

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 27

Entscheid vom 20. Juni 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Z. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1970, türkischer Staatsangehöriger mit Niederlassungsbewilligung C, verheiratet, Vater von drei Kindern mit Jahrgang 1989, 1990 und 1994) arbeitete ab 1989 als Produktionsmitarbeiter bei der B._____ AG (Altendorf). Am 2. Juli 2004 meldete er sich zur Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und zum Bezug einer Rente bei der IV-Stelle an (IV-act. 1). Am 19. Juli 2004 wurde das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin per Ende Oktober 2004 aufgelöst (IV-act. 10, S. 4). Im Auftrage der IV-Stelle erstattete die MEDAS C._____ am 24. November 2005 ein interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 22). Gestützt darauf gelangte der RAD-Arzt Dr.med. D._____ zum Ergebnis, dass A._____ für eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit zur Wechselposition zu 100% arbeitsfähig sei (vgl. IV-act. 23). Mit Verfügung vom 30. Dezember 2005 hat die IV-Stelle Berufsberatung und die Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten durch die Berufsberatung gewährt (IV-act. 25). Am 31. Dezember 2005 verfügte die IV-Stelle ausgehend von einem ermittelten IV-Grad von 33%, dass das Rentenbegehren abgewiesen werde (IV-act. 26). Dagegen erhob A._____ erfolglos Einsprache bei der IV-Stelle, welche das Rentenbegehren am 22. November 2006 abwies (IV-act. 43-1/7). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2007 5 vom 7. Mai 2007 abgewiesen (vgl. IV-act. 50). Das daraufhin angerufene Bundesgericht wies mit Urteil 9C_440/2007 vom 30. Juli 2007 die Beschwerde ab (IV-act. 52).

B. Am 21. Februar 2008 (Eingangsdatum) meldete sich A._____ erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 59). Am 10. April 2008 fand ein Abklärungsgespräch statt (IV-act. 66). Mit Vorbescheid vom 5. Juni 2008 (IV-act. 74) sowie mit Verfügung vom 10. Juli 2008 ist die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten (IV-act. 76). Dagegen beschwerte sich A._____ erfolglos beim Verwaltungsgericht (VGE I 2008 175 vom 27.11.2008 = IV-act. 81) sowie anschliessend beim Bundesgericht (9C_92/2009 vom 18.2.2009 = IV-act. 82).

C. Mit Schreiben vom 14. August 2009 gelangte der Hausarzt Dr.med. F._____ an die IV-Stelle, reichte zwei Arztberichte der Uniklinik E._____ ein und ersuchte um Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 88). Unter Hinweis auf eine Stellungnahme der RAD-Ärztin G._____ hielt die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. September 2009 (IV-act. 91) und mit Verfügung vom 26. November 2009 daran fest, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten werde, da sinngemäss keine veränderten Befunde auszumachen

seien (IV-act. 100). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2010 15 vom 8. April 2010 abgewiesen, soweit auf die Beschwerde einzutreten war (IV-act. 109).

D. Mit einem von Dr.med. H._____ (FMH Innere Medizin) verfassten Schreiben vom 5. Dezember 2012 machte A._____ sinngemäss eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (IV-act. 119, in fine). Mit Vorbescheid vom 23. Januar 2013 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 121). Mit Verfügung vom 8. Mai 2013 lehnte es die IV-Stelle ab, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten mit der sinngemässen Begründung, anhand der objektiven Befunde sei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich. Eine leichtgradige Coxarthrose besage hier nur, dass keine schweren körperlichen Arbeiten mehr zumutbar seien. Für eine leichte behinderungsangepasste Arbeit sei weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 133).

E. Ein erneutes Leistungsbegehren (Antrag für berufliche Integration) ging bei der IV-Stelle am 15. Mai 2013 ein (IV-act. 135). Am 22. Mai 2013 teilte die IV-Stelle mit, es werde Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt (IV-act. 139). Am 10. Juni 2013 fand eine Besprechung mit dem zuständigen Mitarbeiter der IV-Arbeitsvermittlungsstelle statt (IV-act. 144). Nach diversen erfolglosen Bemühungen hat die IV-Stelle am 13. Dezember 2013 mitgeteilt, die Arbeitsvermittlung werde abgeschlossen (IV-act. 146).

F. Am 1. April 2016 unterzeichnete A._____ ein neues an die IV-Stelle gerichtetes Leistungsbegehren, in welchem Hüft-, Rückenprobleme, Schmerzen im linken Arm sowie eine psychische Erkrankung vorgebracht wurden (IV-act. 150). In der Folge erachtete die IV-Stelle eine interdisziplinäre Abklärung als nötig. Der Begutachtungsauftrag wurde dem CC._____ zugestimmt (IV-act. 159). Mit Schreiben vom 18. August 2016 teilte die IV-Stelle die Namen der begutachtenden Sachverständigen mit (IV-act. 160). Das entsprechende CC._____ -Gutachten vom 4. November 2016 ging am 23. November 2016 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 163). Mit Vorbescheid vom 25. Januar 2017 wurde angekündigt, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 167). Dagegen opponierte A._____ mit Eingaben vom 6. April 2017 (IV-act. 174) und vom 3. Mai 2017 (IV-act. 175, inkl. Stellungnahme des GO._____ vom 24.4.2017). Der RAD-Arzt Dr.med. D._____ prüfte am 28. September 2017 die Einwände gegen den Vorbescheid und regte an, den CC._____ -Gutachtern zu ermöglichen, zu den Vorwürfen des GO._____ (gegen das CC._____ -Gutachten) Stellung zu nehmen (IV-act. 176-5/5). Daraufhin unterbreitete die IV-Stelle diese Einwän-

de den CC._____ -Gutachtern (IV-act. 177-1/4), welche sich am 27. November 2017 dazu äusserten (IV-act. 178). Am 15. Februar 2018 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 180). Nach Eingang dieser Verfügung am 21. Februar 2018 forderte der Rechtsvertreter mit Schreiben vom 22. Februar 2018 die seit der letzten Zustellung neu ergangenen IV-Akten zur Einsichtnahme an (IV-act. 181) und reichte am 20. März 2018 für A._____ rechtzeitig beim Verwaltungsgericht eine Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren ein:

1. Es sei die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführerin sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere zur Neubegutachtung) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Mit Vernehmlassung vom 19. April 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Welche Bestimmungen und Grundsätze für einen IV-Rentenanspruch von Bedeutung sind, wurde dem Versicherten bereits in den früheren Entscheiden dargelegt. Es kann darauf verwiesen werden.

1.1 Ergänzend ist festzuhalten, dass nach Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit gilt. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit (ganz oder teilweise) Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.4 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.5.1 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder

die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

1.5.2 In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Bundesgerichtsurteil 9C_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. Bundesgerichtsurteile 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Bundesgerichtsurteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

2.1.1 Im vorliegenden Fall wurden die massgebenden Diagnosen im ersten Gerichtsentscheid (VGE) I 2007 5 vom 7. Mai 2007 wie folgt zusammengefasst (IV-act. 50-6/12 unten i.V.m. IV-act. 23-4/5 oben):

Gesundheitsschaden:

Femoroacetabuläres Impingementsyndrom (FAI) der linken Hüfte (IV Code 738)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf Arbeitsleistung:

Diskrete Spondylose und Olisthesis L5

Funktionelle Einschränkungen:

Hüftschmerzen links, verstärkt bei Belastung oder lange unveränderter Position

Damals war aus einem psychiatrischen Konsilium vom 17. Januar 2005 zu entnehmen, dass Dr.med. I. _____ (Psychiatrie FMH) in seiner psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Störung gefunden hatte (IV-act. 50-6/12 i.V.m. 22-11/24).

2.1.2 Gegen diesen VGE I 2007 5 beschwerte sich der Versicherte beim Bundesgericht, welches in seinem Urteil 9C_440/2007 vom 30. Juli 2007 u.a. ausführte, dass er trotz seines Leidens (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: "femoracetabuläres Impingementsyndrom der linken Hüfte") in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Arbeit) voll leistungsfähig sei (IV-act. 52-2/5 unten).

2.2 In der Folge war der Versicherte vom 17. September 2007 bis 6. Oktober 2007 in der Klinik EE._____ hospitalisiert, wo im Austrittsbericht folgende Diagnosen aufgeführt wurden (IV-act. 81-10/14 i.V.m. IV-act. 60-2/19):

Rehabilitationsdiagnose

1. Chronisches cervico-brachiales Syndrom links mit/bei
 - Ketten-Myotendinose von Unterarmbeugemuskulatur bis M. trapezius
2. Coxalgie links mit/bei
 - femoro-acetabulärem Impingement, anamnestisch Limbusriss
3. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit/bei
 - Spondylolyse L5/S1 mit diskreter Spondylolisthesis

Nebendiagnose

- Leichte bis mittelgradige depressive Episode

Nachdem die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Juli 2008 auf das neue Leistungsbegehren des Versicherten nicht eingetreten war (IV-act. 76), gelangte das Verwaltungsgericht im anschliessenden Beschwerdeverfahren zum Ergebnis, dass ungeachtet der eingereichten medizinischen Unterlagen keine für den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad relevante Veränderung des Gesundheitszustandes vorliege (vgl. VGE I 2008 175 vom 27.11.2008 = IV-act. 81). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_92/2009 vom 18. Februar 2009 abgewiesen (IV-act. 82).

2.3 Daraufhin trat der Versicherte am 28. April 2009 für eine Hüftoperation links in die Uniklinik E._____ ein (IV-act. 106-5/7). Nach einer ambulanten Untersuchung hielten PD Dr.med. J._____ (Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie, Uniklinik E._____) und Dr.med. K._____ (Oberärztin, Uniklinik E._____) am 4. August 2009 Folgendes fest (IV-act. 87, S. 1-2 u. IV-act. 88, S. 5-6):

Diagnose

Chronisches Schmerzsyndrom mit chronischen Lumboischialgien bds. sowie Schmerzen der BWS und chronischen Zervikobrachialgien bds.

Restbeschwerden nach Hüftarthroskopie links mit Pfannenrandtrimmung und Labrum, Débridement sowie Kopf- und Schenkelhals-Retaillierung am 29.04.09

Nebendiagnosen:

St. n. laproskopischer Cholezystektomie 2008

Rezidivierende Hals- und Schluckschmerzen

Dr.med. L. _____ (Assistenzarzt Uniklinik E. _____) hielt mit Bericht vom 7. Januar 2010 an die damalige Rechtsvertreterin des Versicherten fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Hüftoperation nicht habe verbessert werden können. Weiter führte er u.a. aus (IV-act. 105):

Insgesamt können wir von Seiten der Hüfte sagen, dass eine Arbeitsunfähigkeit von Herrn A. _____ mit dem Befund der Hüfte nicht zu erklären ist. (...) Auch Dr. BC. _____, Leiter der Wirbelsäulen-Orthopädie an der Uniklinik E. _____, sieht aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht keinen Grund eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. (...)

Dr.med. L. _____ regte (im Einklang mit Dr. BC. _____) an, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten durch ein interdisziplinäres Gutachten zu beurteilen sei.

2.4 Nach einer Verlaufskontrolle vom 18. April 2011 an der Uniklinik E. _____ stellte der Oberarzt Dr.med. M. _____ folgende Diagnosen (IV-act. 115-2/3):

- Unklare Hüftschmerzen inguinal links bei
- Status nach Hüftgelenks-Arthroskopie links (Pfannenrandtrimmung) Labrumdébridement, Kopf-/Schenkelhals-Retaillierung) am 29.04.2009 bei
 - Status nach femoroacetabulärem Impingement und Früharthrose

Als Nebendiagnosen führte Dr.med. M. _____ was folgt auf:

- Chronisches Schmerzsyndrom mit chronischen Lumboischialgien beidseits sowie Schmerzen der BWS und chronischen Cervicobrachialgien beidseits
- Status nach unklaren Vorderarmschmerzen, vermutlich im Bereich Flexor carpi ulnaris links mit
 - Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom Hand links
- Wiederholte Hals- und Schluckschmerzen
Spondylosisthesis L5/S1
Neu aufgetretene Impotenz
Scapulothoracale Dyskinesie links

Seine Beurteilung fasste Dr.med. M. _____ u.a. wie folgt zusammen (IV-act. 115-3/3):

Aufgrund des Nichtansprechens der Hüftgelenksinfiltration sowie den weitgehend unauffälligen MRI-Befunden von der letzten Untersuchung können wir eine coxogene Ursache der Restbeschwerden mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die aktuell vorhandenen linksseitigen Leistenschmerzen nicht mehr am selben Ort lokalisiert sind wie präoperativ. Auch die Gefühlsstörungen im Bereich der Leiste und im Genitalbereich mit anamnestisch neu aufgetretenen Potenzproblemen seit einem Jahr sind elektrophysiologisch nicht objektivierbar.

Diesbezüglich empfehlen die Neurologen jedoch noch eine zusätzliche urologische Abklärung mit Erhebung der Befunde der Sexualfunktion.

Betreffend Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gibt es aus unserer Sicht keine Veränderung. Aufgrund oben genannter Befunde und Untersuchungen besteht von Sei-

ten der Hüfte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dennoch empfehlen wir mittel- bis langfristig grosse körperliche Anstrengungen zu minimieren. (...)

2.5 Am 31. Oktober 2012 liess sich der Versicherte durch Dr.med. N. _____ (Leitende Ärztin Orthopädische Chirurgie FMH) untersuchen, welche folgende Diagnosen stellte (IV-act. 119-5/14):

Diagnostische und therapeutische Infiltration rechte Hüfte unter BV 11.10.2012
Beginnende Coxarthrose beidseits bei Impingementhüfte
St.n. arthroskopischer Offset-Trimmung und Labrumrevision Impingementhüfte links 2009 Klinik E. _____
Chronische Lumboischialgie linksbetont
Anamnestisch Gastritis, St.n. Gastroskopie

In ihrer Beurteilung an den Hausarzt Dr.med. O. _____ führte Dr.med. N. _____ aus (IV-act. 119-5/14).

Erstaunlicherweise hat etwas verzögert dann doch noch eine Schmerzreduktion an der Hüfte stattgefunden, allerdings hat diese nur 4 Tage angehalten, was etwas gegen ein echtes Impingement und gegen eine Labrumläsion spricht. Vermutlich hat er tatsächlich beginnende Coxarthrose-Schmerzen, überlagert durch Lumboischialgie (...). Das Ganze ist ja multifaktoriell und stark überlagert. Ich denke, hier muss konservativ unbedingt weitergefahren werden durch Anpassung mit verschiedenen Schmerzmedikamenten und eventuell auch einmal Psychopharmaka. Physiotherapie hat er schon seit geraumer Zeit nicht mehr, laut seinen Aussagen macht er anscheinend relativ regelmässig noch Übungen, was ich allerdings bezweifle. Seine Körperhaltung ist nämlich immens schlecht. Leider kann ich im Moment keine Operation zur Reduktion der Schmerzen und auch keine sonstige weitere Therapie anbieten. Herr I. ist für die Hüft-TP-Implantation viel zu jung und die Arthrosen sind viel zu diskret, als dass hier eine echte Linderung erreicht werden könnte.

2.6.1 Am 25. Februar 2013 hat der Hausarzt Dr.med. O. _____ den Versicherten dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) RV. _____ für eine psychiatrische Einschätzung zugewiesen (IV-act. 127). In einem Kurzbericht vom 27. März 2013 an die IV-Stelle stellten der zuständige SPD-Sozialpädagoge HFS (NF. _____) sowie der Chefarzt (Dr.med. P. _____) die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) sowie einer Schmerzstörung (IV-act. 128-2/2 oben). Es wurde eine leichte den somatischen Einschränkungen angepasste Tätigkeit empfohlen, beginnend mit einem 50% bis 60% Arbeitspensum, welches je nach Verlauf schrittweise erhöht werden könne (IV-act. 128-1/2 unten).

2.6.2 In einem Verlaufs- und Schlussbericht vom 5. Dezember 2013 an den Hausarzt Dr.med. O. _____ führten der SPD-Sozialpädagoge NF. _____ sowie der Chefarzt Dr.med. P. _____ u.a. aus, dass in der Zeitspanne von März bis November 2013 sechs Einzelgespräche, ein Paargespräch mit der Ehe-

frau sowie eine Untersuchung durch den Chefarzt stattgefunden habe. Es seien berufliche Rehabilitationsmassnahmen vorgeschlagen worden, indes habe die IV nur Arbeitsvermittlung gewährt. Trotz intensiver Suche sei es nicht gelungen, eine passende Arbeitsstelle zu finden. Der Versicherte sei weiterhin bemüht, eine Arbeitsstelle zu finden. Die Behandlung beim SPD werde abgeschlossen (IV-act. 147-3f./8).

2.7 In der Folge hat der Hausarzt Dr.med. O._____ den Versicherten für eine nochmalige rheumatologische Standortbestimmung bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates dem Spital GM._____ zugewiesen. Dr.med. Q._____ (Leitender Arzt Rheumatologie) fasste die im Rahmen der Untersuchungen vom 7. und 14. Januar 2014 gewonnenen Erkenntnisse im Bericht vom 21. März 2014 an den Hausarzt wie folgt zusammen (IV-act. 147-6/8):

Im Sinne der Bitte nach einer neuerlichen rheumatologischen Standortbestimmung kann ich festhalten, dass eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung sicherlich nicht vorliegt. Die Beschwerden sind einerseits mitbedingt durch degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, seien sie alters- und/oder belastungsabhängig oder auch posttraumatisch verursacht. Andererseits ist die Schmerzsymptomatik zu einem erheblichen Teil als chronisches Schmerzproblem im Sinne eines sogenannten zentralen, nicht-nozizeptiven Schmerzes zu verstehen. In diesem Sinne interpretiere ich auch das gute Ansprechen auf Pregabalin (Lyrica), welches jedoch wegen eines "komischen Gefühls" wieder abgesetzt worden war. Ich denke, dass hier ein therapeutischer Ansatzpunkt läge, wenn man dem Patienten nochmals erklärte, warum dieses Medikament bei chronischen Schmerzen eingesetzt wird und sehr häufig auch wirksam ist. (..)

2.8.1 In einer Eingabe vom 15. April 2016 an die IV-Stelle berichtete der Psychiater AC._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) sowie der klinische Psychologe Dr.phil. AD._____ (beide vom GO._____ Zürich) von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten seit 2004 und verwiesen auf einen (an den Hausarzt adressierten) Bericht vom 12. April 2016, an welchem sie selbst und folgende Ärzte mitgewirkt hatten (vgl. IV-act. 153-12/12):

Dr.med. NV._____ (Facharzt Chirurgie FMH)
Dr.med. BE._____ (Anästhesiologie FMH)
Dr.med. R._____ (Innere Medizin und Kardiologie FMH/ deleg. Psychotherapie)
Dr.med. S._____ (Orthopädische Chirurgie FMH)
Dr.med. T._____ (Physikalische Therapie/ Rheumatologie FMH)

Die angeführten Fachpersonen stellten im Bericht vom 12. April 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 153-5/12):

1. Lumbovertebrales Syndrom m/b
 - Op. Indikation Protusion L5/S1? (Dr.med. U._____, 23.02.15)

- Bilaterale Lyse der Interartikularportion von L5 mit konsekutiv verkürztem Sagitaldurchmesser L5
 - Diskusprotrusion L5/S1 dorsolateral mit Kontakt und dorsal Verlagerung der Nervenwurzel S1 re. (Spital RV. _____ 23.07.14)
 - Geringe hypertrophe Facettenarthrose L5/S1 (KS AE. _____ 07.01.14)
 - Spondylolyse L5/S1 mit diskreter Spondylolisthesis (Klinik EE. _____ 05.10.07)
 - Lumbospondylogenes Syndrom linkes Bein, leichte Spondylolisthesis L5 bei Spondylolyse, beginnende Chondrose L4/5 (Dr.med. V. _____, 25.04.07)
2. Thorakovertebrales Syndrom m/b
 - Verkalkung ventraler Bandscheibenraum Th11/12 (KS AE. _____ 07.01.14)
 3. Hüftschmerzen und Leistenschmerz li. m/b
 - St.n. Hüftarthroskopie li. mit Pfannenrandtrimmung und Labrum-Débridement bei femoro-azetabulärem Impingement und Früharthrose 04/09 (Uniklinik E. _____ 26.08.14)
 4. Linksbetontes Schulter-Arm-Syndrom, Hände m/b
 - Ketten-Myotendinose von Unterarmbeugemuskulatur bis M. trapezius Coxalgie links (Klinik EE. _____ 05.10.07)
 - Pseudoarthrose bei St.n. Processus styloideus ulnae Fraktur re. DD: nicht fusinierter Knochenkern. Minime SST- und Rhizarthrose bds. (KS AE. _____ 07.01.14)
 5. Blasenentleerungsstörung unklarer Ätiologie m/b (Uniklinik E. _____ 26.08.14)
 - Spontaner Blasenentleerung per urethram
 - Urodynamik 07/2011: normokapazitive, normosensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinter-Dyskoordination
 - Nächtlicher Drangsymptomatik ohne Dranginkontinenz
 - St.n. tranurethaler elektrischer Nervenstimulation des Nervus pudendus (TENS-P) 09/2011
 - Neurophysiologie 04/2011: unauffällige Pudendus- und Tibialis-SEP
 6. Schmerzen Gesichtshälfte li.
 7. Übergewicht (BMI 27.9 kg/m²)
 8. Reflux/ GERD
 9. St.n. laproskopischer Cholezystektomie 2008
 10. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)

2.8.2 Zur Arbeitsfähigkeit nahmen diese Fachpersonen des GO. _____ wie folgt Stellung (Schreibweise gemäss Original, IV-act. 153-11/12):

Der Internist und Kardiologe Dr. R. _____ hat aus seinem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Anästhesist und Schmerztherapeut schreibt aus schmerztherapeutischer Sicht für frühere Tätigkeit als Arbeiter sowie unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten: 100% arbeitsunfähig. Eine angepasste Arbeit kann aus rein orthopädisch-chirurgischer Sicht ganztags zugemutet werden. Sowohl die Bandscheibenprobleme als auch die beginnende Coxarthrose lassen aber nur leichte Arbeit mit oben genannten Einschränkungen. Aus rheumatologischer Sicht zu 100% arbeitsfähig. Aus schmerztherapeutischer Sicht, unter

Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit des Patienten zu 100% arbeitsunfähig. Inwieweit sich die 12-jährige Arbeitsunfähigkeit zu einer ungünstigen Entwicklung des Tagesprofils geführt hat, müsste abgeklärt werden. Abgeklärt werden sollte auch in wie weit sich daraus Auswirkungen auf seinen Aktivität und Partizipation ergeben. Auf Grund der langjährigen Schmerzanamnese scheinen seine Ressourcen eher eingeschränkt. Der Wirbelsäulenchirurg Dr. Holdener attestiert dem Patienten aufgrund der drei Problemkreise am Bewegungsapparat zur Zeit und bis auf weiteres eine 100% Arbeitsunfähigkeit. Zusammengefasst kann aus rein somatischer Sicht, ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit und der Psyche bei Beachtung der oben genannten Einschränkungen bezüglich Belastung von Hüftgelenk und Rücken keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Aus psychiatrischer Sicht ist der Pat. 100% arbeitsunfähig.

2.9 Das von der IV-Stelle als nötig erachtete interdisziplinäre Gutachten wurde der CC. _____-Gutachterstelle zugewiesen. Das Untersuchungsprogramm wurde von folgenden Sachverständigen durchgeführt (vgl. IV-act. 163-35/81):

- Dr.med. W. _____ (Fallführung/ FMH Allgemeine Innere Medizin)
- Dr.med. X. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie)
- Dr.med. Y. _____ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie)
- Dr.med. Z. _____ (Facharzt Neurologie)
- Dr.med. AA. _____ (FMH Urologie)
- lic.phil. AB. _____ (Fachpsychologe Psychotherapie FSP/ Neuropsychologe)

2.9.1 Die CC. _____-Gutachter stellten im Gutachten vom 4. November 2016 folgende Diagnosen (IV-act. 163-/32/81):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Leistenschmerzen links (ICD-10 M79.65/Z98.8)
 - Status nach Hüftarthroskopie mit Pfannenrandtrimmung, Labrum-Débridement sowie Retallierung an Femurkopf beziehungsweise Schenkelhals am 29.04.2009 (Uniklinik E. _____, Zürich)
 - Anamnestisch kein Ansprechen auf Hüftgelenksinfiltration vom 15.03.2011 (Uniklinik E. _____, Zürich)
 - Radiologisch unauffälliger Befund der Hüftgelenke (Röntgen 27.09.2016)
 - Klinisch keine fassbaren Auffälligkeiten
2. Chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8)
 - radiologisch unauffälliger Befund der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule (MRI 06.01.2009 und 22.07.2014 sowie Röntgen 27.09.2016)
 - gute Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
3. Metabolisches Syndrom

- Adipositas (BMI 30 kg/m²) (ICD-10 E66.0)
 - Verdacht auf arterielle Hypertonie, unbehandelt (ICD-10 I10)
 - Dyslipidämie, unbehandelt (ICD-10 E78.2)
4. Thorakovertebrales Syndrom m/b
- Verkalkung ventraler Bandscheibenraum Th11/12 (KS AE. _____ 07.01.14)
5. Zustand nach Harnblasenentleerungsstörung (2011) unklarer Ätiologie (ICD-10 N31.9)
- spontane Harnblasenentleerung per Urethram
 - Urodynamik: 07/2011 normokapazitive, normosensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor Sphinkter Dyssynergie
 - Zustand nach nächtlicher Drangsymptomatik ohne Dranginkontinenz

2.9.2 Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als Produktionsmitarbeiter einer Farbenfabrik) sowie in anderen Tätigkeiten führten die CC. _____ Gutachter u.a. was folgt aus (IV-act. 163-33f./81):

Die subjektiv geklagten Hauptbeschwerden am Bewegungsapparat wurden in der orthopädischen und neurologischen Untersuchung validiert. Beschreibend sind die chronischen Leistenschmerzen links zur Kenntnis zu nehmen bei Status nach Hüftarthroskopie 2009, ohne Ansprechen auf Hüftgelenksinfiltration 2011 und radiologisch aktuell unauffälligem Befund. Im Weiteren besteht ein panvertebrales Syndrom mit unauffälligen bildgebenden Befunden und guter Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte. Radikuläre Symptome lassen sich aus neurologischer Sicht nicht zuordnen. Im Weiteren sind unspezifische multilokuläre Schmerzen zu verzeichnen. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiert aus orthopädisch-neurologischer Sicht, dass aufgrund der leicht verminderten Belastbarkeit der Hüfte und der Wirbelsäule keine körperlich schwer belastenden Tätigkeiten zumutbar sind. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg und gelegentlich bis 15 kg besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus urologischer Sicht kann beschreibend ein Zustand nach Harnblasenentleerungsstörung 2011 unklarer Ätiologie zur Kenntnis genommen werden. Es bestehen anamnestisch und klinisch derzeit unauffällige Befunde und Angaben, sodass die Arbeitsfähigkeit aus urologischer Sicht nicht eingeschränkt ist. Es bedarf auch nicht die Nähe einer Toilette.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestehen ebenfalls keine Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht sind die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die Belastungssituation, beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Gemäss Prüfung der Indikatoren und Inkonsistenzprüfung kann daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Auf affektiver Ebene kann eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Das Ausmass ist gering und tangiert nicht die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend besteht aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die ergänzend durchgeführte neuropsychologische Untersuchung, für welche es aus neurologischer und psychiatrischer Sicht eigentlich keine medizinische Indikation gibt, zeigte nicht verwertbare Resultate bei einerseits sehr geringem schulischem Ausbildungsniveau, andererseits bei aggravatorischem Verhalten in der Un-

tersuchungssituation. Jedenfalls lassen sich keine objektivierbaren und reproduzierbaren Befunde darstellen, die eine Einschränkung begründen könnten. Zusammenfassend resultiert aus polydisziplinärer Sicht, dass beim Exploranden in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine uneingeschränkte, 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Dies würde auch auf die zuletzt durchgeführte Arbeit zutreffen. Körperlich schwere Tätigkeiten sind bleibend ungeeignet.

2.9.3 Des Weiteren hoben die CC._____ -Gutachter hervor, dass sich der Versicherte für gänzlich arbeitsunfähig halte, was weder somatisch noch psychiatrisch nachvollzogen werden könne. In den Untersuchungssituationen seien verschiedene Inkonsistenzen aufgefallen, und zwar sowohl in den somatischen wie auch in den psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen. Derartige Inkonsistenzen würden ein deutlich selbstlimitierendes Verhalten nachweisen. Zudem wurde festgehalten, dass beim Versicherten keine plausiblen Alltagsaktivitäten erfragt werden konnten, da er in den Antworten diffus blieb. Bei nur gering vorliegenden Befunden könne die Arbeitsfähigkeit direkt medizinisch-theoretisch festgelegt werden, ansonsten hätte an eine Alltagsbeobachtung gedacht werden müssen, wenn die Kombination von deutlich einschränkenden Befunden und aggravatorischem Verhalten vorgelegen hätte. Ferner wurde eine Gewichtsreduktion empfohlen (vgl. IV-act. 163-34/81, Ziff. 6.4 und 6.6).

2.10 In einem Bericht vom 24. April 2017 nahmen im Auftrage des Rechtsvertreters des Versicherten der Psychiater AC._____ sowie der klinische Psychologe Dr.phil. AD._____ (beide GO._____ Zürich) Stellung zum psychiatrischen Teil des CC._____ -Gutachtens und machten u.a. geltend, "die richtigen Diagnosen lauten auch 2017" wie folgt (IV-act. 175-5f./16):

1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig depressive Episode (ICD-10, F33.1)
2. Lumbovertebrales Syndrom m/b
 - Op. Indikation Protusion L5/S1 (Dr.med. U._____, 23.02.15)
 - bilaterale Lyse der Interartikularportion von L5 mit konsekutiv verkürztem Sagitaldurchmesser L5
 - Diskusprotrusion L5/S1 dorsolateral mit Kontakt und dorsal Verlagerung der Nervenwurzel S1 re. (Spital RV._____ 23.07.14)
 - Geringe hypertrophe Facettenarthrose L5/S1 (KS AE._____ 07.01.14)
 - Spondylolyse L5/S1 mit diskreter Spondylolisthesis (Klinik EE._____ 05.10.07)
 - Lumbospondylogenes Syndrom linkes Bein, leichte Spondylolisthesis L5 bei Spondylolyse, beginnende Chondrose L4/5 (Dr.med. V._____, 25.04.07)
3. Thorakovertebrales Syndrom m/b
 - Verkalkung ventraler Bandscheibenraum Th11/12 (KS AE._____ 07.01.14)
4. Hüftschmerzen und Leistenschmerz li. m/b

- St.n. Hüftarthroskopie li. mit Pfannenrandtrimmung und Labrum-Débriement bei femoro-azetabulärem Impingement und Früharthrose 04/09 (Uniklinik E._____ 26.08.14)
- 5. Linksbetontes Schulter-Arm-Syndrom, Hände m/b
 - Ketten-Myotendinose von Unterarmbeugemuskulatur bis M. trapezius Coxalgie links (Klinik EE._____ 05.10.07)
 - Pseudoarthrose bei St.n. Processus styloideus ulnae Fraktur re. DD: nicht fusinierter Knochenkern. Minime SST- und Rhizarthrose bds. (KS AE._____ 07.01.14)
- 6. Blasenentleerungsstörung unklarer Ätiologie m/b (Uniklinik E._____ 26.08.14)
 - Spontaner Blasenentleerung per urethram
 - Urodynamik 07/2011: normokapazitive, normosensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinter-Dyskoordination
 - Nächtlicher Drangsymptomatik ohne Dranginkontinenz
 - St.n. tranurethaler elektrischer Nervenstimulation des Nervus pudendus (TENS-P) 09/2011
 - Neurophysiologie 04/2011: unauffällige Pudendus- und Tibialis-SEP
- 7. Schmerzen Gesichtshälfte li.
- 8. Übergewicht (BMI 27.9 kg/m²)
- 9. Reflux/ GERD
- 10. St.n. laproskopischer Cholezystektomie 2008

2.11 Zur Kritik des Psychiaters AC._____ sowie des klinischen Psychologen Dr.phil. AD._____ am CC._____-Gutachten äusserten sich Dr.med. Y._____ und Dr.med. W._____ in einer Eingabe vom 27. November 2017 u.a. sinngemäss dahingehend, dass im Rahmen der CC._____-Begutachtung nur eine leichte depressive Episode feststellbar gewesen sei. Die vom GO._____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne aber schon aufgrund der gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung (wenn denn eine vorliegen würde) aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Neue Befunde und Beurteilungen würden zudem nicht vorgebracht. Im CC._____-Gutachten sei bereits zur ziemlich identisch ausgefallenen Beurteilung 2016 des GO._____ Stellung bezogen worden. Es könne weiterhin am Ergebnis des CC._____-Gutachtens festgehalten werden (IV-act. 178).

3. Eine gerichtliche Würdigung der dargelegten Angaben zur gesundheitlichen Situation des Versicherten sowie zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zeitigt die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse.

3.1 Es fällt auf, dass die erste IV-Anmeldung vor rund 14 Jahren erfolgte, als der Versicherte 34-jährig war. Seither hat der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt und mehrfach um eine IV-Rente nachgesucht, was gemäss den

angeführten Gerichtsentscheiden bislang ohne Erfolg blieb (vgl. Ingress lit. A bis lit. D).

3.2 Nach dem Eingang des neuen, am 1. April 2016 unterzeichneten und hier zu prüfenden Leistungsbegehrens erachtete die IV-Stelle die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens als erforderlich, wobei das Vergabeverfahren nach Art. 72^{bis} IVV eingehalten wurde. Auch die im konkreten Fall berücksichtigten medizinischen Fachdisziplinen geben keinen Anlass zu Bemerkungen. Anzuführen ist, dass die IV-Stelle in einem detaillierten Fragenkatalog, welcher auch dem Versicherten zugestellt wurde, im Einzelnen vorgegeben hat, auf welche Aspekte die Gutachter konkret einzugehen hatten. Dazu gehörte namentlich auch eine Berücksichtigung der vom Bundesgericht im Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 aufgeführten Standardindikatoren, u.a. eine Auseinandersetzung mit dem sozialen Kontext, mit den Beeinträchtigungen, mit den vorhandenen oder mobilisierbaren Ressourcen, mit Aspekten der Konsistenz etc. (vgl. IV-act. 156-1f./2).

3.3.1 Was die somatischen Beeinträchtigungen des Versicherten anbelangt, verhält es sich so, dass der Versicherte umfassend abgeklärt wurde. Die internistischen, orthopädischen, neurologischen und urologischen Untersuchungen ergaben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen chronische Leistenschmerzen links sowie ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (vgl. hinsichtlich der detaillierten Diagnosen vorstehend, Erw. 2.9.1). Daraus leiteten die CC._____-Gutachter die Unzumutbarkeit von körperlich schwer belastenden Tätigkeiten ab, derweil körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten (ohne repetitive Heben von Lasten über 10 kg etc.) u.a. angesichts der unauffälligen bildgebenden Befunde sowie der guten Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte als zumutbar beurteilt wurden. Im Einklang damit steht auch die Zusammenfassung der GO._____-Ärzte vom 12. April 2016, welche ausdrücklich festhielten, dass aus rein somatischer Sicht (ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit und der Psyche) bei Beachtung der genannten Einschränkungen bezüglich Belastung von Hüftgelenk und Rücken "keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden" könne (vgl. oben, Erw. 2.8.2 in fine i.V.m. IV-act. 153-11/12, Bf-act. 3). Dass sich seither die Hüft- und Rückenschmerzen massgeblich verändert bzw. verschlechtert hätten, wird weder substantiiert geltend gemacht noch ist dies ersichtlich. Vielmehr führte der Orthopäde Dr.med. S._____(vom GO._____) im aktuellsten Bericht vom 19. Februar 2018 (und mithin nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2018) was folgt aus (vgl. Bf-act. 5, S. 8):

Die zervikalen Beschwerden erlauben eine leichte bis mittelschwere Arbeit, wie dies im Gutachten in Basel festgehalten wurde. Auch der Zustand nach Fraktur

des Ulnastyloids links sowie der aktuell beklagte Tennisellbogen rechts erlauben eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung.

Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung das vorliegende MEDAS-Gutachten hinsichtlich der somatischen Beeinträchtigungen als beweiskräftig erachtet und gestützt darauf eine entsprechende vollständige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten angenommen hat, ohne dass noch Anlass für weitere somatische Abklärungen besteht.

3.3.2 An diesem dargelegten Zwischenergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Versicherten nichts zu ändern. Im MEDAS-Gutachten wurde sowohl vom Urologen, als auch vom Orthopäden unabhängig voneinander festgestellt, dass sich der Versicherte problemlos entkleiden konnte (ohne sichtbare Einschränkung, vgl. IV-act. 163-18/81, Ziff. 4.2.21 und IV-act. 163-20/21 unten). Soweit dazu in der GO. _____-Stellungnahme vom 24. April 2017 eingewendet wird, das im MEDAS-Gutachten festgestellte problemlose Entkleiden geschehe keineswegs ohne Schmerzen (vgl. IV-act. 175-4/16, Ziff. 2 in fine), wird insbesondere übersehen, dass das Auftreten eines Schmerzes bei einer bestimmten Bewegung grundsätzlich noch keine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für leichte Tätigkeiten zu begründen vermag. Abgesehen davon hat die Tochter des Versicherten dazu ausgeführt, dass ihr Vater "an dem Tag keine Probleme" hatte, "sich umzuziehen etc., jedoch hat er oft Schmerzen dabei" (vgl. IV-act. 178-8/16).

3.4 In der Folge ist zu prüfen, ob die vorliegenden Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand des Versicherten ausreichen, um die Frage eines IV-Rentenanspruchs zu beantworten, oder ob gegebenenfalls noch eine psychiatrische Zusatzbegutachtung nötig wäre.

3.4.1 Wie in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 2, Ziff. 2 i.V.m. IV-act. 163-13ff./81) überzeugend dargelegt worden ist, wurde im MEDAS-Gutachten der psychopathologische Befund AMDP-konform erhoben. Die Stimmung war leicht depressiv, der affektive Kontakt war aber gut herstellbar. Der Versicherte gab eine erhöhte Ermüdbarkeit, verminderten Appetit (aber ohne Gewichtsabnahme) und negative Zukunftsperspektiven an. Es zeigten sich keine manifesten Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck von Angst und Zwängen. Die Vigilanz war nicht gestört. Der Versicherte war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren nicht gestört. Das Denken war formal geordnet und inhaltlich bestanden keine Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Hinweise auf eine akute Suizidalität bestanden nicht.

3.4.2 Sodann befasste sich der CC. _____-Psychiater auch mit früheren ärztlichen Einschätzungen, namentlich der MEDAS C. _____ sowie den Angaben des GO. _____, wo im Jahre 2016 eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradige Episode) diagnostiziert worden war. Dabei wurde nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Einschätzung des GO. _____ nicht gefolgt werden könne (vgl. IV-act. 163-14/81, Ziff. 4.1.7). Auf die unterschiedlichen Einschätzungen des psychischen Gesundheitszustandes durch den CC. _____-Psychiater einerseits und den GO. _____-Psychiater andererseits wird noch nachfolgend eingegangen.

3.4.3 Des Weiteren wurde in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 2f.) zutreffend darauf hingewiesen,

- dass im Rahmen der Begutachtung eine Beurteilung der Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde erfolgte,
- dass auch der soziale Kontext berücksichtigt wurde,
- dass eine Ressourcenprüfung erfolgte,
- dass Feststellungen zur Therapieadhärenz evaluiert wurden,
- dass eine Konsistenzprüfung vorgenommen wurde,
- dass der begutachtende Psychiater auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren, welche im Fragenkatalog aufgeführt wurden (IV-act. 156) zum Ergebnis gelangte, dass sowohl Beziehungs- als auch Kontaktfähigkeit erhalten sind,
- dass innerhalb der Familie gute Kontakte bestehen, die Kommunikationsfähigkeit erhalten ist mit Ressourcen, auf die er zurückgreifen könne, um wieder zu arbeiten,
- dass Ressourcen auch bezüglich angelernter Arbeiten bestünden,
- dass er noch Auto fahren könne, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche,
- dass er trotz angegebenen starken Beschwerden während der gesamten Exploration ruhig sitzen bleiben konnte, wobei die Konzentrationsfähigkeit intakt blieb,
- dass keine Therapieresistenz vorliege,
- und dass die psychiatrische Behandlung nicht ausgeschöpft sei.

Im Kontext mit der Fragestellung einer adäquaten Behandlung wird auf die Erfahrungen im Verlauf verwiesen, wonach der Versicherte ein gut wirkendes Medikament (Pregabalin bzw. Lyrica) "wegen eines komischen Gefühls" von sich aus wieder abgesetzt hatte (vgl. vorstehend Erwägung 2.7) und nach wenigen Gesprächen mit den Fachpersonen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) die dortige Behandlung abschliessen liess (vgl. vorstehend, Erw. 2.6.2; zur Behandlung beim GO. _____ siehe auch noch nachfolgend).

3.4.4 Es ist nicht zu übersehen, dass der CC._____ -Psychiater (Dr.med. Y._____) und der GO._____ -Psychiater (AC._____) bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sehr unterschiedliche Standpunkte vertreten. Nach der Aktenlage verhält es sich so, dass der Versicherte im Zeitpunkt, als die Stellungnahme des GO._____ vom 24. April 2017 verfasst wurde, die Behandlungsdauer im GO._____ "fast 2 Jahre" erreichte, wie vom Psychiater AC._____ und dem mitwirkenden Psychologen Dr.phil. AD._____ festgehalten wurde (vgl. IV-act. 175-4/126 Mitte, Ziff. 2 in fine; siehe auch IV-act. 163-11/81 Mitte). Mithin ist hinsichtlich der Divergenzen zwischen dem behandelnden Psychiater AC._____ und dem begutachtenden CC._____ -Psychiater die in Erwägung 1.5.2 thematisierte Rechtsprechung zu beachten, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. auch Urteil 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 3.3.6 mit weiteren Hinweisen). In diesem Sinne ist den Ergebnissen des MEDAS-Gutachtens grundsätzlich mehr Gewicht einzuräumen. Dies gilt erst recht, als in den aktenkundigen GO._____ -Berichten auf die im MEDAS-Gutachten aufgeführten Inkonsistenzen nicht konkret eingegangen wurde (siehe nachfolgend).

3.4.5 Als auffälliges bzw. inkonsistentes Verhalten des Versicherten wurde im interdisziplinären MEDAS-Gutachten u.a. erwähnt,

- dass die bei der expliziten Prüfung demonstrierte Einschränkung der Kopffrotation unter Ablenkung nicht bestätigt werden konnte (IV-act. 163-21/81, 2. Abs.),
- dass die bei Untersuchung der unteren Extremitäten in Rückenlage diffus im Becken- und Rückenbereich angegebenen Beschwerden während der Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne die geringste Schmerzäusserung gelang (IV-act. 163-21/81 Mitte),
- dass der Versicherte gemäss Angaben der leitenden Ärztin Orthopädie am Spital RV._____ keinerlei Verständnis für die durch ihn selbst lösbaren Rückenprobleme zeigte und weder Rückenhygiene noch sonstige Übungen durchführte (IV-act. 163-23/81 unten),
- dass sich letztlich kein relevantes organisches Korrelat für diese Vielzahl von Beschwerden finden liess (beim weitaus überwiegenden Teil dürfte es sich um Befindlichkeitsstörungen handeln, vgl. IV-act. 163-26/81, Ziff. 4.3.4),
- dass der Versicherte beim Hamburg-Wechsler-Intelligenztest im Bereich der Merkfähigkeit für Zahlen (Zahlennachsprechen) anfänglich ein unterdurchschnittliches Resultat zeigte, jedoch nach dem Hinweis "das sollte eigentlich gehen" ein für fremdsprachige Personen gutes Resultat erzielen konnte (IV-act. 163-27f./81),
- dass der Versicherte im Untertest zur Prüfung der visuo-spatialen Konstruktion (Mosaik-Test) lediglich in der Lage war, die ersten drei einfachen Figuren zu legen, derweil die vierte Figur auffallend falsch gelegt wurde (IV-act. 163-28/91 oben),

- dass der Versicherte im Untertest zur Prüfung der Fähigkeit, Teile und Gesamtzusammenhänge zu erkennen, die erste einfache Figur (Menschenfigur) auffällig falsch legte,
- dass der Versicherte im Untertest zur Prüfung des Arbeitstempos und der visuell-motorischen Koordination (Zahlen-Symbol-Test) sehr stark unterdurchschnittlich arbeitete und nach einem entsprechenden Hinweis auf die deutlich unterdurchschnittliche Leistung zu einer Leistungssteigerung fähig war (IV-act. 163-28/91 Mitte),
- und dass der Versicherte im Uhrentest eine analoge Zeitangabe nicht richtig zeichnen konnte (IV-act. 163-29/81).

3.4.6 Im Lichte all dieser Ausführungen ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass das vorliegende MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten als beweiskräftig zu beurteilen ist, auch wenn die behandelnden GO. _____-Fachpersonen den Versicherten wegen seiner Persönlichkeit und seines psychischen Zustandes als (seit Jahren) vollständig arbeitsunfähig erklären. Dieses Gutachten erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten (siehe Erw. 1.5.1). Es wurde namentlich in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten erstellt, beruht auf eigenständigen interdisziplinären Abklärungen in den genannten Disziplinen, berücksichtigt die geklagten Schmerzen und die Schlussfolgerungen sind in sich widerspruchsfrei und medizinisch einleuchtend begründet. Anzuführen ist, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag 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 nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_794/2012 vom 4.3.2013 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen; siehe auch noch nachfolgend).

3.4.7 An diesem dargelegten Ergebnis vermögen die auf Angaben des GO. _____ abgestützten Einwände des Versicherten nichts zu ändern.

3.4.7.1 Nicht zu hören ist namentlich die Kritik in der GO. _____-Stellungnahme vom 24. April 2017, wonach die psychiatrische CC. _____-Begutachtung nur 30 Minuten gedauert habe (vgl. IV-act. 175-4/16, Ziff. 1), da die

GO._____ -Fachpersonen bei der CC._____ -Begutachtung gar nicht anwesend waren und deswegen objektiv gar nicht in der Lage sind, die Dauer der beim CC._____ durchgeführten Untersuchungen zu beurteilen.

3.4.7.2 Soweit im CC._____ -Gutachten von "guten Deutschkenntnissen" des Versicherten ausgegangen wird und in der GO._____ -Stellungnahme dies ausdrücklich als Fehler im Gutachten gerügt wird (IV-act. 175-4/16, Ziff. 2), ist daran zu erinnern, dass der GO._____ -Psychiater bereits am 12. April 2016 die Sprachkenntnisse des Versicherten wie folgt umschrieb: "gut deutsch sprechend" (vgl. IV-act. 153-9/12 unten). Analog hielt auch der GO._____ -Rheumatologe ausdrücklich fest, dass die Verständigung in deutscher Sprache gut möglich sei (IV-act. 153-9/12 Mitte). Mithin kann dem CC._____ -Gutachten nicht angelastet werden, dass kein Dolmetscher beigezogen wurde, zumal der Versicherte bereits mit Schreiben vom 18. August 2016 darüber informiert wurde, dass die Untersuchungen in deutscher Sprache erfolgen werden und ein allfälliger Dolmetscherbedarf rechtzeitig zu melden sei (IV-act. 160-2/2).

3.4.7.3 Wie oft der Versicherte noch einen Personenwagen lenkt, lässt sich im Rahmen eines Untersuchungsgesprächs nicht hinreichend verifizieren; ausschlaggebend ist hier indessen, dass der Versicherte in der Lage ist, ein Fahrzeug zu lenken (auch wenn er dies offenbar "nur im Notfall" vornimmt, als er beispielsweise zwei Wochen vor der Begutachtung einen Brief zur Post brachte, vgl. IV-act. 163-17/81 unten; siehe dazu auch die Angaben des Versicherten anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 10. Juni 2013, wonach er den Ausweis Kat. B habe, aber meistens seine Frau das Auto brauche, IV-act. 144-1/6).

3.4.7.4 Soweit in der GO._____ -Stellungnahme den CC._____ -Gutachtern mangelnde Sorgfalt vorgeworfen und dies beispielsweise mit der Formulierung im Gutachten "er wisse nicht, ob deren Bruder weiterhin eine IV-Rente beziehe" (vgl. IV-act. 163-17/81 unten) begründet wird, drängen sich folgende Bemerkungen auf. In der GO._____ -Stellungnahme wird geltend gemacht, der Versicherte wisse genau, dass der Bruder der Ehefrau eine IV-Rente habe (vgl. IV-act. 175-4/16 Mitte). Nachdem die GO._____ -Ärzte an der CC._____ -Begutachtung nicht mitwirkten, können sie die Frage, was genau der Versicherte dem begutachtenden Orthopäden am 27. September 2016 sagte, nicht beantworten. Es ist somit nicht ausgeschlossen, dass der Versicherte hinsichtlich des Rentenanspruchs seines Schwagers dem CC._____ -Gutachter einerseits und den GO._____ -Ärzten unterschiedliche Angaben präsentierte. Soweit nun aber die GO._____ -Ärzte die im CC._____ -Gutachten zum Rentenanspruch des Schwagers enthaltene Version als Fehler des Gutachters ankrei-

den, übernehmen sie tel quel die vom Versicherten (oder seiner Tochter?, vgl. IV-act. 175-8/16 unten) ihnen präsentierte Version, wonach ihm dieser Rentenanspruch bekannt sei. Darin zeigt sich exemplarisch, dass der therapeutisch tätige Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten dessen Vorbringen hinzunehmen hat und nicht in Frage stellt (vgl. statt vieler: Bundesgerichtsurteil 8C_663/2007 vom 4.8.2008 Erw. 4.2). Analoges gilt auch für die Sachdarstellung in den GO._____-Berichten, wonach sinngemäss der Versicherte seit 2004 zu 100% arbeitsunfähig sei (vgl. IV-act. 153-3/12 unten; IV-act. 153-11/12 in fine; IV-act. 175-4/16 unten), was im CC._____-Gutachten zu Unrecht nicht berücksichtigt worden sei. Diesbezüglich wird übersehen, dass diese aus subjektiver Sicht geltend gemachte vollständige Arbeitsunfähigkeit in den erwähnten Gerichtsentscheiden irrelevant war. Abgesehen davon erachtete sich der Versicherte – entgegen der Argumentation des GO._____-Psychiaters (wonach eine seit 2004 andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege) – zeitweise als arbeitsfähig für adaptierte Tätigkeiten (vgl. IV-act. 144). Ferner fällt der Vorwurf der mangelnden Sorgfalt auch auf die Verfasser der GO._____-Stellungnahme vom 24. April 2017 zurück, indem sie am Schluss der Stellungnahme schreiben: "Es ist unverständlich, dass ein Gutachten 2017 mit einer so rudimentären Beschwerdeaufnahme von der IV-Stelle *Zürich* überhaupt berücksichtigt wird" (vgl. IV-act. 175-6/16 unten, Kursivdruck nicht im Original).

3.4.7.5 Soweit der Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt mangels geeigneter Arbeitsplätze nicht möglich war (vgl. IV-act. 144), handelt es sich grundsätzlich um IV-fremde Aspekte, welche bei der Ermittlung der massgebenden Invalidität auszuklammern sind. Sodann sind auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung das Beschwerdebild mitprägende oder gar dominierende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (BGE 141 V 281 Erw. 4.3.1.1 und 4.3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29.1.2016 Erw. 4.3). Der psychiatrische Gutachter hat überzeugend darauf hingewiesen, dass psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren beim Versicherten eine Rolle spielen. Namentlich besteht eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, weshalb er es sich nicht vorstellen kann, auch mit (gewissen) Beschwerden zu arbeiten (IV-act. 163-13/81, Ziff. 4.1.3 in fine).

3.4.7.6 Schliesslich ist der vorinstanzlichen Argumentation in der Vernehmlassung (S. 4 in fine) uneingeschränkt beizupflichten, dass der im Beschwerdeverfahren eingereichte GO._____-Bericht vom 19. Februar 2018, welcher nach

Erlass der angefochtenen Verfügung erstattet wurde, am vorliegenden Ergebnis nichts zu ändern vermag, zumal darin die depressive Symptomatik als unverändert beschrieben wird. Anzuführen ist, dass in diesem GO. _____-Bericht vom 19. Februar 2018 im Ingress an den "letzten Bericht vom 12.04.2016" angeknüpft wird, indessen im Bericht – abgesehen von bildgebenden Abklärungen vom 22.09.2017 (welche keine relevanten degenerativen Veränderungen zeigten, vgl. Bf-act. 5, S. 6 oben) – nicht substantiiert ausgeführt wird, wann (seit dem CC. _____-Gutachten) welche Behandlungen am GO. _____ durchgeführt wurden. Es fällt indessen auf, dass auf Seite 9 (oben) des GO. _____-Berichts vom 19. Februar 2018 das aktuellste HAMD-Testergebnis einen Wert von 18 ergab (wann genau dieser Test erfolgte, wurde nicht offen gelegt), was für den unteren Bereich einer mittelgradigen Depression (Bandbreite von 17 bis 24) sprechen würde. Vergleicht man diesen aktuellsten Wert mit demjenigen, welcher im Jahre 2016 am GO. _____ evaluiert wurde (HAMD = 28, siehe IV-act. 153-8/12 Mitte), kann grundsätzlich nicht von einer Verschlechterung seit dem CC. _____-Gutachten gesprochen werden.

4. Aus all diesen Gründen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das erwähnte interdisziplinäre Gutachten von einer verbliebenen Arbeitsfähigkeit von grundsätzlich 100% für adaptierte Tätigkeiten ausgegangen ist. Auch wenn in der angefochtenen Verfügung ein Einkommensvergleich unterblieben ist, lässt sich aus dem Verdienst, welchen der Versicherte im letzten Jahr vor der IV-Anmeldung (Fr. 76'450.-- per 2003, vgl. IV-act. 9-1/2) erzielte, im Vergleich zu den Durchschnittslöhnen gemäss der Lohnstrukturhebung 2014 (TA1, Fr. 5'312.-- für Männer, Niveau 1, noch ohne Umrechnung auf die übliche Wochenarbeitszeit) kein rentenbegründender IV-Grad herleiten. Damit bleibt es dabei, dass der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch hat. Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. Juni 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 25. Juni 2018