

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 31

Entscheid vom 11. September 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

C. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. _____,
D. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. C._____, geb. C._____ 1984, arbeitete nach einer abgebrochenen Lehre als Hochbauzeichner mehrere Jahre bei verschiedenen Detailhändlern (Coop, Pam, Pick Pay). Ab 2009 absolvierte er eine zweijährige Ausbildung zum Informatiker EFZ (Umsteiger Informatik Systemtechnik) und eine einjährige Zusatzausbildung zum Webprogrammierer PHP (vgl. Vi-act. 23 und 24). Ab dem 1. September 2011 arbeitete er als Supporter bei der A._____ (Vi-act. 11). Während der Tätigkeit für die A._____ meldete er sich am 30. April 2013 zum ersten Mal zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle Schwyz an, wobei als Grund für die Anmeldung eine psychische Erkrankung angegeben wurde (Vi-act. 1). In der Folge teilte der behandelnde Arzt, Dr.med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Schreiben vom 12. Juni 2013 der IV-Stelle mit, dass der Versicherte keine Leistungen beanspruchen wolle, weil er zuversichtlich sei, dass er wieder gesund und arbeitsfähig werde. Er selber sei auch zuversichtlich, dass eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit innert nützlicher Frist erreicht werden könnte. Falls dies nicht der Fall sein sollte, müsste die Therapie intensiviert werden (Vi-act. 10). Am 1. November 2013 trat C._____ eine neue Arbeitsstelle bei der B._____ als Applikationsentwickler zu einem Pensum von 80% an (Vi-act. 13). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. (Vi-act. 18). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

B. Am 28. September 2015 meldete Dr.med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C._____ wegen voller Arbeitsunfähigkeit seit dem 30. Juni 2015 infolge rezidivierender depressiver Störung bei der IV-Stelle Schwyz zur Früherfassung an (Vi-act. 19). Die bisherige Arbeitsstelle wurde von der B._____ per 31. Oktober 2015 gekündigt. C._____ meldete sich am 25. November 2015 bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen an (Vi-act. 26).

Nach Einholung von Arztberichten gab die IV-Stelle Schwyz am 6. Mai 2016 eine psychiatrische Abklärung bei Dr.med. G._____, Zürich, in Auftrag (Vi-act. 47). Nach Vorliegen dieses Gutachtens gab sie im Weiteren im Mai 2017 eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung in Auftrag, wobei als Gutachterstelle die U._____ zugeteilt wurde (Vi-act. 69, 70). Nach Vorliegen des Gutachtens teilte die IV-Stelle Schwyz C._____ mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2017 mit, dass die Ablehnung des Leistungsgesuches vorgesehen sei (Vi-act. 86).

C._____ liess am 19. Januar 2018 eine Stellungnahme einreichen, wobei er die Ausrichtung einer Rente und die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen beantragte (Vi-act. 96).

C. Mit Verfügung vom 20. März 2018 wies die IV-Stelle Schwyz das Leistungsbegehren ab (Vi-act 102).

D. Gegen diese Verfügung liess C. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Eingabe vom 11. April 2018 fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 20. März 2018 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zusteht.
2. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 20. März 2018 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zustehen (insbesondere berufliche Massnahmen).
3. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 20. März 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 14. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Der Beschwerdeführer lässt sich dazu mit Eingabe vom 23. Mai 2018 vernehmen, wobei er an seinen Anträgen festhält.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

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 Beweiswürdigung 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.).

3.1 Anzumerken ist im Weiteren, dass nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) eine neue Anmeldung nach der Verweigerung einer Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades nur ge-

prüft wird, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

3.2 Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 25. November 2015 eingetreten. In der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2018 verneint sie gestützt auf das U. _____-Gutachten vom 20. Oktober 2017 (Vi-act. 82) das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

4. Was die gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten anbelangt, ergibt sich aus den Akten was folgt:

4.1 Der behandelnde Psychiater Dr.med. E. _____, V. _____, hielt am 1. April 2013 gegenüber der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers fest (KV-Akten 1-9/10):

Diagnose:

Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD 10 F 33.1)

Verdacht auf ängstlich-unsichere Persönlichkeit (ICD 10 F 60.6 / 60.7)

Vd. auf soziale Phobie (ICD 10 F 40.1)

Dr.med. E. _____ attestierte dem Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit, er ging aber davon aus, dass spätestens anfangs Mai die Arbeitsfähigkeit auf 50% gesteigert werden könne. Die Prognose erachtete er als gut. Beim Patienten würden die depressiven Episoden mit Behandlung und Unterstützung jeweils vorbei gehen und es komme häufig zu einer vollständigen Remission. Innerhalb von 2-3 Monaten werde wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden können.

4.2 Mit Bericht vom 24. August 2013 (KV-act. 2-3/4 f.) sprach Dr.med. E. _____ dann jedoch von einem stationären Heilungsverlauf und es wurde

weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich attestiert, wobei zu erwarten sei, dass der Versicherte im geschützten Wiedereingliederungsrahmen so bald als möglich mit einem Pensum von 50% anfangen könnte. Die Therapie müsste dabei intensiviert werden, und zwar in dem Sinne, dass der Patient in Zusammenarbeit mit den Eingliederungsfachleuten lerne, Hindernisse zu überwinden und bei bestehender oder rezidivierender Symptomatik beruflich etwas zu leisten, zumal die Symptome bei Untätigkeit eher schlechter würden. Die grösste Schwierigkeit bei der Wiedereingliederung sei jedoch fast immer die mangelnde Kooperation der involvierten Betreuer (z.B. Uneinigkeit betr. der Zumutbarkeit).

4.3 Wie im Ingress erwähnt, erreichte der Versicherte spätestens ab November 2013 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Antritt der neuen Arbeitsstelle). Dass zunächst ein reduziertes Arbeitspensum von 80% vereinbart wurde, resultierte aus dem Umstand dass der Versicherte zu diesem Zeitpunkt noch eine Weiterbildung absolvierte (vgl. Vi-act. 52-16/48).

4.4 Mit Arztbericht zu Handen der IV-Stelle vom 9. Dezember 2015 stellte Dr.med. F._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 38-1/5):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10 F33.1
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung des Erwachsenenalters ICD-10 F.90.0
- ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.6
- soziale Phobie ICD-10 F40.1

In der Anamnese hält Dr.med. F._____ fest, dass der Versicherte wegen Depressionen sowie Angst und Panikattacken ab ca. 2007/2008 bei seinem Vorgänger, Dr.med. E._____, in Behandlung gewesen sei. Zu längeren Arbeitsunfähigkeiten wegen Depressionen sei es 2009 und 2013 gekommen. Seit Mai 2015 sei der Versicherte aufgrund einer depressiven Episode wiederum arbeitsunfähig. Seit September 2015 werde er von ihm psychiatrisch behandelt (nachdem Dr.med. E._____ in den Ruhestand getreten sei). Die antidepressive Medikation sei erweitert worden, wodurch sich die depressive Symptomatik regredient zeige. Aktuell bestehe eine mittelgradige depressive Symptomatik. Die schon von Dr.med. E._____ beschriebene ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung könne bestätigt werden. Auch eine soziale Phobie könne bestätigt werden. Wegen der Ängste bestehe ein eingeschränkter Lebensstil. Der Versicherte vermeide es, neue Menschen kennen zu lernen. Er gehe nicht zu Familienfesten und anderen (auch beruflichen) Anlässen. Er sei am liebsten zu Hause und habe seine Ruhe. Kontakte würden sich auf die Partnerin, die Mutter

und den Bruder beschränken. Er habe zudem Schwierigkeiten, sich verbal auszudrücken. Es bestehe eine Angst, abgelehnt, kritisiert oder negativ bewertet zu werden. Zur Zeit fänden alle 2-3 Wochen psychotherapeutische Sitzungen statt. Wegen der ängstlich-vermeiden-den Persönlichkeit und der sozialen Phobie bestehe grosse Angst vor einer stationären Behandlung. Zur Zeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% als Informatiker. Zur Prognose hält Dr.med. F._____ fest (Vi-act. 38-4/5):

Das Störungsbild ist chronifiziert. Die ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsanteile sowie die soziale Phobie beeinflussen die affektive Störung und auch umgekehrt, so dass sich das Störungsbild verstärkt. Herr C._____ hatte bisher immer wieder versucht, sich trotz seiner psychischen Störungen im ersten Arbeitsmarkt halten zu können. Inzwischen ist er aber an einem Punkt angekommen, wo ihm die Kräfte und der Mut dazu fehlen. Letztendlich ist Herr C._____ an seinen Arbeitsstellen häufig überfordert und fühlt sich dem Leistungsdruck nicht gewachsen. Aus heutiger Perspektive ist eine nachhaltige Belastbarkeit nicht gegeben. Dies zeigt auch der bisherige Werdegang, so dass die Prognose nur sehr vorsichtig gestellt werden kann. (...).

4.5 Mit Verlaufsbericht vom 5. April 2016 (Vi-act. 43) hielt Dr.med. F._____ fest, die Symptome der Depression seien weitestgehend remittiert. Hingegen bestünden die Symptome der ängstlichen Persönlichkeitsstörung wie auch die Symptome der sozialen Phobie unverändert fort und limitierten die Arbeitsfähigkeit. Ängste und das Vermeidungsverhalten würden jetzt derart stark überwiegen, dass der Patient keine Hoffnung mehr auf eine gelingende Wiedereingliederung habe, zumal er in seinen zurückliegenden Berufsjahren letztendlich häufig gescheitert sei. Die Prognose sei ungünstig.

4.6 Der RAD-Arzt Dr.med. H._____ führte mit Stellungnahme vom 19. April 2016 aus (Via-act. 44-3/4):

Gestützt auf die vorliegenden Berichte scheint es sich bei der VP um ein komplexes psychiatrisches Krankheitsgeschehen zu handeln. Eine 100% Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten kann aufgrund der Aktenlage nicht nachvollzogen werden. Es wird deshalb eine fachärztlich-psychiatrische Begutachtung empfohlen mit der expliziten Fragestellung nach der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Informatiker wie auch ggf. in einer Verweistätigkeit sowie, ob sämtliche Therapieoptionen ausgeschöpft sind oder ob durch eine stationäre Behandlung und ggf. mit welchen Inhalten eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.

4.7 In der Folge gab die Vorinstanz eine psychiatrische Begutachtung durch Dr.med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, Zürich, in Auftrag (Vi-act. 45 und 47). Dr.med. I._____ veranlasste zudem eine neuropsychologische Untersuchung (Vi-act. 50), wobei diesbezüglich keine Unterlagen bei den Akten liegen.

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 19. September 2016 gelangte Dr.med.

I. _____ zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 52-32/48):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10:F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10:F60.6)
- Soziale Phobie (ICD-10:F40.1)

In seiner Beurteilung der aktuellen Situation führt Dr.med. I. _____ aus (Vi-act. 52-36/48 ff.):

(...). Im objektiven psychopathologischen Befund (...) anlässlich der Untersuchung am 29.6.2016 bestanden psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode. (...). Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsheitlichkeit. Im klinischen Eindruck ergeben sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen. (...). Im Hinblick auf die Konzentration war der Versicherte während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam und vermochte sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen. (...). Im Hinblick auf den Affekt konnte eine gedrückte, depressive Stimmungslage festgestellt werden. (...). Gegenwärtig liegt eine Insuffizienz der Affekte vor (...). Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten sind reduziert. (...).

(...). Bis auf Quetiapin (Seroquel) waren die übrigen getesteten Psychopharmaka (Trazodon, Trittico) (...) und Duloxetin (Cymbalta) (...) im therapeutischen Bereich.

Die neuropsychologische Untersuchung im Rahmen der Abklärung bei Frau W. _____, Neuropsychologin, und Dr.med. J. _____, Verhaltensneurologin, (...) zeigte leichte bis deutliche Einschränkungen in attentionalen Funktionen sowie mehrheitlich schwer eingeschränkte sowie zeitweise deutlich instabile Reaktionsgeschwindigkeiten in den Aufgaben zur fokussierten/geteilten - Aufmerksamkeit. Darüber hinaus auffallend waren die verbal betonte mittelgradige Lernstörung bei gleichzeitig unauffälliger Speicherfähigkeit, mittelgradige bis schwere Einbussen in verbalen exekutiven Funktionen (...) sowie leichte konstruktiv-planerische Schwierigkeiten. Die kognitiven Befunde sowie die Befunde auf Verhaltensebene sprechen für links betonte bifrontolimbische Minderfunktionen. Diese sind vereinbar mit Auswirkungen der rezidivierenden depressiven Symptomatik und unter Berücksichtigung anamnestischer Angaben auf Basis einer frühkindlichen cerebralen Entwicklungsstörung zu interpretieren, welche sich zusätzlich zur bestehenden genetischen Prädisposition begünstigend für die Entwicklung affektiver Erkrankungen auswirkt.

(...).

(...). Aufgrund der Exploration und der Angaben in der Versicherungsakte, die plausibel erscheinen, leidet der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode (...).

Im Hinblick auf die Beurteilung der Prognose ist Folgendes zu sagen: Depressionen verlaufen üblicherweise in Episoden, d.h. es gibt Zeitabschnitte, in denen die depressiven Symptome auftreten und nach denen sie wieder verschwinden, auch spontan und ohne Behandlung. Bei 5-10% der Betroffenen

gibt es jedoch einen chronischen Verlauf (über mehrere Jahre) mit unwesentlicher Besserung, dies ist hier erkennbar der Fall.

(...).

Wie bereits durch Herr Dr.med. K._____ im Bericht vom 09.12.2015 diagnostiziert, leidet der Versicherte zusätzlich zu der rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (...) an Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10:Z73.1), DD ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10:F60.6) und einer sozialen Phobie (ICD-10:F40.0).

(...).

Weder aufgrund der diagnostizierten ausgeprägten Persönlichkeitszüge, DD ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (...) und der sozialen Phobie kann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatiker attestiert werden.

In einer angepassten Tätigkeit mit reduzierten Kundenkontakt, Back-Office, wären dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar bei einem vollen Rendement. Der Grund für die gegenwärtige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit, sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit, ist die im Vordergrund stehende mittelgradige depressive Episode mit den diagnostizierten kognitiven Störungen, die Folge der im Vordergrund stehenden Symptome der depressiven Episode sind.

Der Versicherte befindet sich in einer niederschweligen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Aus fachärztlicher Sicht erscheint nicht nachvollziehbar, dass trotz der Dauer und des Ausmasses der vorgetragenen Einschränkungen, sowohl im Alltag als auch beruflich, keine weitere Eskalation der fachärztlichen Behandlung (...) stattgefunden hat. Indiziert wäre eine stationäre Behandlung und Anpassung der antidepressiven Behandlung, ggf. Umstellung auf ein anderes Antidepressivum, ggf. Augmentationsbehandlung(...).

(...).

Zusammenfassend ergeben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Beschwerdevalidierungstests, Selbsteinschätzungsskalen, Medikamenten-Monitoring).

Unter Bezugnahme auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr.med. F._____ führt der Gutachter aus (Vi-act. 52-44/48 f.):

Eine mittelgradige depressive Episode begründet aus versicherungsmedizinischer Sicht keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. (...). Es ist jedoch zu bedenken, dass auch bei bestehenden affektiven Symptomen und anderen psychopathologischen Phänomenen eine Leistung von unterschiedlichem Ausmass trotzdem erbracht werden kann. Die Einschätzung im Sinne einer nullprozentigen Arbeitsfähigkeit des Versicherten ist somit nicht nachvollziehbar, (...).

Sowohl die diagnostizierte ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung mit Schwierigkeiten, sich verbal gut auszudrücken, Vermeidung von beruflichen und sozialen Aktivitäten, welche mit intensiveren zwischenmenschlichen Kontakten verknüpft sind, Angst vor Kritik und Ablehnung als auch die diagnostizierte soziale Phobie mit Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit von anderen Menschen

zustehen oder sich peinlich zu verhalten, darüber hinaus Angst, abgelehnt, kritisiert oder negativ bewerte zu werden, kann überwiegend wahrscheinlich als zutreffend ausgewiesen werden. Die Diagnosen können sich im Sinne einer Komorbidität negativ auf die weitere Prognose der depressiven Störung auswirken, begründen aber alleine per se keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in allen angepassten Tätigkeiten (...). Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung und soziale Phobie bestehen bereits seit der Adoleszenz bzw. dem jungen Erwachsenenalter und haben bis dato zu keiner Einschränkung im Hinblick auf die Schulbildung und Ausübung der beruflichen Tätigkeit geführt.

(...). Trotz allem ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit immer die konkrete psychopathologische Symptomatik entscheidend. Solange die pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster sozial verträglich sind, besteht Arbeitsfähigkeit.

Der Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung und der sozialen Phobie kann somit nicht gefolgt werden. In einer angepassten Tätigkeit mit weniger Menschenkontakten und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, ist dem Versicherten ein 100%iges Arbeitspensum zumutbar.

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. I. _____ aus (Vi-act. 52-45/48 f.):

8.1 Stellungnahme zur Tätigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf:

Aufgrund der kognitiven Einschränkungen im Rahmen der depressiven Episode, insbesondere aufgrund der attentionalen Einbußen und Verlangsamung/Antriebsminderung, ist aktuell von einer verminderten Arbeitsfähigkeit, sowohl im angestammten Beruf als Informatiker als auch in anderen Tätigkeiten mit entsprechendem Ressourcenprofil, auszugehen.

Insbesondere ist der Versicherte für alle Tätigkeiten eingeschränkt, die eine dauerhafte Aufmerksamkeit und Konzentration sowie kognitive Flexibilität erfordern, organisatorisch und kreative Fähigkeiten, darüber hinaus eine erhöhte Anpassungsfähigkeit, Ein- und Umstellfähigkeit und Durchhaltefähigkeit voraussetzen.

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Informatiker ist bei dem Versicherten auf psychiatrischem Fachgebiet seit Erkrankungsbeginn, d.h. seit dem 30.06.2015, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen.

8.2 Stellungnahme zu einer Verweistätigkeit

In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit, d.h. einer klar strukturierten Tätigkeit, die keine höhere kognitive Fertigkeiten erfordert und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen sowie reduziertem Kundenkontakt, darüber hinaus ohne erhöhte Anforderungen an kreative und organisatorische Fähigkeiten, wäre dem Versicherten ab sofort ein 50%iges Arbeitspensum zumutbar. Nach Anpassung am Arbeitsplatz und Anpassung der vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen wäre spätestens in sechs Monaten von einer stufenweisen Wiedereingliederung auszugehen.

Abgesehen von einer Intensivierung der psychiatrischen Behandlung mit Anpassung der medikamentösen Behandlung empfahl Dr.med. I. _____ auch die Durchführung eines Schädel-MRT zum Ausschluss struktureller oder entzündlicher Veränderungen. Da im Rahmen der neuropsychologischen

Abklärung Konzentrationsstörungen erkannt (und vom Versicherten auch geltend gemacht) wurden, wurde im Weiteren eine Prüfung der Fahrtauglichkeit empfohlen.

4.8 Mit Schreiben vom 23. November 2016 teilte die IV-Stelle dem Verkehrsamt des Kantons Schwyz mit, dass gestützt auf ein vorliegendes psychiatrisches Gutachten die Fahreignung des Versicherten fraglich sei (Vi-act. 58), worauf das Verkehrsamt des Kantons Schwyz mit Verfügung vom 28. November 2016 dem Versicherten den Führerausweis vorsorglich entzog (vorsorglicher Sicherungsentzug) und eine verkehrsmedizinische Untersuchung anordnete (Vi-act. 59).

4.9 Der RAD-Arzt Dr.med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Dipl. Neuropsychologe, hielt mit Stellungnahme vom 2. Dezember 2016 zum Gutachten fest (Vi-act. 60-5/7):

Das Gutachten von Herrn X._____ ist ein verkapptes MEDAS-Gutachten (...). Das neuropsychologische Teilgutachten ist nicht nachvollziehbar, die Gutachtenstandards der Fachgesellschaft wurden nicht eingehalten. Es gibt keine Informationen über die eingesetzten Tests und deren Ergebnisse, keine Rohwerte, keine Normwerte, nichts. Keine Anamnese, keine Erhebung der Beschwerden. Das sind gravierende formale Mängel, daher werden wir auf das GA nicht abstellen können. Zunächst sollten wir allerdings das MRI veranlassen.

4.10 Die in der Folge am 24. Februar 2017 von Prof.Dr.med. M._____, Zürich, durchgeführte MRI-Untersuchung des Kopfes ergab einen Normalbefund (Vi-act. 66).

4.11 Der RAD-Arzt Dr.med. L._____ hielt daraufhin mit Stellungnahme vom 12. Mai 2017 fest (Vi-act. 67-6/6):

Erstaunlicherweise zeigen die neuroradiologischen Untersuchungen lediglich einen unauffälligen Befund. Es fragt sich, wie die angeblichen kognitiven Defizite zu erklären sein sollen. Das mangelhafte Gutachten kommt auf eine 50%ige angepasste AUF, während der Versicherte von einer 100%igen AUF ausgeht. Nach wie vor können wir diese Diskrepanz nicht erklären. Daher: Medas-GA: Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie, Innere Medizin.

4.12 Im Juli und August 2017 wurde der Versicherte durch Gutachter der U._____, internistisch (Dr.med. N._____), neurologisch (Dr.med. O._____), psychiatrisch (Dr.med. P._____) und neuropsychologisch (Y._____) untersucht. Das Gutachten datiert vom 20. Oktober 2017 (Vi-act. 82).

4.12.1 Internistisch (Dr.med. N._____) konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Empfohlen wurden eine

Gewichtsreduktion und hausärztliche Kontrollen von Blutdruck und Schilddrüsenparametern (Vi-act. 82-14/52). Auch aus neurologischer Sicht (Dr.med. O._____) wurde keine Minderung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (Vi-act. 82-18/52 f.).

4.12.2 Der begutachtende Psychiater (Dr.med. P._____) gelangte zu folgenden Diagnosen:

Mögliche Dysthymie (ICD-10:34.1) bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10:F33) mit abgrenzbaren Episoden 2008, 2013 und 2015

Mögliches adultes ADHS (ICD-10: F90)

In der Beurteilung führt Dr.med. P._____ aus (Vi-act. 82-23/52 f.):

Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund sind keine namhaften Beeinträchtigungen von Stimmung, Antrieb und affektiver Schwingungsfähigkeit zu objektivieren. Eine anhaltende depressive Episode ist hier also nicht zu attestieren. (...).

Die Anamnese lässt zudem die Diagnose eines möglichen adulten ADHS zu: höhergradige konzentrierte Beeinträchtigungen, motorische Unruhe oder eine andere typische Symptomatik sind hier jedoch nicht zu objektivieren, (...).

Eine darüberhinausgehende psychiatrische Komorbidität ist nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren: (...).

Der Versicherte steht in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nimmt eine antidepressive Medikation ein. Das Labor spricht dabei für eine lediglich partielle Compliance bzw. eine unterdosierte Medikation. Notwendig sind nunmehr vorrangig sozialpsychiatrische und tagesstrukturierende Massnahmen. Die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit ist dabei auch therapeutisch wünschenswert (...).

(...). Eine ängstliche Persönlichkeitsstörung lässt sich hier jedoch angesichts der Biographie nicht ausreichend erkennen (keine in Kindheit und Jugend beginnende psychische und das Verhalten namhaft störende Auffälligkeit). Die berichtete Delinquenz sowie der aktenkundig aufscheinende Drogenkonsum sind sistiert und konstituieren zudem keine ängstliche Persönlichkeitsstörung. Eine soziale Phobie mit namhaften, handlungsleitenden Folgen lässt sich anamnestisch ebenfalls nicht schlüssig herausarbeiten.

(...). Ein namhaftes depressives Syndrom liegt jedoch wie oben dargelegt angesichts des jetzigen Befunds nicht mehr vor, sodass nunmehr zumindest von einer deutlichen Besserung auszugehen ist, was auch dem zu erwartenden Verlauf depressiver Episoden entspricht. Das Vorgutachten attestierte bereits eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit. Die seinerzeitig attestierte kognitive Beeinträchtigung lässt sich aus dem jetzigen objektiven Befund ebenfalls nicht (mehr) ableiten.

Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit liegt angesichts der hiesigen objektiven Befunde also zusammenfassend nicht mehr vor.

4.12.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten führt Y._____ in der Beurteilung aus (Vi-act. 82-38/52):

(...). Der klinische Befund ergab keine Hinweise auf eine kognitive Funktionsstörung. (...).

Die neuropsychologische Untersuchung erbrachte unterdurchschnittliche Ergebnisse in der verbalen Lernleistung, dem mittelfristigen verbalen Gedächtnis, der intrinsischen und phasischen Reaktionsgeschwindigkeit, dem Arbeitsgedächtnis, sowie in Subtests zur Verarbeitungsgeschwindigkeit und dem divergenten Denken verbal (Wortflüssigkeit). Das Beschwerdevalidierungsverfahren erbrachte keine Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation.

In den vorliegenden Berichten wird von einer seit der Jugend bestehenden Konzentrationsstörung berichtet, die sich bis ins Erwachsenenalter durchgezogen habe (...). Weiter wird von Einschränkungen attentionaler und exekutiver Funktionen, sowie einer verringerten Lernleistung berichtet (...). Die seinerzeit geschilderten Defizite sind im aktuellen Befund nur teilweise und in einem deutlich geringeren Ausmass abbildbar. Reaktionsbereitschaft und verbale Lern- und Merkleistung waren leichtgradig gemindert, in allen anderen Bereichen zeigt sich ein überwiegend normgerechtes kognitives Leistungsprofil.

Das durchgeführte MRI des Gehirns war unauffällig und bietet somit kein zerebrales Korrelat für die erhobenen leichten Minderleistungen (...).

Die hier erhobenen leichtgradigen kognitiven Beeinträchtigungen sind somit am ehesten im Kontext des leichtgradigen depressiven Syndroms bzw. auch als ein möglicher Effekt der verabreichten Dreifachmedikation (...) anzusehen, welche ebenfalls geeignet sind, kognitive Minderleistungen (Schläfrigkeit, Müdigkeit, Benommenheit, Aufmerksamkeitsstörung) auszulösen. (...).

In Zusammenschau mit dem klinisch unauffälligen Befund sowie der anamnestisch erhobenen selbstständigen Versorgung und regen Alltagsaktivität ist von neuropsychologischer Seite keine behinderungsrelevante kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren.

4.12.4 In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung gelangen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie in jeder vergleichbaren oder auch anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht eingeschränkt sei (Vi-act. 82-40/52). Es liege allenfalls eine leichtgradige Depressivität vor, es sei aber eine Verbesserung im Vergleich zu den Vorbefunden anzunehmen. Auch die kognitiven Befunde hätten sich im Vergleich zu den aktenkundigen Vorbefunden eher gebessert und die klinisch unauffällige Kognition sowie die anamnestisch aufscheinende rege kognitive Aktivität (intensives Spielen am Computer) würden gegen eine erhebliche Beeinträchtigung mit anhaltendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sprechen. Ein mögliches adultes ADHS beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Auch der Vorgutachter (Dr.med. I._____) halte eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für erreichbar; gravierende Divergenzen würden sich somit nicht ergeben.

4.13 Der RAD-Arzt Dr.med. Q._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) qualifizierte das U._____-Gutachten am 2. November 2017 als nachvollziehbar und begründet (Vi-act. 84-7/8).

4.14 Der RAD-Arzt L._____ hielt mit Stellungnahme vom 6. November 2017 fest (Vi-act. 84-8/8), dass das Gutachten die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Invalidenversicherung erfülle. Auch die bundesgerichtlichen Vorgaben seien erfüllt. Das Gutachten sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige ausreichend die vom Versicherten geklagten Beschwerden und sei in genügender Kenntnis der Vorakten verfasst worden. Die Schlüsse im Gutachten seien ausreichend begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Das polydisziplinäre Gutachten weise eine gute Qualität auf. Insbesondere die neuropsychologische Testung sei sehr sorgfältig durchgeführt worden. Fachliche Mängel habe er keine finden können. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei mithin nicht ausgewiesen.

4.15 Zu der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Stellungnahme von Seiten des Versicherten nahm der RAD-Arzt Dr.med. L._____ wie folgt Stellung (Vi-act. 100-7/8):

Seitens des RV wird eingewendet, die psychiatrische Untersuchung sei zu kurz ausgefallen. Herr Dr. P._____ sei nicht auf die Beschwerden des Versicherten eingegangen. Dies ist nicht nachvollziehbar, denn der Gutachter geht auf die Beschwerden des Versicherten ein (GA S. 17). Der Aufbau und die Ausführung seines Gutachtens entspricht den derzeit gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften und bundesgerichtlichen Vorgaben. Die „10 depressiven Symptome“ mussten nicht abgehandelt werden, da die drei Hauptkriterien einer depressiven Episode, die die Grundvoraussetzung für diese Diagnose darstellen, noch nicht einmal erfüllt waren (S.22).

Es werden keine neue psychiatrische bzw. richtungsweisenden medizinischen Befunde oder Berichte vorgelegt, somit auch keine neuen medizinischen Sachverhalte dargetan.

An der bisherigen medizinischen Beurteilung (...) kann daher festgehalten werden.

4.16 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor Verwaltungsgericht hat der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht von Dr.med. F._____ vom 26. März 2018 eingereicht, worin auch auf das U._____-Gutachten eingegangen wird. Dem Bericht ging eine Besprechung mit der Mutter des Beschwerdeführers voraus. Im Bericht werden folgende Diagnosen aufgeführt:

ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.6

soziale Phobie ICD-10 F40.1

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert ICD-10 F33.4

Im psychopathologischen Befund wird u.a. ausgeführt:

(...). Im Affekt euthyme Stimmungslage. Starkes Vermeidungsverhalten in Bezug auf seine Ängste. Daher momentan weitgehend unauffälliger psychopathologischer Befund, weil er von seinen Ängsten entlastet ist. Hinter der Fassade besteht ein erheblich vermindertes Selbstwertgefühl. Ausgeprägte berufliche Versagensängste. Zukunftsängste. Keine Suizidalität. Antrieb angstbedingt eher gehemmt. Sozialer Rückzug. Einschlafstörungen unter der Medikation kompensiert. (...).

In der Beurteilung führt Dr.med. F. _____ zusammenfassend aus:

Das Störungsbild besteht seit vielen Jahren und hat sich in den letzten Jahren noch verstärkt. Es ist davon auszugehen, dass sich die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung bereits seit Kindheit und Jugend schleichend weiter ausgebildet hat. Hinzu kommen die sozialphobischen Symptome. Die depressive Störung ist derzeit remittiert. Als die Arbeitsfähigkeit limitierende Faktoren sind in erster Linie die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung und die soziale Phobie zu sehen. Den Anforderungen im ersten Arbeitsmarkt ist Herr C. _____ krankheitsbedingt nicht gewachsen. Hier sind u.a. Leistungsdruck, Notwendigkeit zur sozialen Interaktion, Gruppenfähigkeit und Fähigkeit zur Selbstbehauptung zu nennen.

Therapeutisch gesehen wäre eine Tätigkeit im geschützten Rahmen ideal, (...). In einem nächsten Schritt wären dann die Eingliederungsfähigkeit zu prüfen und entsprechende berufliche Massnahmen einzuleiten. (...).

Dem U. _____-Gutachten kann Dr.med. F. _____ nicht folgen. Der Versicherte befinde sich bereits seit 2007 und bis heute in psychiatrischer Behandlung und es hätten schon etliche krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Natürlich sei der aktuelle psychopathologische Befund weitgehend unauffällig und dies sei er auch während der psychiatrischen Begutachtungssituation gewesen. Dies erhärte die Tatsache, dass der Versicherte durch sein Vermeidungsverhalten und auch durch den fehlenden Arbeitsdruck massiv entlastet sei. Es sei von einem komplexen psychischen Störungsbild und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen.

4.17 Ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens orientierte die Vorinstanz darüber, dass dem Beschwerdeführer der Führerausweis gestützt auf einen Bericht des Instituts für Rechtsmedizin vom 23. Juli 2018 mit Verfügung vom 26. Juli 2018 wieder erteilt worden ist, unter der Auflage regelmässiger Kontrolle und Behandlung der psychischen Erkrankung (depressive Episoden) nach Ermessen des behandelnden Arztes.

5.1 Der Versicherte wendet zunächst ein, auf das U. _____-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr.med. P. _____ sei rudimentär und nicht schlüssig. Die psychiatrische Untersuchung habe nur 30 – 45 Minuten gedauert. Auf die vorgetragenen Beschwerden gehe der Gutachter nicht ein. Abzustellen sei vielmehr auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr.med. R. _____ Arzt kenne ihn besser und be-

handle ihn seit 2015. Zudem seien U. _____-Gutachten notorisch überdurchschnittlich streng. Diese Gutachterstelle sei viel für private Versicherer tätig und die Gutachten würden immer von S. _____ als Institutsleiter überprüft.

5.2 Das psychiatrische Teilgutachten ist - auch wenn es eher kurz gefasst ist - umfassend. Es beruht auf einer Anamnese, welche sowohl die geltend gemachten Beschwerden (Einschlafstörungen, Durchfall, Unruhe und Angst, Zukunftsängste, Geldsorgen, sich der Arbeitsbelastung nicht mehr gewachsen fühlen), als auch die die aktuelle Therapie, die psychiatrische Vorgeschichte und die Sozialanamnese umfasst. Der psychiatrische Befund wurde nach internationalem Standard (AMDP) erhoben. In der Beurteilung nimmt der Gutachter auch zu divergierenden Einschätzungen Stellung. Die Beurteilung ist nachvollziehbar und begründet. Dass aktuell keine relevante depressive Störung vorhanden ist, bestritt auch der behandelnde Psychiater nicht. Anders als der behandelnde Psychiater konnte Dr.med. P. _____ hingegen keine Persönlichkeitsstörung und keine soziale Phobie diagnostizieren. Anerkannt wird auch im U. _____-Gutachten, dass sich zwar biographische Auffälligkeiten, jedoch keine schwerwiegende und durchgehend zum Tragen kommende entsprechende Störung erkennen lasse. Es wird in diesem Zusammenhang korrekt darauf hingewiesen, dass der Versicherte in der Lage war, eine Ausbildung zu erlangen, jahrelang arbeitstätig war und in einer stabilen Partnerschaft lebt (Vi-act. 82-46/52). Dies entspricht der Einschätzung des Gutachters Dr.med. I. _____, der zwar eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung und eine soziale Phobie diagnostizierte, diesen Diagnosen jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestierte. Auch wenn die Vorinstanz das Gutachten von Dr.med. I. _____ letztlich als widersprüchlich einstufte, resultierte dies nicht aus den von Dr.med. I. _____ erhobenen psychiatrischen Befunden, sondern aus den neuropsychologischen Befunden, welche Dr.med. I. _____ in seinem Gutachten übernahm, und den Widersprüchen zwischen den psychiatrischen Befunden sowie der psychiatrischen Beurteilung einerseits und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit andererseits. Dass - entgegen der damaligen Annahme - keine erheblichen kognitiven Defizite beim Versicherten vorliegen, ergibt sich nicht nur aus der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen der U. _____-Begutachtung, sondern auch aus dem Umstand, dass dem Versicherten aufgrund einer verkehrspsychologischen Untersuchung der Fahrausweis wieder erteilt worden ist. Gegen das Vorliegen einer relevanten Persönlichkeitsstörung bzw. einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden sozialen Phobie spricht im Übrigen auch der Umstand, dass der Versicherte einen – zwar kleinen – Freundeskreis hat (und auch in der Kindheit Freunde hatte mit denen er z.B. häufig Fußball spielte, vgl. Vi-act. 82-21/52; 52-17/48), Probleme mit Vorgesetzten oder Ar-

beitskollegen verneint (Vi-act. 82-11/52) und auch in relativ kurzer Zeit vor der Begutachtung in der Lage war, mit dem Flugzeug zu verreisen (vgl. Vi-act. 82-11/52; 82-15/52), worauf die Vorinstanz vernehmlassend zu Recht verweist.

5.3 Was die Kritik an der Dauer der psychiatrischen Begutachtung durch Dr.med. P._____ anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten. Massgebend ist in erster Linie, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteile BGer 8C_734/2016 v. 12.7.2017 Erw. 3.8 m.H.; 9C_801/2016 v. 30.1.2017 Erw. 4.2.1). Der zeitliche Umfang einer im Rahmen einer Begutachtung vorzunehmenden Untersuchung kann sich im Übrigen auch deshalb reduzieren, weil den Gutachtern regelmässig umfassende medizinische Vorakten zur Verfügung stehen, was vorliegend der Fall war. Anhaltspunkte dafür, dass die am U._____ -Gutachten beteiligten Fachärzte und Dr. med. P._____ im Besonderen die entsprechenden Vorgaben nicht bzw. nur ungenügend beachtet haben, sind nicht erkennbar.

5.4 Wie vorstehend dargelegt, hat sich Dr.med. P._____ mit den Berichten des behandelnden Psychiaters auseinander gesetzt und seine divergierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründet. Der Beschwerdeführer weist zwar korrekt darauf hin, dass die Berichte des behandelnden Arztes im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen sind. Allerdings verweist auch die Vorinstanz vernehmlassend zu Recht auf die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 351 Erw. 3b). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es daher nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder

ungewürdigt geblieben sind (BGE 124 I 170 Erw. 4; Urteile BGer 9C_175/2018 v. 16.4.2018 Erw. 3.3.1; 8C_278/2011 v. 26.7.2011 Erw. 5.3). Vorliegend ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung wichtige Aspekte unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, welche die Begutachtung in Frage zu stellen vermöchten.

Soweit der Beschwerdeführer in Bezug auf die Würdigung der Berichte behandelnder Ärzte auf BGE 135 V 465 verweist, ist festzuhalten, dass dieser Entscheid vorliegend nicht einschlägig ist. Es geht dabei um die Würdigung von Berichten versicherungsinterner Ärzte bei Widersprüchen zu Berichten behandelnder Ärzte. Beim U._____-Gutachten handelt es sich nicht um den Bericht eines versicherungsinternen Arztes.

5.5 Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, dass das Gutachten vom Institutsleiter Prof.Dr.med. S.____ „überprüft“ wurde, ist darauf hinzuweisen, dass Prof. Dr.med. T.____ als Facharzt an der Begutachtung des Beschwerdeführers gar nicht beteiligt war. Er hat das Gutachten einzig "aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung" mitunterzeichnet. Das Gutachten beruht auf einer Konsensbeurteilung, welcher sämtliche Teilgutachter zugestimmt haben.

Gemäss dem Reporting der Suisse MED@P hat die U.____ 2015 Z.____ und 2016 AA.____ Gutachten erstellt. Die U.____ AG ist seit mehreren Jahren und auch aktuell als vom Bundesamt für Sozialversicherung anerkannte Gutachterstelle tätig. Daraus ist zu schliessen, dass diese Gutachterstelle die vom BSV aufgestellten Kriterien als Gutachterstelle in organisatorischer und fachlicher Hinsicht erfüllt. Die am Gutachten mitwirkenden Ärzte verfügen alle über einen Facharztstitel im jeweiligen Begutachtungsgebiet und sind dadurch für die Begutachtung qualifiziert. Zudem verfügen sie je über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (siehe www.medregom.admin.ch). Die Gutachterstellen und entsprechend die Gutachter sind grundsätzlich weisungsungebunden (vgl. Vereinbarung zw. dem BSV und den Gutachterstellen betr. die Durchführung von polydisziplinären Gutachten, Anhang 1, Ziff. 1, Mustervereinbarung einsehbar unter www.bsv.admin.ch) und die Gutachter unterstehen den für die Abgabe von falschen Gutachten geltenden Strafbestimmungen (Art. 307 Abs. 1 Strafgesetzbuch, StGB, SR 311, i.V.m. Art. 309 StGB). Konkrete Hinweise dafür, dass die eingesetzten Gutachter voreingenommen oder befangen wären oder welche auf eine Verfälschung der Abklärungsergebnisse durch Prof. Dr.med. T.____ schliessen liessen, liegen nicht vor.

Soweit der Beschwerdeführer eine überdurchschnittlich strenge Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Gutachter der U.____ geltend macht, ist darauf hinzuweisen, dass Ablehnungsgründe sich grundsätzlich gegen Personen und

nicht gegen eine Institution an sich zu richten haben. Das Bundesgericht hat in diversen Entscheiden erkannt, dass die fraglichen statistischen Daten keine Rückschlüsse auf die einzelnen Gutachter erlaubten und nur die Gutachter - und nicht die medizinische Abklärungsstelle als Institution - könnten befangen sein (Urteil BGer 9C_19/2017 vom 30.3.2017 Erw. 5.1; SVR 2016 IV Nr. 8; 8C_106/2017 vom 12.4.2017 Erw. 3.1). Zudem ist die erwähnte Statistik wenig aussagekräftig, da fast die Hälfte der Gutachterstellen zur Frage nach der attestierten Arbeitsunfähigkeit keine Daten lieferte. (VGE I 2017 12 v. 13.12.2017 Erw. 3.1.2 und 3.3 m.H.).

6.1 Der Beschwerdeführer rügt im Weiteren, dass bei sämtlichen psychischen Erkrankungen das nach BGE 141 V 281 entwickelte strukturierte Beweisverfahren anhand von Indikatoren zur Ermittlung der tatsächlichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit Anwendung finde. Es dränge sich vorliegend auf, ein neues Gutachten einzuholen, welches den Anforderungen von BGE 141 V 281 entspreche. Gestützt auf das vorliegende psychiatrische Gutachten von Dr.med. P._____ könnte die erforderliche Prüfung der Indikatoren nicht durchgeführt werden.

6.2.1 Im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (= BGE 143 V 418ff.) 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.

6.2.2 Im vorliegenden Fall verhält es sich so, dass das U._____-Gutachten vom 20. Oktober 2017 noch in Unkenntnis der neuen, oben angeführten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst wurde. Nach bundesgerichtlicher Recht-

sprechung verlieren jedoch nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. 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 vor Bundesrecht standhält (BGE 141 v 281 Erw. 8; Urteil BGer 9C_45/2017 v. 7.2.2018 Erw. 4.2). Im vorliegenden Fall ist zu berücksichtigen, dass sich das U._____ -Gutachten (dem Fragenkatalog der IV-Stelle folgend) im Rahmen der Beantwortung der Gutachtenfragen gemeinsam durch sämtliche Gutachter mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinandersetzt, dies trotz Fehlens einer Diagnose, welche nach damaliger Rechtslage eine solche Prüfung bedingt hätte.

6.2.3 In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wird festgehalten, dass eine mögliche Dysthymie bei rezidivierender depressiver Störung mit abgrenzbaren Episoden (2008, 2013 und 2015) sowie ein mögliches adultes ADHS bestünden, eine die Arbeitsfähigkeit anhaltend limitierende Gesundheitsschädigung lasse sich aufgrund dieser Befunde jedoch nicht nachweisen. Die Kriterien für eine depressive Episode waren nicht mehr erfüllt. Anhaltspunkte für eine gravierende Depressivität oder anderweitige Verhaltensstörungen seien nicht mehr zu erheben. Auch die Kognition wirke klinisch nicht namhaft beeinträchtigt. Anamnestisch bestünden eine Selbstversorgung, Selbständigkeit, soziale Integration und Aktivität. In Bezug auf die zuletzt genannten Punkte ergibt sich aus dem Gutachten, dass der Versicherte zusammen mit seiner Freundin lebt, welche den grössten Teil der Hausarbeiten übernehme; er helfe teilweise mit und koche (Vi-act. 82-15/52; 82-12/52). Soziale Kontakte hat er neben der Freundin insbesondere zur Mutter und zum Bruder. Im Alltag beschäftigt er sich v.a. mit PC-Tätigkeiten (PC-Spiele, welche er manchmal auch einen ganzen Tag lang spiele; Gestaltung von Apps), TV, der Versorgung seiner Kaninchen und seiner Modelleisenbahn (Vi-act. 82-15/52; 82-11/52; 82-21/52; 82-26/52).

6.2.4 Eine Behandlungsresistenz ist nicht ausgewiesen. Im Gutachten wird darauf hingewiesen, dass die Laborbefunde gegen eine ausreichende Dosierung der Medikamente bzw. gegen eine ausreichende Compliance sprechen würden. Es wird eine Revision der psychiatrischen Medikation empfohlen (Vi-act. 82-44/52). Zudem wird darauf hingewiesen, dass nun vorrangig sozialpsychiatrische und tagesstrukturierende Massnahmen notwendig seien (Vi-act. 82-24/52). Gemäss den Akten geht der Beschwerdeführer nur ca. alle vier Wochen in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, was nicht für eine schwere psychische Störung spricht. Auch wurde bis anhin keine stationäre oder tagesstationäre Behandlung durchgeführt. Die vorhandenen Therapieoptionen wurden bis anhin

nicht ausgeschöpft und von einem hohen Leidensdruck kann sodann mit Blick auf den Behandlungsverlauf nicht gesprochen werden (vgl. Urteil BGer 9C_49/2017 v. 5.3.2018 Erw. 4.4; 9C_21/2017 v. 22.2.2018 Erw. 5.1; 9C_194/2017 v. 29.1.2018 Erw. 6.3.4).

6.2.5 Unter dem Indikator Komorbidität ist eine Gesamtbeurteilung der Wechselwirkung einer diagnostizierten psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Nachdem relevante Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Gutachten verneint wurden, wird entsprechend nachvollziehbar auch eine Wechselwirkung zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen verneint (Vi-act. 82-43/52). Körperliche Beeinträchtigungen liegen nicht vor. Die Ausprägung eines möglichen adulten ADHS wird als gering angesehen (Vi-act. 82-40/52).

Zu den ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplexen "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und "sozialer Kontext" wird im Gutachten ausgeführt, ausreichende Anhaltspunkte für eine in Kindheit und Jugend beginnende, psychische und das Verhalten mit negativen sozialen Folgen anhaltend störende Auffälligkeit fänden sich in der Biographie und der weiteren psychiatrischen Exploration nicht. Aus den Angaben des Versicherten ergibt sich, dass ihm in der Schule das Konzentrieren und Stillsitzen schwer gefallen ist, jedoch keine erheblichen disziplinarischen Probleme bestanden; die Schule konnte ordentlich abgeschlossen werden. Abgesehen von einem Jahr in der Realschule waren offenbar auch die sozialen Kontakte während der Schulzeit gut. Der Beschwerdeführer konnte eine Ausbildung absolvieren und hat auch aktuell stabile soziale Kontakte (vgl. Vi-act. 82-20/52 f.). Psychische Probleme traten erstmals 2008, mithin im Alter von 24 Jahren auf. Der Umstand, dass der Versicherte über eine berufliche Ausbildung und auch berufliche Praxis sowie ein stabiles soziales Netz verfügt, spricht für das Vorliegen beträchtlicher Ressourcen, auf die der Beschwerdeführer zurückgreifen kann. Auch der Umstand, dass der Versicherte Ferienreisen unternimmt und verschiedene Hobbys ausübt, welche zudem auch eine längerdauernde Konzentration erfordern (PC-Spiele über mehrere Stunden), weist auf relevante Ressourcen hin.

6.2.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung halten die Gutachter fest, es sei keine gravierende Depressivität oder anderweitige Verhaltensstörung (mehr) zu erheben. Auch die Kognition sei nicht namhaft beeinträchtigt. Der Versicherte sei selbständig, könne sich selber versorgen, habe soziale Kontakte und übe auch gewisse Aktivitäten aus. Anhaltspunkte für eine Limitation von Willensbildung und Einsichtsfähigkeit lägen nicht vor (Vi-act. 82-45/52). Ein gewisser Leidensdruck

scheint beim Versicherten vorzuliegen, da er seit längerem in psychiatrischer Behandlung ist und zumindest auch teilweise die verschriebenen Medikamente einnimmt; einer Intensivierung der psychiatrischen Therapie im Rahmen einer stationären Behandlung hat er bis anhin jedoch mit dem Hinweis auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeit nicht zugestimmt (vgl. Vi-act. 38-4/5), was (zusammen mit der nur teilweisen Einnahme der verschriebenen Medikamente) grundsätzlich gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht, zumal auch intensive ambulante Therapien mit Focus auf die berufliche Wiedereingliederung in Frage kämen und sich seit längerem auch aufdrängen würden. Unstreitig ist der Versicherte zudem in der Lage, sich intensiv mit dem Computer zu beschäftigen. Auch war er z.B. in der Lage, die umfangreichen neuropsychologischen Tests ohne Ermüdungserscheinungen zu absolvieren (Vi-act. 82-27/52). Insgesamt liegen somit verschiedene Indizien vor, welche der subjektiven Einschätzung des Versicherten, die Arbeitsbelastung nicht mehr zu ertragen, widersprechen.

6.3 Zusammenfassend erlaubt die Aktenlage eine schlüssige Beurteilung anhand der Standardindikatoren von BGE 141 V 281. Die diagnostizierte Dysthymie bei rezidivierender depressiver Störung sowie eines adulten ADHS wirken sich nicht so einschneidend aus, dass sie eine eingeschränkte (oder gar aufgehobene) Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten.

Das U. _____-Gutachten erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beweisgrundlage. Die Vorinstanz durfte gestützt auf das Gutachten das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneinen.

7. Nachdem ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist und dem Beschwerdeführer auch im angestammten Tätigkeitsbereich eine volle Arbeitstätigkeit zumutbar ist, besteht auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen.

8. Soweit der Beschwerdeführer die Übernahme die Kosten für den Bericht von Dr.med. F. _____ vom 26. März 2018, welchen er im Rahmen des verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahrens eingereicht hat, beantragt, kann diesem Begehren ebenfalls nicht entsprochen werden. Dieser Bericht war für die Ermittlung des entscheiderelevanten Sachverhaltes nicht erforderlich, zumal er früheren Berichten von Dr.med. F. _____ entspricht und im Übrigen der Vorinstanz keine Verletzung der Abklärungspflicht vorgeworfen werden kann. Nachdem kein Fall von Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG vorliegt, fällt es ausser Betracht, den Sozialversicherungsträger zur Übernahme dieser Honorarkosten zu verpflichten (vgl. Urteil BGer U 79/05 vom 10.2.2006 Erw. 5).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Nachdem er am 16. April 2018 einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt hat, ist die Rechnung ausgeglichen.
3. 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] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (A)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 11. September 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***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: 13. September 2018