 831.201) in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach diesem Zeitpunkt, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (BGer 8C_644/2022 vom 08.02.2023 E. 2.2.3).

E. 2.2

Die vorliegend angefochtene Verfügung erging zwar nach dem 1. Januar 2022. Die zur Diskussion stehende Frage der Rentenaufhebung per 30. April 2020 (beziehungsweise deren Herabsetzung per 01.12.2021) bezieht sich jedoch auf die Zeit davor und ist daher nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen.

E. 2.3

Hingegen kommen bezüglich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Erhöhung der Rente (beziehungsweise eines allfälligen Wiederauflebens des Rentenanspruchs) per 1. April 2023 gegebenenfalls die ab 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen zur Anwendung.

Seite 5 von 27

E. 3

Erst mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde reichte der Beschwerdeführer je einen Bericht von Dr. med. B.____, vom 27. November 2023 und Dr. med. C.____ vom 2. Dezember 2023 ein.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsrecht kennt keine Beweismittelbeschränkungen. Der in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt den Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise einzubringen, mit entsprechenden Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Das Gericht hat rechtzeitig und formrichtig angebotene Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1, 127 I 54 E. 2b). Es besteht kein Anspruch der Verfahrensbeteiligten, jederzeit mit neuen Eingaben an die Rechtsmittelbehörde gelangen zu können. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und des Grundsatzes der richterlichen Rechtsanwendung kann sie aber auch unaufgefordert eingereichte Belege und unaufgeforderte Parteivorbringen berücksichtigen, soweit sie für die Entscheidung von Bedeutung sind.

E. 3.2

Zu unterscheiden von der prozessualen Frage nach der Berücksichtigung neuer Tatsachenbehauptungen und neuer Beweismittel im Rechtsmittelverfahren ist die materiellrechtliche Frage nach dem für den kantonalen und den letztinstanzlichen Richter massgeblichen Sachverhalt. Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Es sind also nicht die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rechtsmittelentscheidendes massgebend (BGE 116 V 246 E. 1a mit Hinweisen). Deshalb sollen Tatsachen, die den Sachverhalt nach dem Verfügungszeitpunkt verändert haben, in der Regel Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1). Demgegenüber sind Tatsachen, die sich zwar erst nach Erlass der Verwaltungsverfügung verwirklicht, aber den massgeblichen Sachverhalt nicht verändert haben, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGer 8C_506/2022 vom 21.06.2023 E. 4).

E. 3.3

Die Ausführungen der Ärzte in den genannten Eingaben beziehen sich (auch) auf den Sachverhalt vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung und können im Rahmen des oben Gesagten berücksichtigt werden.

E. 4

Der Beschwerdeführer beantragt einerseits die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften Rente und andererseits die Delegation der Sache an die IV-Stelle Tessin zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie

Seite 6 von 27

von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]).

E. 5

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 5.1

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu

mindestens 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 Prozent und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid ist.

E. 5.3

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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener

Seite 7 von 27

Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

E. 6

Die Rente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede (wesentliche) Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1; 130 V 343 E. 3.5; BGer 9C_297/2016 vom 07.04.2017 E. 2.1; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 30 N. 12).

E. 6.1

Die Änderung des Invaliditätsgrades hat immer eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zum Gegenstand, wobei Gründe dafür unter anderem die Veränderungen des Gesundheitszustandes oder seiner Auswirkungen bilden. Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet unter anderem eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung; vergleiche Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 39 N. 7; vergleiche auch BGE 130 V 343 E. 3.5 ff. mit Hinweisen). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1).

E. 6.2

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente sind Rechtsprechungsgemäss die Revisionsbestimmungen (Art. 17 ATSG) analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Die hierbei massgebenden Vergleichszeitpunkte sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung (BGer 8C_51/2024 vom 02.07.2024 E. 2.4, 8C_285/2020 vom 15.09.2020 E. 5.1 und 9C_687/2018 vom 16.05.2019 E. 2).

E. 7

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im

Seite 8 von 27

Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

E. 7.1

Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet für das Beschwerdeverfahren, dass das Sozialversicherungsgericht 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 Rechtsanspruches gestatten.

E. 7.2

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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 7.3

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vergleiche die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen).

E. 7.3.1

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle

Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Seite 9 von 27

Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_549/2019 vom 26.11. 2019 E. 3.2).

E. 7.3.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c).

E. 7.3.3

Im Übrigen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vergleiche BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2 in fine mit Hinweisen).

E. 8

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin [inklusive Akten der Unfallversicherung] eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act. beziehungsweise UV-act.]).

E. 8.1

Dr. D.____, Praktische Ärztin, nannte in der RAD-Stellungnahme vom 25. April 2019 – gestützt auf die medizinischen Unterlagen (SUVA-Akten bis 13.02.2019, Bericht Dr. E.____ vom 08.04.2019, Bericht Dr. F.____ vom 12.02.2019) – die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Sanitärinstallateur: posttraumatische, umschrieben, osteochondrale Läsion (Grad 4) an der lateralen Trochlea Knie links, Unfalldatum 14.02.2018. Bezogen auf den Rücken gebe der Versicherte an, keinerlei Beschwerden zu haben. Es bestünden anhaltende Schmerzen im Knie links nach einem Arbeitsunfall. Passager sei auch eine Rückenproblematik diskutiert worden, der Versicherte habe jedoch keine Rückenschmerzen. Nach mehrfachen Abklärungen sei ein ausgeprägter Knorpelschaden im Knie links festgestellt worden (03/2019 OP mit Knorpeltransplantation). Hierbei handle es sich um eine Therapie mit längerer Behandlungsfrist. Ob der Versicherte wieder voll arbeitsfähig werde als Hilfssanitär sei

ungewiss/fraglich. Eine angepasste Tätigkeit (ohne hohe Kniebelastung, keine längeren Zwangshaltungen im Knien und in der Hocke) werde nach Behandlungsabschluss wieder voll möglich sein (BG-act. 27; vergleiche auch UV-act. 73).

Seite 10 von 27

E. 8.2

Am 24. April 2019 erfolgte gemäss Operationsbericht vom 25. April 2019 eine Knorpelzellenentnahme in der Ortho Clinic Hirslanden, Zürich (UV-act. 101). Diese wurde bedingt durch die in der Folge am 22. Mai 2019 durchgeführte autologe Chondrozytentransplantation (Novocart 3D) Trochlea links. Im Behandlungsplan des Operationsberichtes vom 22. Mai 2019 ordnete Dr. med. G.____ eine Ruhigstellung während den ersten zwei Wochen an. Danach hatte er das Gehen an Stöcken mit Teilbelastung (20kg) und eine Steigerung des Bewegungsumfanges (nach sechs Wochen auf dem Hometrainer) sowie ab der elften Woche Gangschule (Laufband, Crosstrainer) und ab sechs Monaten ein kniebetontes Krafttraining vorgesehen. Er ging davon aus, dass ein Jahr nach der Operation High-Impact-Sportarten wieder möglich seien (UV-act. 108).

E. 8.3

Dr. med. H.____ gab im Bericht vom 5. Juli 2019 folgende Beurteilung des gleichentags durchgeführten MRI-LWS ab: Bandscheibenprotrusion links mit rezessaler Neurokompression an der linken L3 Wurzel; bilateral aktivierte, hypertrophe Spondylarthrose sowie gering aktivierte Osteochondrose L4/5, bei zusätzlicher links rezessal absteigender Bandscheibenprotrusion zeige sich eine multifaktorielle Neurokompression der linken L5-Wurzel; bilaterale Spondylolyse L5 mit erstgradiger Anterolisthesis, konsekutive ossäre Foraminalstenosen L5/S1 mit möglicher Affektion der L5-Wurzel beidseits, links mehr als rechts (UV-act. 136).

E. 8.4

Dr. med. G.____ hielt im Bericht vom 26. August 2019 fest, die Fortschritte würden sich in Grenzen halten. Der Patient habe drei Monate postoperativ (autologe Chondrozytentransplantation Trochlea links am 22.05.2019) noch viel Schmerzen, welche er sich mit der Compliance und der Gewichtszunahme erkläre (BG-act. 36 und 37).

E. 8.5

Gemäss RAD-Stellungnahme vom 15. Oktober 2019 von Dr. D.____ würden nach der Knorpeltransplantation weiter anhaltende Knieschmerzen beschrieben. Bis zur vorgesehenen kreisärztlichen Untersuchung sei der Verlauf abzuwarten und anschliessend das Dossier zu aktualisieren. Aktuell gelte die 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit (BG-act. 38).

E. 8.6

Dr. med. F.____ berichtete im Schreiben an die Unfallversicherung vom 16. Januar 2020 über einen schlechten Verlauf. Die Physiotherapien in Altdorf hätten keinen Erfolg gebracht. Die nach seinem Umzug ins Tessin (Giubiasco) begonnene Behandlung bei einem Therapeuten in Locarno erlebe er als ausgesprochen hilfreich und zielführend. Man könne dem Versicherten keine Verletzung der Schadenminderungspflicht unterstellen. Es sei in erster Linie durch die mangelnde Gewichtung der Schwere der Verletzung durch die zugezogenen Spezialärzte zu dieser Situation gekommen. Der Arzt bittet um Kos-

tenvergütung der jeweiligen Fahrten nach Locarno (UV-act. 164)

E. 8.7

Dr. med. I.____ hielt im Kreisarztbericht vom 18. August 2020 über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 17. August 2020 fest, objektiv finde sich eine schmerzhaft eingeschränkte Knieflexion links bei schmerzbedingt kaum untersuchbarem linkem Knie. Zohlen-Zeichen positiv rechts, keine

Seite 11 von 27

Meniskuszeichen oder Hinweise auf ligamentäre Instabilitäten. Das Ausmass der linksseitig beschriebenen Beschwerden sei mit Blick auf den sich postoperativ und radiologisch präsentierenden Befund nicht nachvollziehbar. Der gesamte Habitus des Versicherten spreche für eine Schmerzverarbeitungsstörung. Er habe nochmals ausdrücklich eine stationäre Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Bellikon vorgeschlagen, was der Patient konsequent ablehne (BG-act. 48 S. 73 - 79; UV-act. 214).

E. 8.8

Der Beschwerdeführer hatte am 20. März 2021 erneut einen Sturz. Im Entlassungsschreiben vom 20. März 2021 (Google-Übersetzung) stellte Dr. med. J.____ die Diagnose funktionelle Impotenz beim Gehen auf Quetschung des linken Knies. Er berichtete von einem ausgedehnten Gelenkhämatom bei extremen Mobilisationsschmerzen (unmögliche Prüfungen wegen der Schmerzen). Das Röntgen von Knie und Kniescheibe axial habe keine offensichtlichen posttraumatischen Läsionen gezeigt. Der Patient sei in gutem Allgemeinzustand entlassen worden (BG-act. 55).

E. 8.9

Dr. med. K.____ hielt im Austrittsbericht vom 12. Juli 2021 (Hospitalisation: 15.06. - 18.07.2021) fest, das intensive Rehabilitationsprogramm – an dem der Patient nur teilweise teilgenommen habe, da er die komplexeren Kräftigungsübungen aufgrund anhaltender Knieschmerzen nicht durchführen können – habe nicht zum erwarteten Nutzen geführt. Obwohl der Patient an der Durchführung aller im Rehabilitationsprogramm vorgesehenen Aktivitäten beteiligt gewesen sei, seien die Ergebnisse begrenzt gewesen: leicht verbessertes Schrittmuster mit weniger Lateroflexion des Rumpfes, Einschränkung der Stützbasis, stärkerer Halt der monopodalen Stütze. Es bestünden jedoch den ganzen Tag über starke und konstante Schmerzen, welche den Patienten zwingen würden, das übliche motorische Muster anzunehmen. Bezüglich Procedere wird eine Neubegutachtung durch den ärztlichen Dienst der Unfallversicherung mit orthopädischen Spezialisten vorgesehen (BG-act. 52).

E. 8.10

Dr. med. I.____ hielt im Kreisarztbericht vom 4. Oktober 2021 fest, die von ihm empfohlene Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon inklusive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sei nicht erfolgt. Der Aufenthalt in Novaggio habe nach Aussage des Versicherten zu einer Besserung geführt. Objektiv fänden sich unterschiedliche Befunde mit unterschiedlichen Bewegungsausmassen, sowohl in der aktuellen Untersuchung als auch in Korrelation mit den vorliegenden Untersuchungsbefunden vergangener orthopädischer Untersuchungen. Mit starker muskulärer Gegenspannung präsentiere sich beidseitig eine Knieflexion über 90 Grad, begleitet von theatralischen Beschwerdeäusserungen. Im Gegenzug könne jedoch beim Anlegen der Kleidung aktiv das

Knie problemlos auf dieses Niveau gebeugt werden. Es präsentiere sich ferner eine seitengleiche Muskulatur, quasi seitengleiche Sohlen- beschwielung, inspektorisch unauffällige Kniegelenke ohne Schwellung, ohne Anhalt für Gelenkerguss, ohne Anhalt für Instabilitäten oder Meniskuszeichen. Die MRT vom 12. April 2021 zeige einen gebesserten Befund im Vergleich zu den Voraufnahmen (vom 21.09.2018). Im Grossen und Ganzen würden sich linksseitig femoropatelläre Knorpelunregelmässigkeiten präsentieren, die in keiner Weise dem

Seite 12 von 27

aggraviert demonstrierten Schmerzverhalten entsprechen. Der Versicherte beschreibe eine aktive Stehzeit von maximal fünf Minuten sowie eine Gehzeit an Unterarmgehstöcken von fünf bis zehn Minuten mit zwischenzeitlicher Pause. Dies sei angesichts der seitengleich entwickelten Muskulatur und der nahezu seitengleich entwickelten Sohlenbeschwielung nicht glaubhaft. In Korrelation mit diversen orthopädischen Voruntersuchungen zeige sich radiologisch ein nahezu altersentsprechender Befund. Eine Ursache für die massiv demonstrierten Beschwerden finde sich im orthopädischen Fachgebiet nicht. Für die reinen Unfallfolgen – eine Bursitis präpatellaris sowie eine kausal anerkannte trochleäre Knorpelläsion ohne retropatellären Contrecoup und ohne Hinweise auf eine höhergradige ödematöse Veränderung und/oder ein Hämatom – sei somit der stabile Endzustand eingetreten. Bezüglich Arbeitsfähigkeit kam er zum Schluss, dass dem Versicherten nach Knorpel-Repair femoropatellar die angestammte Tätigkeit nicht mehr uneingeschränkt zumutbar sei. Für angestammte (recte wohl: angepasste) Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Längere Gehstrecken, längere Standzeiten, Tätigkeiten in kniender, hockender oder kauender Position sowie Tätigkeiten, die eine repetitive Extension und Flexion des Kniegelenkes erforderten, seien aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen. Das Besteigen von Treppen sollte vermieden werden, das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei explizit aus dem Zumutbarkeitsprofil auszuschliessen. Ebenfalls äusserst selten durchgeführt werden sollten repetitive Pedalbewegungen mit dem linken Bein (UV-act. 318).

E. 8.11

Dr. med. B. ___ hielt im Bericht vom 30. November 2021 fest, sie könne die Frage, ob weitere Behandlungen keine wesentliche Verbesserung der Situation ermöglichen würden, nicht beantworten, da sie nicht in ihren Zuständigkeitsbereich falle. Diese Frage sei an den Orthopäden weiterzugeben. Auf die Frage nach einer allfälligen Aggravation antwortete sie, aus psychiatrischer Sicht könne sie eine histrionische Persönlichkeit ausschliessen. Der Patient habe eine ängstlich-depressive Störung, die auf die Folgen von Verletzungen und auf Zukunftssorgen reagieren und die Schmerzwahrnehmung verstärken könne. Vorliegend könnten emotionale Konflikte und psychosoziale Probleme nicht als Hauptursachen für schmerzhafte Symptome identifiziert werden, da gut dokumentierte organische Läsionen vorliegen würden (BG-act. 81).

E. 8.12

Im Bericht vom 3. März 2022 attestierte Dr. med. B. ___ von rein psychiatrischer Seite eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 5. März bis 31. Mai 2021 und ab 1. Juni 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent auf unbestimmte Zeit (BG-act. 77).

E. 8.13

Im Abklärungsbericht vom 20. Dezember 2022 (14.11. - 23.12.2022) heisst es, während der klinischen Prüfung des Bewegungsapparates werde eine gewisse Übertreibung des Symptoms festgestellt, wobei einige Unstimmigkeiten zwischen dem objektivierten und dem vom Versicherten berichteten Problem bestünden. Der Versicherte werde für die bisherige Tätigkeit als nicht arbeitsfähig

Seite 13 von 27

angesehen. In einer angemessenen (angepassten) Tätigkeit, bei der die folgenden Funktionsgrenzen eingehalten würden, sei er dagegen voll arbeitsfähig. (Zu vermeiden seien längere Bewegung, Aufrecht-Stehen, sich Knicken, wiederholende Kniebewegungen und Kniebeugungen, Treppensteigen sowie wiederholte Fussbewegungen mit dem linken Knie. Das Besteigen von Gerüsten sei nicht mehr möglich.) Bei den am Schalter sitzenden Tätigkeiten habe der Versicherte keine besonderen körperlichen Schwierigkeiten gezeigt. Die grössten Interessen und Prädispositionen seien in der praktischen und manuellen Tätigkeit (auch in der feinen Manualität) zutage getreten. Die grössten Schwierigkeiten seien bei eher konzeptuellen Aufgaben wie Berechnung, Zählung oder bei der Verwendung von Abstraktionsmitteln aufgetreten. Der einzige Bereich, der geeignet erscheine, da Beobachtungspraktika auf dem Arbeitsmarkt notwendig sein würden, sei die Industrie (z.B. Uhrenindustrie oder Verpackung von Medikamenten; BG-act. 145).

E. 8.14

Der Beschwerdeführer wurde am 16. und 24. November 2022 sowie am 16. Januar 2023 bei der Medizinischen Abklärungsstelle Bern, ZVMB GmbH (nachfolgend: MEDAS), in den Fachrichtungen Orthopädie (Dr. med. L.____), Psychiatrie (Dr. med. M.____), Allgemeinmedizin (Dr. med. N.____) sowie Neurologie (Dr. med. O.____) untersucht. Das Gutachten wurde am 24. Mai 2023 erstattet (BG-act. 151).

E. 8.14.1

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (BG-act. 151 S. 1 - 8) kamen die Gutachter bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität zum Schluss, dass das bei der orthopädischen Untersuchung subjektiv angegebene hohe Ausmass an Schmerzen nicht in diesem Umfang objektivierbar sei. Der Versicherte habe sowohl vor den Augen des orthopädischen als auch des neurologischen Gutachters ein Schmerzmittel eingenommen, was auffällig und auch eher demonstrativ wirke. Es würden auch nur eher schwächer wirksame Schmerzmittel eingenommen, Co-Dafalgan und Ibuprofen. Der Medikamentenspiegel für Paracetamol sei deutlich unter dem Referenzbereich; eine Einnahme könne zwar angenommen werden, aber wohl geringer als angegeben (3 - 4 Tabletten Co-Dafalgan täglich). Auch im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich teilweise eine in Art und Umfang ausgeweitete Präsentation von Funktionseinschränkungen gezeigt. So seien die gezeigte verminderte Kraft bei der Hüftmotorik oder die scheinbar gänzliche Unfähigkeit zum Hackenstand links nicht nachvollziehbar. Auch die Schultermotorik möge zwar eingeschränkt sein, sei jedoch ausserhalb der Untersuchungssituation deutlich besser durchführbar. Bereits im neurologischen Konsil von Oktober 2018 (Dr. med. P.____ UV-act. 46) habe es Hinweise für funktionelle und nicht organisch objektivierbare Paresen in der manuellen Kraftprüfung gegeben (speziell für die Fussheberfunktion links). Die anamnestische Angabe, sich auch in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit nur so geringfügig arbeitsfähig zu sehen (maximal 4 Stunden täglich, siehe neurologisches Teilgutachten BG-act. 151 S. 78) sei aus neurologischer Sicht

nicht nachvollziehbar und wirke in den Begründungen plakativ. Beim Tagesprofil

Seite 14 von 27

werde keine wesentliche Limitierung erkennbar. Hinsichtlich Mobilität hätten die muskuloskelettalen Gesundheitsprobleme beispielsweise auch eine Fahrt nach Süditalien zu Weihnachten 2022 nicht verhindert. Aus psychiatrischer Sicht würden sich gleichermaßen Inkonsistenzen ergeben. Der Versicherte befinde sich zwar in ambulanter Behandlung (1 - 2x, maximal 3x monatlich), eine psychotherapeutische Behandlung sei aber nicht eingeleitet worden. Die medikamentöse Behandlung erschöpfe sich in einem Johanniskrautpräparat sowie einer geringen Menge Quetiapin zur Nacht. Trotz der geklagten Schmerzintensität finde seit Juni dieses Jahres keine physiotherapeutische Behandlung statt. Auch eine regelmässige orthopädische Konsultation erfolge nicht. Im Rahmen der Exploration sei keine depressive Symptomatik von Krankheitswert festzustellen. Gegen deren Vorliegen sprächen Kriterien wie Psychomotorik und affektive Auslenkbarkeit. Die geklagten Ängste und Panikattacken seien im Rahmen der Untersuchung nicht belegbar. Affektausbrüche mit Weinen oder das Aufstehen aufgrund angegebener Schmerzen erfolge immer dann, wenn über die entsprechende Symptomatik gesprochen werde. Ansonsten sei der Versicherte affektiv gut schwingungsfähig und auslenkbar. Bei der Frage nach allfälligen Unterhaltspflichten im Ausland fange er sogar an zu lachen. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien daher nicht objektivierbar. Die seitens der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte Anpassungsstörung mit prolongierter depressiver Symptomatik sowie Depression und Ängste gemischt, ergäben sich aus dem Beschwerdevortrag des Versicherten. Den vorliegenden Unterlagen liessen sich keine objektivierbaren Beweise für das Vorliegen einer depressiven oder Angststörung von Krankheitswert entnehmen. Insgesamt erscheine der bisherige Therapieverlauf eher inadäquat und wäre nicht ausreichend für die geklagte Beschwerdeintensität auf psychiatrischem Fachgebiet. Da aufgrund der eigenen Untersuchungsergebnisse jedoch erhebliche Zweifel am Vorliegen einer psychiatrischen Störung von Krankheitswert bestünden, scheine eine psychiatrische Behandlung im Hinblick auf die berufliche Leistungsfähigkeit aktuell nicht erforderlich zu sein.

E. 8.14.2

Bezüglich der relevanten Diagnosen und aus den Befunden resultierenden Funktionseinschränkungen hielten die Gutachter fest, massgebend sei das Fachgebiet der Orthopädie. Im Vordergrund stehe insbesondere eine verminderte Belastbarkeit beider Knie und des Rückens (lumbal), nachrangig eine leichte Schulterpathologie links. Hingegen seien aus neurologischer Sicht keine darüber hinausgehende eigenständige zusätzlich arbeitsrelevante Störungsdiagnosen verifizierbar. Explizit bestünden keine manifesten radikulären Reizzustände lumbal wie auch zervikal sowie keine signifikanten radikulären Defizite. Die im Rahmen des orthopädischen Gutachtens gezeigte (und auch in der neurologischen Untersuchung demonstrierte) Fusshebeschwäche sowie die leichte Hüftbeugeschwäche links seien grossteils funktionell ausgeweitet präsentiert und fänden kein hinreichendes elektromyografisches Korrelat. Gleichermassen seien aus allgemeininternistischer Sicht keine eigenständigen zusätzlichen Störungsdiagnosen von Arbeitsrelevanz festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich keine arbeitsrelevanten Diagnosen. Ergänzend ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen,

Seite 15 von 27

dass auf psychiatrischem Fachgebiet keine Funktions- und Fähigkeitsstörungen objektivierbar seien und sich im Längsschnittverlauf auf psychiatrischem Fachgebiet zu keinem Zeitpunkt psychische Beschwerden von Krankheitswert feststellen liessen. Die Arbeitsfähigkeit betrage auf psychiatrischem Fachgebiet sowohl in der angestammten als auch in angepasster Tätigkeit 100 Prozent; sie habe auch in der Vergangenheit stets 100 Prozent betragen (BG-act. 151 S. 62 f.). Die Gutachter stellten die folgenden objektivierbaren Diagnosen: • reduzierte Kniebelastbarkeit beidseits o bei Patella alta beidseits (konstitutionell) mit beginnender sekundärer Arthrose o V.a. durchgemachte Osteochondrosis dissecans o linkes Knie mit Gelenktoilette (02/2019) sowie Knorpeltransplantation April/Mai 2019 o funktionell mit gutem Ergebnis o rechtes Knie spontane Abheilung • leicht reduzierte Rückenbelastbarkeit o bei chronischer Lumbalgie / lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Listhese L4/5 o derzeit ohne radikuläre Ausstrahlung o klinisch mit altem geringfügigem Residuum L5 links (geringe Muskelatrophie Musculus tibialis anterior, diskrete Hypalgesie distales L5 Segment) o jedoch im EMG keinerlei Hinweis für akute, frische oder mittelfristige axonale Schädigungszeichen und nur minimale Zeichen der alten axonalen Affektion o elektromyografisch auch kein Hinweis für Schädigung in den Myotomen L3, L4 • geringgradiges Zervikalsyndrom o bei leichten Segmentdegenerationen betont HWK 5/6/7 o ohne radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik o ohne elektromyografische Pathologien explizit für die Myotome C5, C6 und C7 links

- leicht reduzierte Schulterbelastbarkeit links o bei degenerativer Veränderung der Rotatorenmanschette links o mit leicht reduzierter Beweglichkeitseinschränkung • leichtes Streckdefizit beider Ellenbogengelenke o ohne wesentlichen Einschränkungen und Beschwerden • Zustand nach Adipositas, bei Zustand nach Magenverkleinerungsoperation, nun Normalgewicht • hypochrome mikrozytäre Anomie, vermutlich im Rahmen der bariatrischen Operation • anamnestisch Asthma bronchiale, Therapie mit Ventolin bei Bedarf • R52.1: chronisches Schmerzsyndrom • Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73 nach ICD-10) • Hinweise für Symptom- und Beschwerdeausweitung

E. 8.14.3

Zum Funktions- und Fähigkeitsprofil wurde im Gutachten festgehalten, wechselbelastende Arbeiten, vorwiegend sitzend, seien möglich. Es bestünden keine Einschränkungen hinsichtlich der

Seite 16 von 27

Handfunktionen. Es sollten jedoch für die linke Schulter keine längeren Überkopfarbeiten gefordert werden. Die Gewichtslimite betrage 10 Kilogramm. Tätigkeiten mit längerem Stehen und Gehen seien nicht geeignet; auch längerdauernde Wirbelsäulenzwangshaltungen sollten vermieden werden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei die angestammte Tätigkeit als Sanitärinstallateur mit entsprechend hohen körperlichen Anforderungen nicht mehr geeignet. Diese Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Für eine entsprechend adaptierte Tätigkeit ergebe sich aber aus orthopädischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Eine Regenerationszeit nach der Knorpelzelltransplantation könne im Umfang von 6 bis 12 Monaten theoretisch-medizinisch nachvollzogen werden. Bereits mit kreisärztlicher Untersuchung von Oktober 2021 sei eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt attestiert worden. Die auch damals auffälligen

Inkonsistenzen (theatralisch wirkende Beschwerdenäusserungen) deckten sich dabei mit den aktuellen Beobachtungen, wo ebenfalls das angegebene hohe Schmerzniveau nicht feststellbar gewesen sei. Insofern ergäben sich auch Schwierigkeiten, die retrospektive Bewertung der Arbeitsfähigkeit zu konkretisieren. Zumindest sollte aber ein Jahr nach der letzten Knieoperation (Knorpelzelltransplantation links, Mai 2019), also ab Mai 2020 eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit (in weit überwiegend sitzender Tätigkeit) wieder möglich gewesen sein. Die Arbeitsfähigkeit werde vorrangig durch das Knieleiden limitiert. Das Rückenleiden und auch die Schulterpathologie seien im Rahmen des adaptierten Zumutbarkeitsprofils hinreichend berücksichtigt.

E. 8.14.4

Zusammenfassend wäre gemäss Gutachten eine adaptierte Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Mai 2020 wieder zu 100 Prozent (ganztägig, keine Leistungsminderung) zumutbar gewesen.

E. 8.15

Bereits vor Erstattung des Gutachtens, aber nach den entsprechenden Untersuchungen erlitt der Beschwerdeführer am 26. Januar 2023 einen weiteren Unfall. Im gleichentags verfassten Bericht des Notfalls des Spitals wurde eine beidseitige Knieprellung diagnostiziert. Es wurde eine verletzungsbedingte 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 26. Januar bis 3. Februar 2023 attestiert. Der Patient wurde in gutem Allgemeinzustand entlassen (UV-act. 176).

E. 8.16

Dr. D. ___ hielt in der RAD-Stellungnahme vom 6. Juni 2023 zum Gutachten vom 24. Mai 2023 der MEDAS Bern fest, die Gutachter hätten eine andauernde 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit festgestellt. In angepasster Tätigkeit sei eine von Februar 2018 bis April 2020 dauernde 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden; das ergonomische Profil wurde folgendermassen definiert: wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Sitzen, keine Arbeiten mit längerem Stehen oder Gehen, keine längeren Zwangshaltungen für die Wirbelsäule oder Kniegelenke, keine Überkopfarbeiten oder regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm. Eine Indikatorenprüfung sei im Gutachten erfolgt nach dem strukturierten Beweisverfahren. Bezüglich

Seite 17 von 27

Symptomausweitung hielt sie fest, es bestünden Differenzen zwischen objektiv zu erhebendem Befund und subjektiven Angaben und Empfinden des Versicherten, Inkonsistenzen im Verhalten. Es bestehe kein Hinweis auf eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert. Gemäss ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung sei das Gutachten vollständig, beruhe auf eigener Untersuchung, setze sich mit den Vorbefunden auseinander, die Beurteilung erfolge nach dem strukturierten Beweisverfahren und die Schlussfolgerungen seien plausibel und schlüssig (BG-act. 153).

E. 8.17

Dr. med. G. ___ hielt im Bericht vom 16. August 2023 fest, der Patient sei mit dem IV-Entscheid beziehungsweise dem Gutachten nicht einverstanden und wünsche eine Gegendarstellung. Gemäss Beurteilung des Arztes spüre der Beschwerdeführer – dem es subjektiv ganzheitlich schlecht gehe – insbesondere eine grosse Enttäuschung über den

Lauf seines Lebens, den nicht er selbst, sondern andere zu verantworten hätten. Er kämpfe mehr gegen die von ihm empfundene Ungerechtigkeit als für seine Gesundheit. Auch die Gewichtsreduktion um 50 Kilogramm habe die Schmerzen entgegen seiner Erwartung nicht lindern können. Der vordere Knieabschnitt sei an beiden Knien geschädigt. Rechts bestehe femuro-patellär eine leichte Arthrose, und das MR vom Februar zeige ein subchondrales Ödem trochleär, ein Befund, der fast immer mit Schmerzen korreliere. Links seien die bildgebenden Befunde etwas weniger ausgeprägt, was als einziger Erfolg der Chondrozytentransplantation verbucht werden könne. Über den ganzen anterioren Gelenkabschnitt gesehen sei die Knorpelhöhe jedoch beidseits mehrheitlich erhalten, bei eindrücklicher femuro-patellärer Krepitation aber eine deutlich aufgeraute Knorpeloberfläche zu beiden Seiten unverkennbar. Erguss, Pannus oder eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Patellae bestünden nicht. Femuro-tibial, wie auch seitens Bänder seien die Knie bildgebend, wie in der klinischen Untersuchung normal. Schwierig nachvollziehbar seien Schmerzen bei Belastung der Knie in Strecknähe, beispielsweise beim Gehen geradeaus mit jetzt idealem Körpergewicht. Auch dauerhafter Nachtschmerz sei bei dieser Läsion eher unüblich. Bei teilweise fehlendem morphologischem Korrelat lasse sich diese Empfindlichkeit am ehesten mit veränderter Schmerzwahrnehmung erklären, was beim chronischen Schmerzpatienten auch naheliegend sei. Der Patient wünsche sich heute eine sitzende Teilzeitarbeit, was von beiden Knien her realistisch sei. Für eine Umschulung habe er sich noch nicht angestrengt. Er wünsche dem Versicherten zunächst Einsicht, dass sich diese Anstrengung absolut lohne. Nebst anzustrebendem Medikamentenabbau sei von orthopädischer Seite Bewegung die beste Therapie. Es gebe zahlreiche Bewegungsformen, die keine oder nur geringe Schmerzen auslösen würden (BG-act. 173 S. 14 - 16).

E. 8.18

Dr. D.____ hielt in der RAD-Stellungnahme vom 19. September 2023 (unter Berücksichtigung des obgenannten Berichts von Dr. med. G.____ vom 16.08.2023) fest, der Versicherte habe am 26. Januar 2023 in der Garage beim Tragen einer Kiste Wasser eine Knie-distorsion links erlitten. In den Unfallakten fänden sich zum Unfallhergang erstaunlich wenig Hinweise. Eine mehr als dreimonatige Änderung des

Seite 18 von 27

Funktionszustandes durch diesen Unfall lasse sich gegenüber dem bereits ausführlich beschriebenen angepassten ergonomischen Profil nicht ableiten. Als Unfallfolgen seien eine knöcherne Verletzung, eine Bandverletzung der Kniegelenke, ein Kniebinnenschaden sowie eine Instabilität definitiv ausgeschlossen worden. Eine leichte Retropatellararthrose rechts mehr als links sei bereits vorbeschrieben. Die chronische diffuse Schmerzsymptomatik und diverse Probleme in Bezug auf die Lebensbewältigung seien im Gutachten bereits ausführlich beschrieben worden (BG-act. 180).

E. 8.19

Dr. med. B.____ stellte im Bericht vom 27. November 2023 (Übersetzung durch Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers) die Diagnosen: mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) seit Ende letzten Oktober; generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1); Panikstörung (ICD-10: F41.0). Zum Verlauf hielt sie fest, seit Ende letzten Oktober habe sich das psychopathologische Bild verschlechtert. Der Patient erscheine verzweifelt wegen der Langzeitarbeitslosigkeit, aus der es im Moment keinen Ausweg gebe. Die

funktionellen Einschränkungen bestünden in einer verminderten Belastbarkeit sowie verminderten Ausdauer. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 Prozent in der angestammten Tätigkeit, aus somatischen Gründen. In angepasster Tätigkeit sei die Arbeitsunfähigkeit unter Beachtung der somatischen und psychischen Funktionseinschränkungen im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung zu prüfen (BF-Eingabe vom 13.02.2024).

E. 8.20

Dr. med. C. ___ hielt im arbeitsmedizinischen Gutachten vom 3. Dezember 2023 (Übersetzung durch Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers) fest, das Gutachten beurteile die klinische Situation des Patienten retrospektiv basierend auf den Untersuchungen von November 2022 bis Januar 2023. Auf der Grundlage dieser ärztlichen Untersuchungen gehe die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Antragsteller bereits ab 1. Mai 2020 über eine vergleichbare Erwerbsfähigkeit verfüge. Dieser Entschluss erscheine in mehrfacher Hinsicht nicht fundiert. In der Zeit zwischen dem Unfall und der angeblich vollständigen Arbeitsfähigkeit gebe es bereits zahlreiche ärztliche Atteste, die das Gegenteil beweisen würden. Die Behauptung, der Versicherte sei am 30. April 2020 geheilt gewesen, erscheine wenig fundiert und auch im Widerspruch zum Entscheid der Unfallversicherung, der den Zeitraum der vollständigen Invalidität am 30. November 2021 abschliesse. Der Versicherte sei aufgrund der durch den Unfall verursachten oder mitverursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im bisherigen Beruf als Sanitär- und Heizungsfachmann mindestens bis zum 30. November 2021 als vollständig arbeitsunfähig anzusehen. Auch eine angepasste (leichte) Tätigkeit (ohne Berufserfahrung) habe zahlreiche Einschränkungen und könne nur in Teilzeit (50%) ausgeübt werden. Es wäre nicht angebracht, den schweizerischen Durchschnittslohn in seiner Allgemeinheit zu betrachten. Der neue Lohn sei gemäss den vom Bundesamt für Statistik ausgewiesenen Wirtschaftszweigen zu berücksichtigen. Wenn man den Sektor 2 (Produktion) ausklammere, der schwere Tätigkeiten enthalte, die vom Versicherten nicht ausgeübt werden könnten, kämen nur gewisse Tätigkeiten im Sektor 3 (Dienstleistungssektor) in Frage,

Seite 19 von 27

wobei Büroarbeiten auszuschliessen seien. Der Arbeitsmediziner machte weitere Ausführungen zur Anwendung der Verordnung über den Mindeststundenlohn nach Wirtschaftszweigen (Gesetzblatt der Republik und des Kantons Tessin, Band 149, Nr. 33 vom 06.10.2023), in deren Anhang zahlreiche Wirtschaftszweige aufgeführt würden. Diese Liste gebe für alle Branchen eine Gesamtabweichung vom schweizerischen Medianstundenlohn von 55 Prozent und einen Mindestlohn vor. Die Anwendung dieser Ausführungsverordnung erscheine angebracht, da der Versicherte Arbeit im Tessin finden müsse. In Anwendung des vom Ufficio per la Sorveglianza del Mercato del Lavoro – Divisione dell'Economia – Ticino zur Verfügung gestellten Rechners ergebe sich bei einer Teilzeitarbeit von 25 Stunden ein Brutomonatslohn von CHF 1'973.00 und ein Bruttojahreslohn von CHF 25'649.00 inklusive 13. Monatslohn. Unter Heranziehung des Valideneinkommens von CHF 66'173.00 (gemäss angefochtener Verfügung) errechnete der Arzt einen Minderverdienst von CHF 40'524.00 und einen Invaliditätsgrad von 61 Prozent (= $[66'173 - 25'649 / 66'173 * 100\%]$; BF-Eingabe vom 13.02.2024).

E. 9.1

In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. November 2023 begründete die Beschwerdegegnerin die Befristung der Rente bis 30. April 2020 damit, dass der Beschwerdeführer gemäss Gutachten in einer angepassten Tätigkeit seit mindestens Mai 2020 vollzeitlich arbeitsfähig sei. Er könne wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten mit einer Gewichtslimite von 10 Kilogramm und ohne Arbeiten mit längerem Stehen und Gehen ausführen. Längerdauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien zu vermeiden. Sie kam zum Schluss, dass die Verdienstmöglichkeiten des Beschwerdeführers auch mit den gesundheitlichen Einschränkungen annähernd gleich wie vor dem Unfall seien. Den Vorwurf, dass sie nur unfallkausale Beschwerden berücksichtige, erachtete die Beschwerdegegnerin – nachdem sie zur Klärung der unfallfremden Einschränkungen ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt habe – als unzutreffend. Insbesondere habe die psychiatrische Untersuchung erhebliche Zweifel am Vorliegen einer psychiatrischen Störung von Krankheitswert ergeben. Der Versicherte sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht derart limitiert, dass er bei der beruflichen Eingliederung auf die Unterstützung der IV-Stelle angewiesen wäre. Er könne sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum melden. Den Unfall vom 26. Januar 2023 habe der Versicherte ihr erst mit Schreiben vom 11. September 2023 gemeldet. Nach Prüfung der Akten der Unfallversicherung, in denen sie nur wenige Hinweise auf den Unfallhergang gefunden hätten, seien sie zum Schluss gekommen, dass dieser Unfall am ergonomischen Profil für angepasste Tätigkeiten nur während rund drei Monaten etwas geändert habe.

E. 9.2

Der Beschwerdeführer macht mit Beschwerde vom 6. Dezember 2023 geltend, die Befristung der IV-Rente bis 30. April 2020 sei absolut unverständlich und stehe im Widerspruch zu den zeitgleichen Abklärungen und zur Tatsache, dass die Unfallversicherung die Taggeldzahlungen erst per

Seite 20 von 27

30. November 2021 eingestellt habe sowie zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf und mehrfach unterstrichenen Notwendigkeit der Unterstützung bei der Wiedereingliederung in eine Verweistätigkeit. Wie der Arbeitsmediziner Dr. C.____ aufzeige, könne ab Einstellung der UV-Tagelder (d.h. ab 01.12.2021) aufgrund der nicht nur unfallkausalen Polymorbidität von einer Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent ausgegangen werden, mit einer Erwerbseinbusse von 61 Prozent, das heisst einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Ab 26. Januar 2023 liege wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor, die im Moment noch andauere, weshalb ab April 2023 (drei Monate nach der Verschlechterung des Gesundheitszustandes) wiederum Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Weiter beantragt der Beschwerdeführer die Delegation an die IV-Stelle Tessin zur Durchführung von Massnahmen im Rahmen des Berichtes des beruflichen Abklärungszentrums Gerra Piano vom 20. Dezember 2022. Dieser Antrag sei auch mehrfach von der behandelnden Psychiaterin begründet worden.

E. 9.3

Die Beschwerdegegnerin bringt mit Stellungnahme vom 30. Januar 2024 vor, in der Beschwerde werde nicht (substantiiert) begründet, weshalb für die Invaliditätsbemessung nicht auf das polydisziplinäre Gutachten – welches von einer uneingeschränkten Zumutbarkeit behinderungsadaptierter Tätigkeiten ab Mai 2020 ausgehe – abgestellt werden dürfe. Dass die Einschätzung eines privat beauftragten Arbeitsmediziners nicht

den gleichen Beweiswert genieße wie ein nachvollziehbar begründetes polydisziplinäres Gutachten (siehe dazu RAD-Stellungnahme vom 06.06.2023), werde als bekannt vorausgesetzt (BGE 135 V 465 E. 4.5). Aus dem übersetzten Bericht der beruflichen Abklärungsstelle (mit ärztlicher Beteiligung) gehe hervor, dass der sehr stark mit sich selbst beschäftigt gewesene Versicherte durchwegs in der Lage sei, industrielle Tätigkeiten auszuüben. Der in der Beschwerde erhobene Vorwurf, die IV-Stellen hätten den Versicherten bei der beruflichen Eingliederung zu wenig unterstützt, sei unberechtigt. Auch die Befristung der Rente sei korrekt, weil der Versicherte gemäss beweiskräftigem Gutachten der MEDAS Bern spätestens seit Mai 2020 wieder arbeitsfähig sei. Entgegen der in der Beschwerde geäußerten Auffassung bestehe keine Pflicht, auf die Dauer der Taggelderleistungen der Unfallversicherung abzustellen.

E. 9.4

In seiner Eingabe vom 13. Februar 2024 hält der Beschwerdeführer in Bezug auf die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin fest, dass die Eingliederungsmassnahmen nicht weitergeführt worden seien, weil angesichts seiner Fragilität der Abschluss des polydisziplinären Gutachtens abgewartet werden sollte (gemäss "Mitteilung von Frau Q.____ an die Unterzeichnete vom 10.01.2023"). Deshalb habe erwartet werden dürfen, dass nach Abgabe des MEDAS-Gutachtens die mehrfach beantragten Wiedereingliederungsmassnahmen vertieft geprüft würden.

E. 10

Vorliegend sind sich die Parteien einig, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2019 Anspruch hat auf eine ganze Rente und dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, dass mithin ein Revisionsgrund

Seite 21 von 27

vorliegt. Streitig und zu prüfen ist jedoch, ob die Rente aufzuheben oder nur herabzusetzen ist und wann dies zu geschehen hat. Während die Beschwerdegegnerin (gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 24.05.2023) die Rente bis 30. April 2020 befristet hat, beantragt der Beschwerdeführer (gestützt auf den Bericht des Arbeitsmediziners Dr. med. C.____ vom 02.12.2023) die Ausrichtung einer unbefristeten (abgestuften) Rente.

E. 10.1

Das MEDAS-Gutachten beruht auf einer vollständigen Untersuchung, wurde in Kenntnis der Vorbefunde erstellt, äussert sich zu den geklagten Beschwerden und beurteilt die funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen. Die Schlussfolgerungen sind plausibel und nachvollziehbar begründet. Das MEDAS-Gutachten erfüllt damit die normativen Vorgaben und ist grundsätzlich beweiskräftig.

E. 10.2

Soweit der Beschwerdeführer aus dem mehrmaligen Hinweis auf demonstratives Verhalten auf eine Voreingenommenheit der Gutachter schliesst, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn die Gutachtersperson, welche die Angaben des Exploranden nicht vorbehaltlos als richtig annehmen darf, hat sich im Rahmen der klinischen Untersuchung auch zum beobachteten Verhalten und zur Plausibilität der geklagten Beschwerden zu äussern und allfällige Widersprüche aufzuzeigen (BGer 9C_38/2022 vom 24.05.2022 E. 4.3). Demnach sind in den (begründeten) Hinweisen auf demonstratives Verhalten keine Umstände, welche den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit begründen

vermöchten, zu erblicken. Entsprechende Hinweise finden sich zudem bereits in den Berichten des Kreisarztes vom 17. August 2020 und 4. Oktober 2021 (siehe E. 8.7 und 8.10 hievor).

E. 10.3

Ferner ist der Beschwerdeführer der Ansicht, im Gutachten würden Inkonsistenzen beschrieben, die so gar nicht existierten. So heisse es, er "sei mit dem PKW angereist", wie wenn er selber gefahren wäre. Er sei von seiner Frau begleitet worden, und habe für die Fahrt trotzdem länger gebraucht als normal. Damit unterstellt er den Gutachtern indirekt, sie seien (fälschlicherweise) davon ausgegangen, dass er selber mit dem Auto gefahren sei. Eine Aussage, wer denn nun effektiv gefahren ist, lässt sich seinen Ausführungen ("wurde von seiner Frau begleitet"; Beschwerde S. 12) jedoch nicht entnehmen. Ohnehin ist nicht davon auszugehen, dass sich die Frage – ob er selber gefahren ist oder nicht – auf die Einschätzung im Gutachten ausgewirkt hat. So wurde im psychiatrischen Teilgutachten (BG-act. 151 S. 57) lediglich festgehalten, dass sich keine Ermüdungszeichen gezeigt hätten, obwohl der Versicherte am Morgen eine vierstündige Autofahrt von Tessin bis Bern unternommen habe. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird die Autofahrt bei den Inkonsistenzen gar nicht erwähnt.

E. 10.4

Die Gutachter kommen zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit als Sanitärinstallateur seit Februar 2018 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit besteht, leidensadaptierte Tätigkeiten hingegen seit Mai 2020 wieder ohne Einschränkung durchführbar sind (100% arbeitsfähig). Diese Einschätzung wird bestätigt durch den Arztbericht von Dr. med. I. ____ vom 4. Oktober 2021, welcher in angepasster Tätigkeit nach der Operation ("Knorpel-Repair femoropatellar" 2019) ebenfalls eine vollumfängliche

Seite 22 von 27

Arbeitsfähigkeit attestierte (E. 8.10). Auch im Abklärungsbericht vom 20. Dezember 2022 wurde dem Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert (siehe E. 8.13). Anders als der Beschwerdeführer geltend macht, sprachen die Abklärungspersonen nicht "von einer anfänglichen Arbeitsaufnahme von 3-4 Stunden täglich", sondern vielmehr vom Wunsch des Versicherten ("il suo desiderio"), die Arbeit in diesem Umfang wieder aufzunehmen.

E. 10.5

Nicht gefolgt werden kann demgegenüber der Einschätzung von Dr. med. C. ____ im Bericht vom 3. Dezember 2023, welcher eine Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit geltend macht. Einerseits kommt einem Parteigutachten nicht der gleiche Stellenwert zu wie einem nach Art. 44 ATSG eingeholten externen medizinischen Gutachten (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351). Andererseits sind die Ausführungen des Arbeitsmediziners – welcher sich nicht nur zu den zumutbaren Tätigkeiten, sondern auch zur beim Einkommensvergleich anwendbaren Tabelle und zum Invaliditätsgrad äusserte – Zeichen dafür, dass der Arzt nicht um die Grenzen seines Auftrags weiss, was an dessen Unparteilichkeit zweifeln lässt (vergleiche BGer 8C_448/2015 vom 17.12.2015 E. 4.2). Denn nach konstanter Rechtsprechung ist die Vornahme der juristischen Beurteilung eines Falles – wozu auch die Ermittlung der erheblichen Auswirkungen der aus dem Gesundheitsschaden resultierenden Funktionseinbusse gehört – nicht Sache des Mediziners.

Vielmehr hat dieser sich darauf zu beschränken, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vergleiche E. 7; BGE 140 V 193 E. 3.2). Zudem nennt Dr. med. C. ___ keine im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unberücksichtigt gebliebenen Aspekte, die geeignet wären, ernsthafte Zweifel am Beweiswert des MEDA-Gutachtens zu wecken (vergleiche E. 7.3.1 hievov).

E. 10.6

Es bleibt festzuhalten, dass sich die Unfälle vom 20. März 2021 und 28. Mai 2022 noch vor der Begutachtung durch die MEDAS ereigneten und im Gutachten berücksichtigt wurden (siehe fächer- übergreifende Aktenzusammenfassung: BG-act. 151 S. 26 und 32 f.). Der Unfall vom 26. Januar 2023 ereignete sich zwar kurz nach den Untersuchungen bei der Gutachterstelle, hatte jedoch gemäss RAD- Stellungnahme vom 19. September 2023 keine mehr als dreimonatige Änderung des Funktionszustandes zur Folge (E. 8.18 hievov). Gegen eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls spricht auch, dass der Beschwerdeführer diesen der Beschwerdegegnerin erst am 11. September 2023 gemeldet hat (siehe Verfügung vom 03.11.2023). Diese nur vorübergehende Verschlechterung wirkt sich nicht auf den Rentenanspruch aus (Art. 88a Abs. 2 IVV).

E. 11

Im Weiteren ist zu prüfen, wann die festgestellte Verbesserung eingetreten ist.

E. 11.1

In Anbetracht dessen, dass der Kreisarzt bereits im Bericht vom 17. August 2020 von einem durch den sich postoperativ und radiologisch präsentierenden Befund nicht nachvollziehbaren

Seite 23 von 27

Ausmass der Beschwerden ausging, dass dieser ferner am 4. Oktober 2021 von einer theatralischen Symptomausweitung berichtete und im orthopädischen Fachgebiet keine Ursache für die massiv demonstrierenden Beschwerden finden konnte (E. 8.7 und 8.10), kann der Zeitpunkt der Verbesserung retrospektiv nicht mehr genau eruiert werden. Dies wurde denn auch im Gutachten so festgehalten (E. 8.14.3) und der Zeitpunkt des Wiedererlangens der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf "zu- mindest" ein Jahr nach der Operation geschätzt, was plausibel erscheint.

E. 11.2

Nicht überzeugend ist demgegenüber das Argument des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin hätte – da sie zum gleichen Schluss wie die Unfallversicherung gekommen sei – die volle Rente bis zur Einstellung der UVG-Taggelder (per 30.11.2021) ausrichten müssen. Wie sich dem (ersten) Vorbescheid vom 4. Februar 2022 (BG-act. 66) ohne Weiteres entnehmen lässt, kam die Beschwerdegegnerin nur zum selben Schluss wie die Unfallversicherung, soweit diese eine angepasste Tätigkeit als in vollem Umfang zumutbar erachtete. Der Zeitpunkt der Verbesserung wurde im betreffenden Absatz des Vorbescheids jedoch nicht erwähnt. Zudem hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Einwandverfahrens eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung (welche nicht nur die Unfallfolgen berücksichtigt) in die Wege geleitet und in der Folge gestützt auf das Gutachten einen neuen (andere- lautenden) Vorbescheid erlassen.

E. 11.3

Aus der Ausrichtung von Taggeldern könnte ohnehin nicht auf eine Invalidität gleichen Grades geschlossen werden. Denn während eine Taggeldleistung bereits bei vorliegender Arbeitsunfähigkeit (in bisheriger Tätigkeit) ausgerichtet wird, ist für eine Invalidität eine Erwerbsunfähigkeit vorausgesetzt, welche den offenen Fächer der in Frage kommenden Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt berücksichtigt (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, N 67 ff. zu Art. 6).

E. 11.4

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten von einer 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab 22. Mai 2020 (1 Jahr nach OP vom 22.05.2019) auszugehen (siehe E. 8.2).

E. 12

Die Ermittlung des Invaliditätsgrades ist in Art. 16 ATSG und damit in den Grundzügen gesetzlich geregelt. Gestützt auf diese Bestimmung (i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG) bildet Referenzpunkt bei der Invaliditätsbemessung im erwerblichen Bereich der hypothetisch als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt, dies im Gegensatz zum effektiven. Das Abstellen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss Art. 16 ATSG dient auch dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen (BGE 148 V 174 E. 9.1).

E. 12.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, da er sich nicht selber eingliedern könne, seien berufliche Massnahmen beziehungsweise Eingliederungsmassnahmen unerlässlich. Er sei gemäss der behandelnden Psychiaterin nach fünf Jahren Abwesenheit von der Arbeit nicht in der Lage, aus eigener Kraft eine

Seite 24 von 27

neue Stelle zu finden, da er unter erheblichem (anhaltendem) emotionalem Stress leide. Deshalb bestehe eine Indikation für berufliche Rehabilitationsmassnahmen in einer geeigneten Tätigkeit, die die funktionellen Grenzen respektiere. Zwar laute der Grundsatz, dass die medizinisch attestierte (Rest-)Arbeitsfähigkeit kraft Schadenminderung jederzeit verwertbar sei. Davon sei in jenen Fallgruppen abzurücken, in welchen lange Erwerbslosigkeit bei unzureichender Berufsausbildung und chronifiziertem Leiden, Selbstlimitierung und Verlust des Vertrauens in die Möglichkeiten des eigenen physischen Leistungsvermögens oder eine zunächst therapiebedürftige Depression die direkte Verwertung der Arbeitsfähigkeit verunmöglichten; in solchen Fällen brauche es vorerst berufliche Massnahmen oder sonstige befähigende Massnahmen zum Wiedereinstieg in das Erwerbsleben (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N 150). Also genau in solchen Fällen wie seinem eigenen brauche es berufliche Massnahmen.

E. 12.2

Dem kann aus folgenden Gründen nicht gefolgt werden. Die Gutachter der MEDAS konnten auf psychiatrischem Fachgebiet keine objektivierbaren Funktionsstörungen feststellen, die Arbeitsfähigkeit betrug stets 100 Prozent und kann gemäss Gutachten nicht weiter verbessert werden (BG-act. 151 S. 63). Sodann war der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in angepasster Tätigkeit seit (spätestens) Mai 2020 wieder voll arbeitsfähig und hätte sich in eine solche gemäss Gutachten "schon längst" selbst

eingliedern können (BG-act. 151 S. 5). Die vom Beschwerdeführer angeführte Abwesenheit vom Arbeitsmarkt war demnach nur während rund zwei Jahren invaliditätsbedingt. Aus der Nichterwerbstätigkeit ab Mai 2020 kann er im Hinblick auf die Schadenminderungspflicht nichts zu seinen Gunsten ableiten (BGer 8C_192/2022 vom 07.07.2022 E. 7.2.3).

E. 12.3

Da somit gestützt auf das MEDAS-Gutachten davon auszugehen ist, dass die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ohnehin schon 100 Prozent beträgt und sich durch berufliche Massnahmen nicht (weiter) verbessern lässt, besteht keine Notwendigkeit solcher Massnahmen und ein entsprechender Anspruch ist zu verneinen (Art. 8 ATSG).

E. 13

Die Beschwerdegegnerin hat den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) bemessen, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht bestritten wird.

E. 13.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (oder der Anspruchsänderung) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung im angestammten Bereich erzielten Lohn angeknüpft. Das Valideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin für das Jahr 2020 mit CHF 66'173.00

Seite 25 von 27

bezieht (= CHF 65'000 im Jahr 2018 gemäss Schadenmeldung [UV-act. 265] / 105.3 [Nominallohnindex, NLI 2018] * 107.2 [NLI 2020]). Dieser unbestritten gebliebene Wert kann übernommen werden.

E. 13.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektiv erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können gemäss Rechtsprechung die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2; 135 V 297 E. 5.2). Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa), wobei üblicherweise auf den sogenannten Zentralwert (Median) der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, abgestellt wird (BGE 148 V 174 E. 6.2, 126 V 75 E. 7a).

E. 13.2.1

Vorliegend errechnete die Beschwerdegegnerin ausgehend von der LSE-Tabelle (Kompetenzniveau 1, Arbeitszeit 41.7 Std./Woche) ein Invalideneinkommen in Höhe von CHF 65'815 (= CHF 5'261 [LSE 2020] / 40 * 41.7).

E. 13.2.2

Soweit der Beschwerdeführer in Anwendung des vom Ufficio per la Sorveglianza del Mercato del Lavoro Ticino zur Verfügung gestellten Rechners ein tieferes

Invalideneinkommen geltend macht, ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund des verfassungsmässigen Gleichbehandlungsgebots regionale Lohnunterschiede bei der Bestimmung des Invalideneinkommens nicht zu berücksichtigen sind (BGer 9C_843/2015 vom 07.04.2016 E. 5.4). Schliesslich hat die Invalidenversicherung weder für ungünstige konjunkturelle Verhältnisse einzustehen noch regionale Lohnunterschiede auszugleichen (BGE 135 V 297 E. 5.3).

E. 13.2.3

Gemäss Praxis des Bundesgerichts können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 Prozent begrenzten Leidensabzug von dem nach den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 75 E. 5a/aa). Da selbst bei Gewährung eines maximalen Tabellenlohnabzugs von 25 Prozent kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde (siehe nachstehende E. 15), erübrigen sich Weiterungen hierzu.

E. 14

Stellt man das Invalideneinkommen von CHF 65'815 dem Valideneinkommen von CHF 66'173 gegenüber, so resultiert ein Invaliditätsgrad von 1 Prozent ($= [66'173 - 65'815] / 66'173$), womit der einen Rentenanspruch begründenden Grenzwert von 40 Prozent (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) nicht annähernd

Seite 26 von 27

erreicht wird. Demzufolge war die Befristung des Rentenanspruchs bis 30. April 2020 rechters. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde ebenfalls zu Recht verneint (siehe E. 12.3 hier vor). Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

E. 15

Weil von weiteren Beweisvorkehren keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse zu erwarten sind, kann auf solche verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5).

E. 16.1

Der unterliegende Beschwerdeführer wird kostenpflichtig (Art. 61 ATSG i.V.m. Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV). In Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht werden die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG), wobei die Gerichtsgebühr für eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde in einer Angelegenheit mittlerer Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht – wie vorliegend – praxisgemäss CHF 900.00 beträgt. Dazu kommt eine Barauslagenpauschale von CHF 30.00 (Art. 25 Abs. 2 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]).

E. 16.2

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 218).

Seite 27 von 27

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten, bestehend aus

CHF 900.00 Gerichtsgebühr

CHF 30.00 Barauslagen (pauschal)

CHF 930.00 Total,

werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 25. Oktober 2024 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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