

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 2

Entscheid vom 16. Mai 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
Dr.iur. Vital Zehnder, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. Die Invalidenversicherung hat für A. _____ (geb. _____ 1976) aufgrund von Geburtsgebrechen verschiedene Leistungen erbracht (vgl. u.a. IV-act. 4 = Übernahme der Kosten der notwendigen medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens GG 355 [Kryptorchismus]; IV-act. 11 = Übernahme der Kosten zur Behandlung des Geburtsgebrechens GG 419 und 426 [angeborene Linsen- oder Glaskörpertrübung und Lageanomalien der Linse mit Visusverminderung]; IV-act. 13 = Neuanschuldung für Geburtsgebrechen GG 485 [kongenitale Dystrophien des Bindegewebes bzw. angeborene Schwäche des Bindegewebes i.S. eines Marfan-Syndroms]; IV-act. 24 = Übernahme der Kosten für notwendige medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens GG 313 [angeborene Herz- und Gefässmissbildungen]).

B. A. _____ hat von 1983 bis 1992 die Primar- und Realschule in C. _____ absolviert (IV-act. 77-2/2). Bemühungen für eine erstmalige berufliche Ausbildung scheiterten, weshalb die Regionalstelle für berufliche Eingliederung mit Schlussbericht vom 13. Juni 1994 das Dossier abgeschlossen hat (IV-act. 42), worauf das IV-Sekretariat (heute IV-Stelle) mit Verfügung vom 28. Juli 1994 das entsprechende Leistungsbegehren als erledigt abgeschrieben hat (IV-act. 45).

C. In der Folge arbeitete A. _____ bis Juni 1995 als Hilfsarbeiter für eine Sanitärfirma, von Dezember 1995 bis Februar 2006 als Produktionsmitarbeiter in der P. _____ AG in Q. _____, von April 2006 bis Dezember 2009 für die R. _____ AG, von Februar 2010 bis April 2010 für eine Küchenbaufirma in S. _____ sowie ab August 2010 bis zum Konkurs der Firma (August 2015) wieder für die P. _____ AG (IV-act. 89).

Zuvor hatte sich A. _____ am 11. Februar 2014 (= Eingangsdatum) bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 65), nachdem er am 23. August 2013 im T. _____ (Spital) operiert worden war (Aeortendissektion Typ A bei Marfan-Syndrom mit Rekonstruktion inklusive Aortenklappe) und anschliessend in der U. _____ (Klinik) zur Rehabilitation hospitalisiert gewesen war (vgl. IV-act. 76). Nach einem Vorbescheid vom 30. Juli 2014 verfügte die IV-Stelle am 24. September 2014, dass kein Anspruch auf Leistungen der IV bestehe (IV-act. 83, 84).

D. Am 1. September 2015 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung für eine berufliche Integration/ Rente ein (IV-act. 86). Nach diversen Abklärungen unterzeichnete A. _____ am 24. März 2016 eine Eingliederungsvereinbarung zum

Einsatz an einem Testarbeitsplatz beim V._____ (Institution) (IV-act. 107). Diesbezüglich erteilte die IV-Stelle am 21. April 2016 Kostengutsprache und gewährte ein IV-Taggeld (IV-act. 111 bis 114). Ab 1. Juli 2016 folgte ein Arbeitsversuch bei der W._____ AG in X._____ (halbtags, vgl. IV-act. 124, ebenfalls mit Taggeld). Gemäss Arbeitgeberfirma erreichte A._____ am Ende des Arbeitsversuchs (31.8.2016) in einem Arbeitspensum von 50% ein Leistungsvermögen von ca. 60% (IV-act. 133).

E. Daraufhin erachtete die IV-Stelle auf Anraten des zuständigen RAD-Arztes Dr.med. D._____ (IV-act. 138) eine polydisziplinäre Untersuchung als nötig (IV-act. 140). Der Begutachtungsauftrag wurde dem Y._____ (MEDAS) zugewiesen (IV-act. 143). Die Namen der Gutachter wurden mit Schreiben vom 7. März 2017 bekanntgegeben (IV-act. 148). Am 22. Juni 2017 wurde das interdisziplinäre Y._____ -Gutachten erstattet (IV-act. 156). Dazu nahm der RAD-Arzt Dr.med. D._____ am 6. Juli 2017 Stellung (IV-act. 160). Mit Vorbescheid vom 11. August 2017 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 164). Dagegen liess A._____ mit Hilfe der Z._____ (Institution) am 9. Oktober 2017 Einwände erheben (IV-act. 172).

F. Am 23. November 2017 verfügte die IV-Stelle sinngemäss, dass der IV-Grad 30% betrage und deswegen kein Rentenanspruch bestehe bzw. das Leistungsbegehren abgewiesen werde; falls der Versicherte eine Arbeitsvermittlung wünsche und sich im von den MEDAS-Gutachtern bestätigten Ausmass als arbeitsfähig sehe, könne er sich wieder bei der IV-Stelle melden (IV-act. 177).

G. Gegen diese Verfügung liess A._____ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 8. Januar 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 23.11.2017 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Leistungen gemäss IVG (Rentenleistungen und berufliche Massnahmen) zuzusprechen.
3. Eventualiter sei der Beschwerdeführer durch das Gericht begutachten zu lassen.
4. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neubegutachtung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 20. Februar 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

In der Vernehmlassung verwies die IV-Stelle unter anderem auf eine Anfrage vom 22. Januar 2018 an die Y._____ -Gutachter sowie auf die am 6. Februar 2018 erfolgte Antwort der Y._____ -Gutachter Dr. N._____ und Dr. M._____.

Diese zusätzlichen Unterlagen wurden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 3. April 2018 zur Kenntnis gebracht. Dazu äusserte sich die Rechtsvertreterin in einer Eingabe vom 24. April 2018.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1 vom 6.10.2000]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20 vom 19.6.1959]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

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

2.2. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil BGer 9C_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem

Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 Erw. 2.2.4).

2.3. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu Urteil BGer 8C_130/2017 vom 30.11.2017) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1).

2.4 Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 2.1 und 2.2 vorstehend), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

3. Was die gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

3.1 Der Hausarzt Dr.med. E. _____ stellte in seinem Bericht vom 4. März 2014 an die IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76-2/26):

1. Marfansyndrom 31.12.1976
- 1983-1987 diverse Augenoperationen
- Aortendissektion Typ A mit Rekonstruktion inklusive Aortenklappe August 2013

Die zumutbare Arbeitsfähigkeit veranschlagte der Hausarzt vom 20. August 2013 bis 19. Januar 2014 auf 0%, anschliessend bis 21. Januar 2014 auf 25% sowie ab 22. Januar 2014 auf 50% (vgl. IV-act. 76-5/26 oben). In einem Schreiben vom 26. August 2015 ergänzte der Hausarzt, dass der Versicherte "wegen seines Grundmorbus mit multiplen Problemen bei seinem Marfan-Syndrom" auf einen Schonarbeitsplatz angewiesen sei (IV-act. 85).

3.2 Dr.med. F. _____ (Assistenzarzt Klinik für Herzchirurgie, T. _____ (Spital)) bestätigte im Bericht vom 4. April 2014 das Vorliegen eines Marfan-Syndroms sowie eine Aortendissektion Typ A, wobei der Versicherte für sitzende Tätigkeiten als arbeitsfähig beurteilt wurde (IV-act. 79-4/8, Ziff. 1.11). Indessen wurde die Belastbarkeit als eingeschränkt beurteilt (vgl. IV-act. 79-5/8: "keine körperliche Arbeit" "mit Gewichten über 5 kg"). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 2. Juli 2014 berichtete PD Dr.med. G. _____ vom T. _____ (Spital) von einem regelrechten Befund ohne Erweiterung respektive neue Dissektionen der thorakalen Aorta. Der Versicherte könne mittlerweile seine alltäglichen Aktivitäten vollumfänglich wieder aufnehmen. Geblieben seien weiterhin muskuloskelettale Schmerzen und Kopfschmerzen sowie Augenflimmern, welche der Versicherte auch schon vor der Operation verspürt habe (IV-act. 97-22/23).

3.3 Im Bericht vom 12. November 2015 an den Hausarzt Dr.med. H. _____ führte (zwischenzeitlich) Prof. Dr.med. G. _____ u.a. aus, er sehe aktuell einen klinisch deutlich erholten Patienten, allerdings insgesamt eher in einem hektischen Zustand. Der Patient leide an einer deutlich zunehmenden muskulären Problematik. Die neue Untersuchung zeige praktisch einen unveränderten Befund im Vergleich zum Vorbefund. Es könne lediglich eine Ektasie der Arteria iliaca communis beidseits und ein Aneurysma der Arteria lienalis festgestellt werden. Diesbezüglich sei der Patient weiterhin in Beobachtung. Wegen der deutlich zunehmenden muskulären Schwächen und einer depressiven Verstimmung sei die aktuelle Situation und die Arbeitsunfähigkeit respektive Arbeitslosigkeit nachvollziehbar (IV-act. 99-4/5).

3.4 Auf Zuweisung des Hausarztes hin behandelte der Psychiater O. _____ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie, _____) den Versicherten ab 27. Oktober 2015. In seinem der IV-Stelle am 17. Mai 2016 zugegangenen Bericht stellte er die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0), gegenwärtig leichte- mittelgradige Episode, seit mindestens drei Jahren (IV-act. 116-1/5). Aus psychiatrischer Sicht veranschlagte der behandelnde Psychiater eine Arbeitsunfähigkeit von "ca. 50%" (IV-act. 116-2/5, Ziff. 1.6). Hinsichtlich des psychiatrischen Krankheitsverlaufs sprach der Psychiater O. _____ von einer günstigen Prognose, "wenn eine realistische Perspektive (Arbeitsplatz) erarbeitet werden" könne (IV-act. 116-2/5 Mitte). Insgesamt betonte er eine reduzierte Belastbarkeit, Ausdauer und Leistungsfähigkeit (IV-act. 116-3/5 oben) und wies darauf hin, dass der Patient eine Medikation aktuell ablehne (IV-act. 116-3/5, Ziff. 1.8).

3.5 Im Rahmen einer ambulanten kardiologischen Kontrolle vom 15. September 2016 im AA. _____ (Spital) fasste Dr.med. I. _____ (Oberärztin Kardiologie) ihre Beurteilung u.a. dahingehend zusammen, dass der Patient anamnestisch über atypische thorakale Schmerzen sowie Schulter- und Armschmerzen vor allem links berichtet habe. Zudem sei er im Alltag aufgrund eines allgemeinen Erschöpfungszustands, körperlichen Schmerzen sowie Augenproblematik limitiert. Er berichte über eine depressive Verstimmung. Typische pektanginöse Beschwerden und Dyspnoe würden verneint. Im Ruhe-EKG zeige sich der bekannte Rechtsschenkelblock. Die rekonstruierte Aortenklappe funktioniere regelrecht ohne Hinweise auf eine Insuffizienz bzw. Stenose. In der Fahrradergometrie habe der Versicherte lediglich 184 Watt (80% des Solls) geleistet. Die Untersuchung sei bis zum Abbruch sowohl subjektiv als auch elektrisch negativ bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit aufgrund von allgemeiner Erschöpfung, Beinschmerzen beidseits sowie Knieschmerzen links. Zusammengefasst zeige sich anhand der aktuell erhobenen Befunde ein stabiler kardialer Verlauf. Im Vordergrund stünden die allgemeinen körperlichen Schmerzen. Der allgemeine Erschöpfungszustand sei differential-diagnostisch im Rahmen einer Dekonditionierung, Beinschmerzen beidseits sowie Knieschmerzen links zu sehen (IV-act. 135-8/10).

Dr. AB. _____ (Leitender Arzt Kardiologie des AA. _____ (Spital), Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie) stellte in seinem Bericht vom 20. September 2016 an die IV-Stelle die bekannte Diagnose eines Marfan-Syndroms (mit St.n. operativer Korrektur einer Aortendissektion Typ A am 23.8.2013, normal dimensionierter LV mit leicht verminderter Funktion [50%], kompletter Rechtsschenkelblock) sowie leichter Mitralinsuffizienz (vgl. IV-act. 135-1/10 Ziff. 1.1). Aus rein kardiologischer Sicht wurde eine Berufstätigkeit mit leichter bis mittelschwerer körperlicher Beanspruchung als 100% möglich bzw. zumutbar erachtet (IV-act. 135-4/10 oben).

3.6 Der Hausarzt Dr.med. H. _____ veranschlagte in seinem der IV-Stelle am 10. Oktober 2016 zugegangenen Bericht (bei bekannter Diagnose) eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 75%, hergeleitet aus den Ergebnissen der von der IV vorgenommenen Eingliederungsversuche, wonach der Versicherte bei Holzarbeiten in AC. _____ (Ort) sowie Löt-Arbeiten (X. _____) jeweils nicht mehr als einen halben Tag arbeiten und dabei eine Leistung von etwa 50% erbringen konnte (IV-act. 136-4/12; 136-9/12 in fine).

3.7 Der behandelnde Psychiater diagnostizierte in seinem Verlaufsbericht vom 17. Oktober 2016 (= Eingangsdatum) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie akzentuierte Persön-

lichkeitszüge (vermeidend, unsicher; ICD-10 Z73.1). Aus rein psychiatrischer Sicht schätzte er die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf maximal 50% (IV-act. 137-1/2).

3.8.1 Die interdisziplinäre, von der IV-Stelle in Auftrag gegebene und der Y._____ -Gutachterstelle zugewiesene medizinische Untersuchung wurde von folgenden Sachverständigen durchgeführt (IV-act. 148-1/2 i.V.m. IV-act. 156-55/55):

Dr.med. J._____ (Allgemeine Innere Medizin)
Prof. Dr.med. K._____ (Kardiologie)
Dr.med. L._____ (Ophthalmologie)
Dr.med. M._____ (Psychiatrie und Psychotherapie)
Dr.med. N._____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)

Im Y._____ -Gutachten vom 22. Juni 2017 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 156-47/55):

- Marfan-Syndrom mit/bei
 - o Chronischem belastungsabhängigem Wirbelsäulenschmerzsyndrom
 - o Thoracolumbaler Skoliose, oligosegmentalen Osteochondrosen, Facettenarthrosen (Rx 5.4.2017) sowie Tendomyosen
 - o Ausgeprägter musculärer Insuffizienz und Dekonditionierung
 - o St.n. OP-Korrektur 8/2013 einer Aortendissektion Typ A mit Aortenklappenrekonstruktion und Ascendensersatz im T._____ (Spital) 8/2013 mit gutem Ergebnis, jedoch residualem peristernalem Schmerz
 - o 125-Watt-ergometrisch belastbar ohne Angina pectoris, BD normal unter Concor in Ruhe und bei Belastung, geringer Pulsanstieg.
 - o Zustand nach Kataraktoperation rechts April 1983, links November 1983 in der AD._____ (Klinik)
 - o Zustand nach Sekundärimplantation mit Vorderkammerlinsen vom Typ Artisan Iris-Claw November 2004
 - o Amblyopie rechts bei subluxierten Linsen bds. bei Marfan-Syndrom, Hyperopie mit Astigmatismus bds. Presbyopie
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und zwanghaften Anteilen

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Fussinsuffizienz beidseits (mit Rückfußvarus, Pes cavus sowie Hallux valgus), eine Varicosis der Unterschenkel und Füße ohne Stauungszeichen sowie ein Status nach Appendizitis perforata 1999 aufgeführt (IV-act. 156-48/55 oben).

3.8.2 In der medizinischen Beurteilung aus polydisziplinärer Sicht hielten die Gutachter u.a. was folgt fest (IV-act. 156-48ff./55):

Auf orthopädischem Fachgebiet besteht als Teilaspekt des Marfan-Syndroms eine skoliotische Fehlstatik der BWS und LWS leichten Grades. Entsprechend sind Reizerscheinungen an den Prädilektionsstellen suboccipital, cervicothoracal und lumbosacral bei körperlicher Belastung nachvollziehbar. Diese Symptomatik ist akzentuiert durch eine muskuläre Insuffizienz bzw. Dekonditionierung mit reaktiven

Tendomyosen und Insertionstendinosen, speziell in der Schulter-Nacken-Region. Die radiologisch fassbaren Verschleissveränderungen an der Wirbelsäule sind als leicht einzustufen. Auffällig ist aus orthopädischer Sicht das Fehlen von Hypermobilitäten der Gelenke (abgesehen von den Daumengrundgelenken). (...)

Aus psychiatrischer Sicht zeigen sich verschiedene Problematiken. Zum Ersten weisen die ausgeprägten Schmerzsymptome, die der Versicherte an verschiedenen Körperstellen angibt, auf eine Somatisierung hin. Er ist belastet durch ein Marfan-Syndrom und lebt mit der ebenfalls belasteten Mutter zusammen. Die Beziehung zu seinem Vater, den er als ‚eigen‘ beschreibt, scheint ebenfalls ungute Züge zu haben. (...) Als zweiter Symptomenkomplex kommt die vom Versicherten eher ängstlich und depressiv verarbeitete Herzoperation 2013. Der Versicherte gibt seither eine zunehmende Insuffizienz und eine Dekonditionierung an. Er fühlt sich nicht in der Lage, sein Arbeitspensum und auch die körperlichen Aktivitäten zu steigern. Dies liegt an der Ängstlichkeit und auch an der rigiden Persönlichkeitsstruktur, die anlässlich der Begutachtung festgestellt wurde. Hierbei ergeben sich jedoch keine Hinweise auf eine Zwangsstörung im eigentlichen Sinne oder auf eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur führt dazu, dass der Versicherte weiterhin an Aussagen um die Herzoperation 2013 festhält, dass er sich schonen müsse und sich nicht belasten dürfe. Er benötigt ein klar strukturiertes, ihm Sicherheit gebendes Umfeld und ist bei Veränderungen eher ängstlich. Er traut sich Veränderungen nicht zu. Hinzu kommen auch Schwierigkeiten bezüglich des Arbeitsplatzes. Als Kränkung kann sicherlich der Konkurs der Firma gesehen werden, bei der er zuletzt angestellt war. Dies hat ihn wahrscheinlich doch mehr erschüttert als es ihm bewusst ist. Hier zeigen sich auch die zwanghaften Tendenzen und die Reduktion in der Umstellungsfähigkeit. Hinweise auf eine Somatisierung zeigen sich unabhängig von der Herzoperation von 2013. 1999 durchlebte der Versicherte eine perforierende Appendizitis und hat seither das Gefühl im Unterbauch links sei etwas nicht in Ordnung. Diesbezüglich kam es zu zahlreichen Abklärungen und der Verdacht auf einen Reizdarm wurde gestellt. Objektivierbar waren keine Befunde. Hier kommen ängstliche Symptome plus die Somatisierung zum Ausdruck. Der Versicherte ist im Denken auf das Marfan-Syndrom eingeengt und sieht darin die Ursache seiner Symptome. Sicherlich spielen die pathologischen Veränderungen im Rahmen des Marfan-Syndroms eine Rolle. Das Ausmass der Immobilität und des sich nichts Zutrauens wird dadurch jedoch nicht erklärt. Der Versicherte hat die Aortenoperation vor drei Jahren ängstlich verarbeitet. Er vermeidet auch sämtliche Aktivitäten, die ihn körperlich belasten könnten. Hinweise auf eine depressive Symptomatik ergeben sich nicht. Die depressiv anmutenden Symptome werden unter der chronischen Schmerzstörung in Kombination mit der Persönlichkeitsakzentuierung und der Selbstlimitierung gesehen.

Auf internistisch/allgemeinmedizinischen Fachgebiet bestehen keine relevanten Funktionsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Aus kardiologischer Sicht lassen sich keine Dekompensationszeichen erkennen. Es besteht eine Einschränkung für schwere Anstrengungen und Stressbelastungen.

Im ophthalmologischen Fachbereich besteht ein Zustand nach Kataraktoperationen mit Implantation von Vorderkammerlinsen im November 2005, nachdem eine Kontaktlinsenunverträglichkeit aufgetreten war. Der Zustand ist sehr erfreulich, indem die Amblyopie bedingt durch die subluxierten Linsen beim Marfan-Syndrom keine sehr schlechte Sehschärfe nach sich gezogen haben. Der Fernvisus wäre mit einer entsprechenden Brillenkorrektur zur Kontaktlinse zu verbessern. Der Explorand eignet sich für alle Tätigkeiten, die kein Stereosehen benötigen.

3.8.3 Nachdem das konkrete Belastungsprofil für die früher ausgeübten Tätigkeiten als Produktionsmitarbeiter nicht aktenkundig war, nahmen die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht abschliessend Stellung. Immerhin hielten die Gutachter fest, dass die Angaben des Versicherten, wonach er damals an seine körperlichen Grenzen gekommen sei, insgesamt nachvollziehbar erscheinen würden (IV-act. 156-51/55 Ziff. 9.1). Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit äusserten sich die Gutachter wie folgt (IV-act. 156-51/55, Ziff. 9.2):

Aus orthopädischer Sicht können leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten, bei Vermeidung statischer und funktioneller Belastung der Wirbelsäule durchgeführt werden.

Aus kardiologischer Sicht sind Arbeiten ohne schwere Anstrengungen und ohne Stress möglich.

Aus ophthalmologischer Sicht können Tätigkeiten durchgeführt werden, welche kein Stereosehen benötigen.

Aus psychiatrischer Sicht sind die einzelnen Diagnosen für sich genommen nicht arbeitsfähigkeitrelevant. In ihrer Summe besteht jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Rendementverminderung von 30% für die nächsten sechs Monate. Dies ist vor allen Dingen mit der reduzierten Stressbelastbarkeit sowie mit der geringen Umstellungsfähigkeit infolge der zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierung zu begründen.

Die oben genannten somatischen Einschränkungen sind mit dem vorliegenden Marfan-Syndrom assoziiert. Insofern besteht eine Einschränkung im oben genannten Sinne seit Beginn der Berufstätigkeit.

3.8.4 Als Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfahlen die Gutachter eine muskuläre Stabilisierung der Skoliose (z.B. im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie mit Anleitung zu eigentätigen Kräftigungsübungen). Zudem wurde eine psychoedukative, verhaltenstherapeutische, gegebenenfalls auch schematherapeutische Therapie empfohlen. Allerdings habe der Versicherte wenig Introspektionsfähigkeit und rigide Vorstellungen. Ob eine Pharmakotherapie eine positive Veränderung brächte, müsse offenbleiben. Eine schlafmodulierende Medikation sollte dennoch probiert werden. Schliesslich wurde u.a. darauf hingewiesen, dass ein schmerzmodulierendes Antidepressivum (z.B. Duloxetine) eine Verbesserung bringen könnte, indes der Versicherte diesbezüglich negativ eingestellt sei (IV-act. 156-52/55).

3.9 Der RAD-Arzt Dr.med. D. _____ (Allgemeinmedizin FMH) beurteilte das Y. _____-Gutachten in seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2017 als nachvollziehbar. Für "gut mittelschwere oder schwere Tätigkeiten" bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für angepasste Tätigkeiten sei die Gesamtleistungsfähigkeit auf eine Arbeitsfähigkeit von 70% zu veranschlagen (ganztags mit 30% LUF). Hinsichtlich der Ergonomie kämen leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltung, ohne Notwendigkeit zum Stereosehen, ohne grössere Stresso-

ren in Frage. Im Übrigen sei es aus radärztlicher Sicht eher unwahrscheinlich, dass mittels medizinischer Massnahmen eine Verbesserung zu erreichen sei (IV-act. 160-5/5).

3.10 Nach dem Vorbescheid vom 11. August 2017 machte der behandelnde Psychiater O._____ in einer Stellungnahme vom 11. September 2017 geltend, dass der Versicherte seit dem Behandlungsbeginn am 27. Oktober 2015 die Diagnosekriterien einer leichten bis mittelgradig ausgeprägten, rezidivierenden depressiven Störung erfülle. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Y._____ -Psychiaterin Dr.med. M._____ könne er "nicht gänzlich teilen". Dazu führte der Psychiater O._____ aus (IV-act. 172-4/13):

Einerseits werden Krankheitsverlauf, möglicher Chronifizierungsgrad und geringer Zugang zu einer psychiatrischen Behandlung gewürdigt, andererseits wird deren unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vernachlässigt. Die Ausführungen erscheinen rein theoretisch und werden stärker gewürdigt als die konkreten Ergebnisse des IV gestützten Arbeitsversuches 2016. Damals erreichte der Patient eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50%.

Im Gutachten wird wiederholt geäussert, dass die einzelnen Beschwerden keine signifikante Relevanz auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit hätten, andererseits wird ebenfalls geäussert, dass die Summe der Beschwerden (körperlich und psychisch) zu einem deutlichen Leidensdruck führen und zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dieser Aspekt wird aus meiner Sicht zu wenig gewürdigt im Rahmen der letztendlich eingeschätzten Arbeitsfähigkeit. A._____ wird von den Gutachtern eher überschätzt.

Die Prognose ist im Rahmen der spärlichen Ressourcen (Chronifizierungsgrad, mangelnde Introspektion, ungünstige soziale Situation, unklare Perspektive, geringer Zugang zu störungsspezifischen Behandlungskonzepten) eher ungünstig bezüglich Krankheitsverlauf und Arbeitsfähigkeit.

Insgesamt ist jedoch die Einschätzung sehr schwierig. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit aus meiner Sicht beträgt maximal 50-60%.

3.11 In der Stellungnahme vom 9. November 2017 erwog der RAD-Arzt Dr.med. D._____, der behandelnde Psychiater (O._____) und die MEDAS-Psychiaterin (M._____) seien unterschiedlicher Meinung, ob die Diagnose einer (leichten bis mittelgradigen) Depression ausgewiesen sei oder nicht. Leider führe der behandelnde Psychiater nicht aus, welche Symptome hinsichtlich leichter bis mittelschwerer Depression nach den Vorgaben von ICD-10 genau erfüllt seien. Im MEDAS-Gutachten begründe die Gutachterin den Ausschluss der Diagnose einer Depression damit, dass sie die entsprechenden Symptome in der Exploration nicht gefunden habe (ohne genaue Erläuterung der einzelnen Punkte). Indes sei es in der Regel so, dass sogar beim allfälligen Vorliegen einer leichten bis mittelschweren Depression (also kein Vollbild der mittelschweren Depression mit somatischen Syndrom = keine major depression) von zumindest einer 70%igen Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht auszugehen wäre.

Zusammenfassend sei die im MEDAS-Gutachten attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70% zu bestätigen (IV-act. 174-6/6).

3.12 Diese vom RAD-Arzt vorgenommene Beurteilung einer Leistungsfähigkeit von 70% (ganztags mit Leistungseinschränkung von 30%) in leichten bis knapp mittelschweren Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen, ohne Notwendigkeit zum Stereosehen und ohne grössere Stressoren wurde schliesslich als massgebende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und damit als Grundlage für die einen Leistungsanspruch verneinende Verfügung vom 23. November 2017 übernommen (IV-act. 177).

4.1.1 Eine gerichtliche Würdigung dieser oben zusammengefassten Angaben zum medizinischen Gesundheitszustand des Versicherten und der vorliegenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen zeitigt die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse. Vorab ist festzuhalten, dass der Versicherte in somatischer Hinsicht hinreichend medizinisch abgeklärt worden ist. Soweit in der Beschwerde (S. 7, Ziff. 18) gerügt wird, dass die Y. _____-Teilgutachten knapp gehalten seien und der ophthalmologische Teil des Y. _____-Gutachtens gerade einmal zwei Seiten umfasse, ist dem Versicherten entgegenzuhalten, dass nicht die Länge eines Gutachtens (Quantität), sondern vielmehr der Inhalt (Qualität) ausschlaggebend ist. Hinsichtlich des ausdrücklich beanstandeten ophthalmologischen Konsiliums wurden unter Ziffer 4.4.1 die anamnestischen Angaben (inkl. operative Eingriffe) aufgeführt und unter Ziffer 4.4.3 die aktuellen Befunde aufgelistet. Unter Ziffer 4.4.4 folgen die ophthalmologischen Diagnosen sowie unter Ziffer 4.4.5 die ophthalmologische Beurteilung, wonach dem Exploranden aus fachärztlicher Sicht alle Tätigkeiten zumutbar sind, welche kein Stereosehen benötigen (vgl. IV-act. 156-34/55). Im Einklang damit steht schliesslich die Tatsache, dass das Sehvermögen des Versicherten ihm weiterhin ermöglicht, ein Fahrzeug zu lenken und dass er auch noch tatsächlich als Autofahrer einen PW lenkt (vgl. IV-act. 156-37/55). Im Übrigen führte der Versicherte anlässlich der Y. _____-Begutachtung aus, dass er aktuell eine Tätigkeit ausübe, bei welcher er "Schleifarbeiten an kleinen Teilen" ausführe. Dass er diesbezüglich Probleme mit dem Sehvermögen aufweise, wurde in diesem Kontext nicht vorgebracht (vgl. IV-act. 156-37/55, 3. Abs.).

4.1.2 Soweit in der Beschwerde (S. 8, Ziff. 21) sinngemäss gerügt wird, dass in den vier (somatischen) Teilgutachten eine Stellungnahme zu den Vorberichten fehle, verhält es sich so, dass im Y. _____-Gutachten auf den Seiten 4 bis 15 die Vorberichte kurz zusammengefasst werden. Auf Seite 53 des Gutachtens wird unter Ziffer 11 eine Würdigung vorhandener Arztberichte im Hinblick auf

Diskrepanzen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Aus dem Umstand, wonach an dieser Stelle einzig auf die Diskrepanzen in der Beurteilung durch die involvierten psychiatrischen Fachärzte eingegangen wird (vgl. dazu nachfolgend, unter Erw. 4.2.1ff.), ergibt sich ohne weiteres, dass die Gutachter aus rein somatischer Sicht keinen Anlass sahen, auf Unterschiede in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung näher einzugehen. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass bei der kardiologischen Verlaufskontrolle vom 15. September 2016 (d.h. rund 7 Monate vor den MEDAS-Untersuchungen von anfangs April 2017) eine Berufstätigkeit mit leichter bis mittelschwerer körperlicher Beanspruchung als zu 100% zumutbar beurteilt wurde (siehe IV-act.135-4/10 oben), was mit dem Ergebnis des kardiologischen Y._____-Teilgutachtens übereinstimmt (siehe IV-act. 156-51/55 unten). Was den sinngemässen Einwand anbelangt, wonach im Y._____-Gutachten auf die Ergebnisse der Arbeitsversuche nicht eingegangen werde, ist diese Kritik allein schon deshalb nicht zu hören, weil nach der Aktenlage die Auswertung der Eingliederungsbemühungen im V._____-Programm ergab, dass sich der Versicherte "zu wenig zutraut" (IV-act. 120-4/6 unten) und deswegen die "reelle Leistungsobergrenze" nicht evaluiert werden konnte (IV-act. 120-6/6, zweitletzter Absatz; siehe auch IV-act. 121-4/10 unten, wonach aus der Sicht des zuständigen Betreuers im V._____-Programm "bestünde bestimmt noch Luft nach oben"). Beim Arbeitsversuch in der W._____-AG in X._____- stellte die Arbeitgeberin nach dem 2-monatigen Einsatz an sich fest, dass der Versicherte bei einem Arbeitspensum von 50% ein Leistungsvermögen von ca. 60% erreicht habe (IV-act. 133-1/2), allerdings warf sie die (offen gelassene) Frage auf, ob die sehr geringe Belastbarkeit des Versicherten auf psychische Gründe (oder physische) zurückzuführen sei (vgl. IV-act. 133-2/2, unter "persönliches Verhalten"; zur psychischen Verfassung des Versicherten siehe sogleich).

4.2.1 Hinsichtlich der psychiatrischen Begutachtung führte die Gutachterin Dr. M._____- zunächst die fachspezifischen anamnestic Ergänzungen aus (Ziffer 4.5.1) und erfasste im Rahmen des Explorationsgespräches u.a. den normalen Tagesablauf (IV-act. 156-37/55). Anschliessend folgen unter Ziffer 4.5.2 die aktuellen Beschwerden und unter Ziffer 4.5.3 die psychiatrischen Befunde, aus welchen unter Ziffer 4.5.4 die psychiatrischen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) bei Marfan-Syndrom sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1) abgeleitet wurden (IV-act. 156-40f./55).

4.2.2 Der behandelnde Psychiater O._____- macht geltend, seit Behandlungsbeginn am 27. Oktober 2015 erfülle der Versicherte Diagnosekriterien einer

leichten bis mittelgradig ausgeprägten, rezidivierenden depressiven Störung, ohne indessen auf die konkreten Befunde und die einzelnen Diagnosekriterien substantiiert einzugehen (IV-act. 172-4f./13 i.V.m. 137-1f./2). Demgegenüber konnte die begutachtende Psychiaterin im Rahmen ihrer psychiatrischen Abklärung grundsätzlich keine für eine depressive Erkrankung ausreichenden spezifischen Befunde erheben. Vielmehr fasste sie ihre Befunde u.a. dahingehend zusammen, dass der Explorand bewusstseinsklar und allseits orientiert war, im Antrieb etwas gehemmt aber nicht verlangsamt wirkte. Die Gestik und Mimik waren adäquat und in ihrem Ausmass unauffällig. Das Denken war geordnet, logisch und frei von Denkstörungen. Der Versicherte zeigte ein gewisses Mitteilungsbedürfnis und legte Wert darauf, richtig verstanden zu werden. Hinweise für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Erlebnisstörungen waren nicht ersichtlich. Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit waren erhalten bzw. unauffällig. Einzig die emotionale Schwingungsfähigkeit war etwas herabgesetzt, allerdings wirkte die Stimmung ausgeglichen. Zwänge und phobische Ängste waren nicht feststellbar. Der Versicherte berichtete über finanzielle Ängste und Zukunftsängste, sodann über Einschlafstörungen mit Grübeln und auch schmerzbedingte Durchschlafstörungen, über eine erhöhte Müdigkeit, Erschöpfung und verminderte Belastbarkeit (vgl. IV-act. 156-40/55 unten), woraus an sich eine depressive Phase abgeleitet werden könne (vgl. IV-act. 156-45/55 oben). Nachdem aber im Rahmen der Begutachtung ein unauffälliger Appetit, eine erhaltene Libido sowie keine Angaben zu Kriterien wie Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, Aktivitätseinschränkung etc. festgestellt werden konnten, lässt es sich (entgegen der Argumentation in der Eingabe des Beschwerdeführers vom 24. April 2018) nachvollziehbar begründen, weshalb im Y. _____-Gutachten keine anhaltende depressive Erkrankung angenommen wurde, zumal auch noch auf psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen wurde (wie hier der Verlust einer bisherigen Arbeitsstelle durch Konkurs des Arbeitgebers), welchen als solche keine IV-relevante Bedeutung zukommt.

4.2.3 Soweit in der Beschwerde (S. 8, Ziff. 22) sinngemäss geltend gemacht wird, der behandelnde Psychiater O. _____ gehe von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% aus, ist diese Einschätzung dahingehend zu relativieren, dass der gleiche behandelnde Psychiater in seiner letzten aktenkundigen Stellungnahme von einer Bandbreite einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von "maximal 50% bis 60%" sprach (IV-act. 172-5/13 in fine), was nicht erheblich von der in der angefochtenen Verfügung berücksichtigten Arbeitsfähigkeit von 70% abweicht. Anzuführen ist, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem

verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil BGer 9C_550/2016 vom 30.12.2016 Erw. 4.2.1 mit Hinweisen).

4.2.4 Sodann haben die Y._____ -Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 6. Februar 2018 nachvollziehbar erläutert, wie die auf Seite 45 des Gutachtens enthaltene Aussage, wonach die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (durch den behandelnden Psychiater) geteilt werde, zu verstehen ist. Konkret wurde dazu ausgeführt:

In den Berichten von Herrn Dr.med. O._____ wird als Diagnose eine bis mittelschwere Depression gestellt. Eine Depression kann zu einer vorübergehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit führen. Insofern ist die Einschätzung des behandelnden Arztes aus unserer Sicht nachvollziehbar und wird geteilt.

Bei der Begutachtung ergaben sich keine Hinweise für eine endogen bedingte depressive Symptomatik. Die depressive Reaktion, wie sie durch Herrn Dr.med. O._____ beschrieben wurde, ist abhängig von äusseren und inneren Faktoren. Es wurde bei der Begutachtung die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei Marfan-Syndrom mit gleichzeitiger Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und zwanghaften Anteilen gestellt. Die Arbeitsfähigkeit wird aus versicherungsmedizinischer Sicht anders eingeschätzt. Aus psychiatrischer Sicht besteht eine Rendementverminderung von 30%. Die Verminderung des Rendements in den ersten sechs Monaten begründen wir durch die Schwierigkeiten sich der neuen Situation anzupassen bei der oben erwähnten Persönlichkeitsakzentuierung. Der Versicherte zeigt eine Selbstlimitierung sowie eine ängstliche Vermeidung, die für überwindbar gehalten wird. Die zwei letztgenannten Aspekte haben wahrscheinlich auch zu den Leistungsprofilen bei den Arbeitsversuchen geführt.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass der mit einer eigenen Einschätzung betraute RAD-Arzt Dr.med. D._____ in seiner Stellungnahme zum Y._____ -Gutachten überzeugend die Leistungseinschränkung von 30% nicht nur befristet für 6 Monate (wie von den Y._____ -Gutachtern postuliert), sondern auf Dauer berücksichtigt hat (IV-act. 161), was auch in der angefochtenen Verfügung übernommen wurde. Mit dem RAD-Arzt ist davon auszugehen, dass eine von den Y._____ -Gutachtern nach 6 Monaten erwartete Verbesserung (mit Dahinfallen einer 30-%igen Leistungseinschränkung) nach der Aktenlage unwahrscheinlich erscheint.

4.2.5 Im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (= BGE 143 V 418ff.) und mithin kurz nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2017 gelangte das Bundesgericht zum Ergebnis, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Diese Abklärungen haben regelmässig mit der Rechtsfrage zu enden, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen

anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (zit. Urteil 8C_130/2017 Erw. 7.2 in fine = BGE 143 V 429 unten).

Bei diesem strukturierten Beweisverfahren gilt es, das tatsächliche berufliche Leistungsvermögen des Versicherten gesamthaft und ergebnisoffen abzuklären. Das Verfahren stellt auf Indikatoren ab, mit deren Hilfe ermittelt werden soll, ob bzw. in welchem Umfang eine versicherte Person arbeiten kann. Berücksichtigt werden medizinische Befunde, allfällige Therapien und deren Wirkung, berufliche Eingliederungsbemühungen, das soziale Umfeld der versicherten Person und deren geltend gemachte Einschränkungen im Alltag (vgl. zit. BGE 141 V 281 Erw. 4.1.3ff.; siehe auch IV-Rundschreiben Nr. 334 betreffend neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden). Auf die im konkreten Fall näher zu prüfenden Indikatoren ist nachfolgend noch zurückzukommen.

4.2.6 Im konkreten Fall verhält es sich so, dass das vorliegende Gutachten vom 22. Juni 2017 noch in Unkenntnis der neuen, oben angeführten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst wurde. Indes gilt nach höchstrichterlicher Praxis, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen einer gerichtlichen Überprüfung stand hält (vgl. Urteil BGer 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 2.1 mit Verweis auf BGE 137 V 210 Erw. 6 in initio S. 266). Mithin ist in der Folge zu prüfen, ob das konkrete Y._____ - Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt, was aus den folgenden Gründen zu bejahen ist. Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (unter Ziffer 5) zutreffend ausgeführt hat, enthält das Gutachten eine Beurteilung des Schweregrades der Störung, eine Konsistenz- wie auch eine Ressourcenprüfung (IV-act. 156-43ff./55). Es wurde auf den sozialen Kontext näher eingegangen (siehe IV-act. 156-44/55 und IV-act. 156-50/55 unten) sowie Komorbiditäten, Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. Eingliederungsresistenz im Einzelnen thematisiert. Beizupflichten ist auch den Ausführungen in der Vernehmlassung (S. 2), wonach der Versicherte gemäss Gutachten für eine psychopharmakologische Behandlung nicht motiviert ist (IV-act. 156-45), eine stationäre psychiatrische Behandlung nie stattgefunden hat, eine ambulante psychiatrische Therapie nur sporadisch stattfindet, so dass nicht von einem therapeutisch nicht mehr angehbaren Zustand gesprochen werden kann (IV-act. 156-38/55, 4. Abs.). Zu beachten ist sodann, dass die Prognose nicht als ungünstig beurteilt wird für den Fall, dass es dem Versicherten gelinge,

seine Selbstlimitierung aufzuheben und die dysfunktionalen Verhaltensweisen therapeutisch anzugehen (IV-act. 156-46/55, Ziff. 4.5.9). Schliesslich wird im Gutachten nachvollziehbar erläutert, dass der Versicherte durch sein ängstliches, etwas zwanghaftes und unsicheres Verhalten zu einer hypochondrischen Betrachtungsweise neigt und die körperlichen Veränderungen als beängstigend erlebt, obwohl sie objektiv funktionell nicht gleichermassen beeinträchtigend sind. Es kann auf die diesbezüglichen Ausführungen (IV-act. 156-53/55 unten = Vernehmlassung, S. 2, zweitletzter Absatz in fine) verwiesen werden, denen nichts beizufügen ist.

4.2.7 Überzeugend sind auch die weiteren Ausführungen in der Vernehmlassung (Seite 3, 3. und 4. Abs.), wonach kein medizinischer Grund besteht, weshalb es dem Versicherten nicht zumutbar sein sollte, seine körperlichen Aktivitäten zu steigern. Eine subjektive Ängstlichkeit bzw. ein subjektives "sich nichts Zutrauen" (IV-act. 156-49/55 Mitte) reicht nicht. Aus kardiologischer Sicht besteht lediglich eine Einschränkung für schwere Anstrengungen und Stressbelastungen, was der gemäss Gutachten empfohlenen Trainingstherapie mit Kräftigungsübungen zur muskulären Stabilisierung der Skoliose nicht entgegensteht. Die vom Versicherten in diesem Zusammenhang sinngemäss vertretene Auffassung, dass er Kräftigungsübungen aufgrund seiner kardiologischen Erkrankung nicht mehr durchführen dürfe (vgl. Beschwerde S. 8, Ziff. 23 mit Verweis auf IV-act. 156-39/55 oben), findet in den Angaben und Einschätzungen der konsultierten Kardiologen keine Stütze (vgl. IV-act. 135-1/10 bis 135-10/10; IV-act. 156-29/55 bis 156-32/55).

4.3 Aus diesen dargelegten Gründen und unter Einbezug der Elemente der Indikatorenrechtsprechung (nach Massgabe von BGE 141 V 281 und wie sie oben angesprochen wurden) ergibt eine Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung aller in Frage kommenden Aspekte (inkl. allfällige Wechselwirkungen), dass hier die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gestützt auf das grundsätzlich beweiskräftige Y. _____-Gutachten und die dargelegte Präzisierung des RAD-Arztes Dr.med. D. _____ auf 70% für leidensangepasste Tätigkeiten zu veranschlagen ist, ohne dass noch zusätzliche medizinische Gutachten nötig wären. Im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung ist hier nicht mit wesentlichen neuen Erkenntnissen durch eine zusätzliche medizinische Abklärung zu rechnen (vgl. auch Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw.3.2.2 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3 S. 148). An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich auch der Einwand in der Beschwerde (S. 9, Ziff. 27) sowie in der Eingabe vom 24. April 2018 (S. 3ff.), dass sich das

vorliegende Gutachten nicht an die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP 2016 halte. Diesbezüglich ist auf die höchstrichterliche Rechtsprechung gemäss dem Urteil 8C_466/2017 vom 9. November 2017 zu verweisen, wonach weder das Gesetz noch die Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach diesen Richtlinien vorschreiben (vgl. SVR-Rechtsprechung 3/2018, S. 58 Erw. 5.1 mit Hinweis). Nicht zu hören sind auch die weiteren Einwände in der Eingabe vom 24. April 2018, wonach u.a. sinngemäss die Gutachter sich darauf beschränken würden festzustellen, dass der Beschwerdeführer ängstlich sei und sich selber limitiere (Ziff. 5 der Eingabe). Diesbezüglich ist der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers entgegenzuhalten, dass die Verantwortlichen des Einsatzes im V._____ -Programm ebenfalls zur Erkenntnis gelangten, dass der Versicherte sich zu wenig zutraut (vgl. IV-act. 120-4/6 unten und 172-11/13 unten). Bereits erwähnt wurde, dass der behandelnde Psychiater in seiner letzten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vor Erlass der angefochtenen Verfügung einen zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad von bis zu 60% veranschlagte (vgl. IV-act. 172-5/13 oben), was nicht erheblich vom hier berücksichtigten Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% für leidensangepasste Tätigkeiten abweicht.

4.4 Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, soweit damit die in der angefochtenen Verfügung berücksichtigte Arbeitsfähigkeit von 70% für leidensangepasste, leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen, ohne Notwendigkeit zum Stereosehen und ohne grössere Stressoren beanstandet wird.

5. Zu prüfen sind hingegen noch die erwerblichen Auswirkungen dieser dargelegten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung.

5.1 Das in der angefochtenen Verfügung berücksichtigte und aus den LSE-Tabellen entnommene Valideneinkommen von Fr. 67'022.-- wird vom beanwalteten Versicherten, welcher keine Berufsausbildung absolviert hat, nicht in Frage gestellt. Damit erübrigen sich dazu weitere Ausführungen.

5.2.1 Hinsichtlich des Invalideneinkommens berücksichtigte die Vorinstanz bei einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 70% insgesamt Fr. 46'915.40, mithin 70% vom Valideneinkommen, ohne dass ein leidensbedingter Abzug vom entsprechenden, aus den Tabellenlöhnen hergeleiteten hypothetischen Einkommen als gesundheitlich angeschlagene Person angerechnet wurde.

5.2.2 Dieser Argumentation der Vorinstanz, wonach kein Tabellenlohnabzug im Sinne von BGE 126 V 75 zu berücksichtigen sei, kann nicht beigeprüft

werden. Im konkreten Fall kann der Versicherte seine gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit von 70% für adaptierte Tätigkeiten in Anbetracht seiner Vorgeschichte, welche er einem potentiellen Arbeitgeber nicht verschweigen könnte, offenkundig auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg (d.h. mit einer Lohneinbusse) verwerten, da in Anbetracht der angeborenen Bindegewebeerkrankung (Marfan-Syndrom) grundsätzlich das Risiko eines Ausfalls bzw. einer Verschlechterung besteht. Sodann wirkt sich auch die festgestellte geringe Umstellungsfähigkeit (IV-act. 156-49/55), welche im Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% noch nicht berücksichtigt ist, letztlich lohnmindernd aus. Ob im Umstand, wonach der Versicherte mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur auf ein klar strukturiertes, ihm Sicherheit gebendes Umfeld (IV-act. 156-49/55 oben), mithin auf einen entsprechenden (ihm wohlwollenden) Arbeitgeber angewiesen ist, ein lohnmindernder Faktor zu erblicken wäre, kann hier letztlich offen bleiben. Im Rahmen einer gesamthaften Würdigung der konkreten Umstände des Einzelfalles und im Sinne einer umfassenden Schätzung des Einflusses aller in Betracht fallenden Merkmale (vgl. SVR-Rechtsprechung 12/2017, IV Nr. 91 Erw. 3.3.2.2) rechtfertigt es sich, einen leidensbedingten Abzug von mindestens 15% zuzugestehen. Damit ist das massgebende Invalideneinkommen auf Fr. 39'878.-- ($46'915.40 \times 0.85$) zu veranschlagen.

5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'022.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 39'878.-- resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 41% ($67'022 \text{ minus } 39'878 = 27'144$; $27'144 : 67'022 \times 100 = 40.5$). Damit ist ein Anspruch des Versicherten auf eine Viertelsrente zu bejahen. Die Festsetzung des Rentenbeginns und der Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Vorinstanz. Was im Übrigen Begehren um berufliche Massnahmen anbelangt, wurde bereits in der angefochtenen Verfügung darauf hingewiesen, dass sich der Versicherte für Unterstützung bei der Arbeitssuche bei der Vorinstanz melden kann. Daran hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 4) erneut festgehalten. Abgesehen davon hat die Vorinstanz dem Versicherten bereits zweimal eine Eingliederungsmassnahme finanziert.

6. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt. Zudem wird zulasten der Vorinstanz eine Parteien-schädigung zugesprochen, weshalb sich die Behandlung des Begehrens des Beschwerdeführers für unentgeltliche Rechtspflege (inkl. unentgeltliche Rechts-
verbeiständung) erübrigt. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr.

8'400.-- vorsieht sowie unter Berücksichtigung der in § 7 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'200.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen und die angefochtene Verfügung entsprechend abgeändert, als dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-Grad 41%) gewährt wird. Die Festlegung des Rentenbeginns und die Nachzahlung der Rentenbeträge ist Sache der Vorinstanz. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt, welche diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids zu bezahlen hat.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 2'200.-- 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).
5. Zustellung an:
 - die Vertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 16. Mai 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumanzsch 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: 29. Mai 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

