

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 41

## Entscheid vom 9. August 2018

---

Besetzung

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

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_1971 \_\_\_\_\_, Vater von 2 Kindern \_\_\_\_\_ (erwachsen)) reiste am 13. Juni 1988 in die Schweiz ein und arbeitete in der Bauunternehmung C.\_\_\_\_\_ AG als Eisenleger bzw. Maurer-Vorarbeiter. Am 21. April 1998 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein, wobei die gesundheitlichen Probleme mit Rücken-, Nacken-, Fussbeschwerden (rechts) und Handschmerzen (rechts) umschrieben wurden (IV-act. 1). Die IV-Stelle veranlasste u.a. eine Abklärung in der BEFAS-D.\_\_\_\_\_ (IV-act. 15-5/10). Mit Verfügung vom 7. Dezember 1999 sprach ihm die IV-Stelle mit Wirkung ab 1. Oktober 1998 eine ganze IV-Rente zu (IV-Grad 100%, vgl. IV-act. 25-3/6).

**B.** Am 11. April 2001, am 1. Juli 2004, am 16. November 2006 sowie am 27. November 2009 teilte die IV-Stelle mit, eine Überprüfung des IV-Grades habe keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben (IV-act. 29, 33, 38, 44).

**C.** Am 16. Februar 2012 erhielt die IV-Stelle eine anonyme Mitteilung, wonach A.\_\_\_\_\_ oft in sein Heimatland reise und dort an einem Haus arbeite (IV-act. 51-3/4). Daraufhin teilte die IV-Stelle am 24. Mai 2012 A.\_\_\_\_\_ mit, dass eine polydisziplinäre Untersuchung nötig sei (IV-act. 52). Der Begutachtungsauftrag wurde dem E.\_\_\_\_\_ zugewiesen (IV-act. 55). Dieses E.\_\_\_\_\_ -Gutachten wurde am 1. November 2012 erstattet (IV-act. 59).

**D.** Nach Durchführung des Vorbescheid-Verfahrens verfügte die IV-Stelle am 8. April 2013, dass die ganze IV-Rente rückwirkend aufgehoben werde und die zu Unrecht bezogenen Rentenleistungen rückwirkend fünf Jahre ab Erlass dieser Verfügung zurückgefordert würden (IV-act. 74). Der Rückforderungsbetrag wurde mit Verfügung vom 16. April 2013 auf Fr. 242'986.-- festgelegt (IV-act. 75). Die dagegen erhobenen Beschwerden wurden vom Verwaltungsgericht im Entscheid I 2013 57+59 vom 9. Juli 2014 dahingehend im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen, als bis zum 31. Mai 2013 ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente anerkannt wurde, derweil die Rückforderungsverfügung ersatzlos aufgehoben wurde (IV-act. 101). Eine gegen diesen VGE I 2013 57+59 von A.\_\_\_\_\_ erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_662/2014 vom 12. November 2014 abgewiesen (IV-act. 106).

**E.** Am 26. Februar 2015 ging bei der IV-Stelle erneut eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Es wurde auf einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_\_ verwiesen, wonach sich A.\_\_\_\_\_ vom 24. September 2014 bis zum 4. November 2014 in dieser Klinik aufgehalten hatte (IV-act.

116). Mit Vorbescheid vom 2. September 2015 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 122). Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 25. September 2015 Einwände (IV-act. 125). Vom 5. November 2015 bis zum 1. Dezember 2015 folgte ein weiterer Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_\_ (IV-act. 128). Am 27. Januar 2016 teilte die IV-Stelle mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Verlaufsuntersuchung nötig sei (vgl. IV-act. 131). Mit Zwischenverfügung vom 19. Februar 2016 hielt die IV-Stelle an der von A.\_\_\_\_\_ abgelehnten Gutachterstelle (E.\_\_\_\_\_) fest (IV-act. 136). Dieses zweite E.\_\_\_\_\_-Gutachten ging am 28. September 2016 bei der IV-Stelle ein (siehe IV-act. 142). Gestützt darauf gelangte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. November 2016 zum Ergebnis, dass das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 144).

**F.** Mit Eingabe vom 21. Dezember 2016 opponierte A.\_\_\_\_\_ gegen den Vorbescheid und machte u.a. geltend, dass er vom 7. November 2016 bis zum 14. Dezember 2016 in der Klinik F.\_\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei (IV-act. 145-5/9). Am 10. Januar 2017 ging bei der IV-Stelle der Austrittsbericht der F.\_\_\_\_\_ zur 3. Hospitalisation (7.11.16 - 14.12.16) ein; darin wurde u.a. auf eine kürzliche Trennung zwischen A.\_\_\_\_\_ und seiner Ehefrau hingewiesen (IV-act. 147). Mit Schreiben vom 23. Oktober 2017 forderte die IV-Stelle die Psychiaterin Dr.med. G.\_\_\_\_\_ auf, den trotz mehrmaliger Mahnungen immer noch ausstehenden angeforderten Verlaufsbericht einzureichen (IV-act. 149). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 teilte der damalige Rechtsvertreter mit, dass er A.\_\_\_\_\_ nicht mehr vertrete (IV-act. 150). Am 12. Dezember 2017 ging bei der IV-Stelle der von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ am 9. Dezember 2017 verfasste Verlaufsbericht ein, in welchem u.a. ausgeführt wurde, dass dank einer hochdosierten Medikation der Patient den Scheidungsprozess ohne aggressive Zwischenfälle durchstehen konnte (IV-act. 151).

**G.** Am 23. März 2018 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 154). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 7. Mai 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung vom 23. März 2018 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Für das vorliegende Verfahren sei die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung zu gewähren.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Mit Vernehmlassung vom 7. Juni 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

Mit Replik vom 19. Juli 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen vor Gericht gestellten Anträgen fest. Die Duplik der IV-Stelle folgte am 25. Juli 2018.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

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

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

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

zielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

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

**1.5.1** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

**1.5.2** In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 9C\_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C\_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des

Bundesgerichts 9C\_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.6** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, Rz. 450; BGE 122 II 469 Erw. 4a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 148 Erw. 5.3).

**1.7.1** Eine Neuanmeldung wird - wie auch das Gesuch um Leistungsrevision - nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV; BGE 130 V 71 Erw. 2.2 S. 72 mit Hinweisen). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121, 8C\_746/2013 Erw. 2). Sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_868/2017 vom 6.6.2018 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 130 V 71).

**1.7.2** Bei einer Neuanmeldung (wie auch bei einer Rentenrevision) ist zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des IV-Grades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 Regeste).

**2.** Beim Beschwerdeführer wurde die Frage, ob Anspruch auf eine IV-Rente besteht, *bereits dreimal materiell geprüft* (siehe die nachfolgend erläuterten drei Phasen).

**2.1** In der ersten Phase hatte die Vorinstanz mit Verfügung vom 7. Dezember 1999 gestützt auf eine BEFAS-Abklärung in der Einrichtung D. \_\_\_\_\_, wonach der Versicherte auch bei einer rückenadaptierten Tätigkeit in der freien Wirtschaft

aktuell nicht vermittelbar sei (IV-act. 17-7/8), mit Wirkung ab 1. Oktober 1998 eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-act. 25).

**2.2** In einer zweiten Phase ergaben sich Zweifel hinsichtlich der bislang angenommenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit, nachdem in einer anonymen Meldung vom 16. Februar 2012 vorgebracht wurde, dass der Versicherte in seinem Heimatland mit dem Bau eines Wohnhauses beschäftigt sei (IV-act. 51-3/4). Daraufhin veranlasste die Vorinstanz im Jahre 2012 eine umfassende medizinische Abklärung des Versicherten.

**2.2.1** Dem E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 1. November 2012 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 59-22/25):

**5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit bilateraler linksbetonter Ausstrahlung in die Beine (ICD-10 M54.5)

- Diskushernie LWK 2/3 paramedian links mit Einengung des Spinalkanals ohne sichtbare Neurokompression (M51.2)
- Einengung des Spinalkanals LWK 3/4 und LWK 4/5 ohne abgrenzbare Kompression neuraler Strukturen (ICD-10 M99.3)
- nicht immer adäquat wirkendes Schmerzverhalten mit Symptomausweitung und Selbstlimitation
- neurologisch keine Hinweise auf radikuläre Ausfallssymptomatik

**5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
2. Klinischer Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter rechts (ICD-10 M75.4)
3. Adipositas, BMI 33 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0)
4. Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7)
  - Dauerbehandlung mit PPI
  - wiederholte Einnahme von NSAID

**2.2.2** Im Rahmen dieser E. \_\_\_\_\_-Begutachtung konnte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht keine Befunde und Diagnosen feststellen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Es hätten sich noch keine Facetten des metabolischen Syndroms bei mässiger Adipositas ausgebildet. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht nie eingeschränkt gewesen. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ empfahl eine leichte Gewichtsreduktion (IV-act. 59-8/25).

**2.2.3** Dr.med. J. \_\_\_\_\_ hielt im damaligen psychiatrischen Teilgutachten fest, ausser der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht. Eine schwere psychiatrische Komorbidität sei nicht vorhanden. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Es handle sich auch

nicht um einen mehrjährigen Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Das Scheitern aller therapeutischen Bemühungen hänge wesentlich damit zusammen, dass der Explorand aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, trotz allfälliger Restbeschwerden sich aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Schwere, lebensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Bei den bisher durchgeführten ambulanten und stationären Behandlungen habe der Explorand wenig Motivation sowie eine deutliche Selbstlimitierung gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Exploranden daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (IV-act. 59-11f./25).

**2.2.4** Der E. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr.med. K. \_\_\_\_\_ hielt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden sowie den Schmerzäußerungen anlässlich der vorgenommenen orthopädischen Untersuchung fest. Nach seiner Einschätzung ergaben sich auf orthopädischer Ebene keine objektivierbaren wesentlichen Einschränkungen. Die bildgebenden Befunde könnten ein derart ausgeprägtes Schmerzerleben nicht ausreichend begründen (IV-act. 59-18/25).

**2.2.5** Dr.med. L. \_\_\_\_\_ hielt in seinem neurologischen Teilgutachten fest, bei der aktuellen Untersuchung habe sich ein ausgeprägt appellatives Verhalten des Beschwerdeführers mit ausgeprägtem Stöhnen und Schonverhalten gezeigt. Bei der klinischen Untersuchung würden sich aus neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer radikulären Reiz- bzw. sensomotorischen Ausfallssymptomatik ergeben. Obwohl der Versicherte eine erhebliche Schwäche im linken Bein beschreibe, sei die Beinmuskulatur normal ausgebildet (...). Anhaltspunkte für akute Denervationszeichen fehlten. Es fände sich kein neurogener Umbau. Dieser Befund sei bemerkenswert, da der Versicherte nun über mehrere Jahre Schmerzausstrahlungen und motorische Schwächen im linken Bein beschreibe. Bildgebend zeige sich im MRI der LWS (vom 16.9.2009) ein eindrücklicher Befund mit einem anlagebedingt engem Spinalkanal und leichten degenerativen Veränderungen sowie eine kleine Diskushernie L2/3, sodass eine deutliche Einengung des Spinalkanals bestehe. Foraminale Stenosen seien nicht abgrenzbar. Es müsse davon ausgegangen werden, dass alleine die engen Verhältnisse im Spinalkanal des Versicherten nicht genügen, um zu einer Kauda oder radikulären Kompression zu führen. Dazu passe, dass im jahrelangen Ver-

lauf bisher keine neurologische Ausfallssymptomatik aufgetreten sei (IV-act. 59-21-25). Aus somatisch-neurologischer Sicht sei eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule nachvollziehbar. Da keine neurogene Beteiligung nachgewiesen werden könne, sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erhalten (IV-act. 59-22/25).

**2.2.6** Nach Ansicht der E. \_\_\_\_\_-Gutachter resultierte aus interdisziplinärer Sicht beim Versicherten für körperlich schwere Tätigkeiten (wie sie bei der bis 1997 ausgeübten Arbeiten zuträfen) weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten wurde im E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 1. November 2012 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% veranschlagt (IV-act. 59-25/25).

**2.2.7** Dieses Ergebnis wurde aus somatischer Sicht - ungeachtet von Hospitalisationen im Spital M. \_\_\_\_\_ (17.10.12 - 24.10.2012; 12.2.2013 - 14.2.2013) und ambulanten Abklärungen im Frühling 2013 in der N. \_\_\_\_\_ (Klinik) - im Entscheid I 2013 57+59 vom 9. Juli 2014 bestätigt, wobei eine dagegen erhobene Beschwerde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_662/2014 vom 12. November 2014 abgewiesen wurde (IV-act. 101 und 106).

**2.2.8** Hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigungen verhielt es sich so, dass der Versicherte seit 24. Mai 2013 in psychiatrischer Behandlung bei Dr.med. G. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) war (bzw. weiterhin ist). Im Bericht vom 6. Juni 2013 diagnostizierte sie eine mittelgradige agitierte depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei Persönlichkeit mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen (IV-act. 101-19/35 unten).

Am 4. April 2014 fand eine psychiatrische Untersuchung durch den RAD-Arzt Dr.med. O. \_\_\_\_\_ statt, welcher lediglich einen leichtgradig depressiven Zustand gemäss den ICD-10-Kriterien feststellen konnte. Dabei sei zu bedenken, dass der Versicherte unter einer agitierten Form eines depressiven Zustands leide, welcher in den ICD-10-Kriterien eher schlecht zur Geltung komme. Andererseits stelle der Versicherte sowohl bei seiner freien Schilderung als auch bei gezielter Exploration seine Schmerzen immer wieder in den Mittelpunkt. Einzig den sozialen Rückzug begründe er vor allem mit psychischen Beschwerden (Impulsivität). Sein Verhalten spreche sehr stark für ein bewussteinnahe Aggravieren. Mit grosser Wahrscheinlichkeit verdeutliche und aggraviere er auch bei der Schilderung seiner psychischen Probleme. Bei einer mittelgradigen Depression wäre zu erwarten, dass diese im Vergleich zu den Schmerzen deutlich mehr Gewicht hätte bei den Schilderungen der Beschwerden. Der Versicherte begründe seinen Leidensdruck allerdings primär und vor allem mit den Schmerzen und mit

Auswirkungen seines Verhaltens (Angst um die Ehe, Sorge um den Sohn) und nicht mit einem unmittelbaren, innerseelischen Leidensdruck, wie es bei einer mittelgradigen Depression zu erwarten wäre. Des Weiteren führte Dr.med. O. \_\_\_\_\_ u.a. aus (IV-act. 94-8f./9):

Die Schmerzen wurden durch das E. \_\_\_\_\_ als F54 Schmerzverarbeitungsstörung beurteilt. Differentialdiagnostisch ist auch F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in Betracht zu ziehen.

Dafür wäre die Überwindbarkeit der Schmerzen durch eine zumutbare Willensanstrengung anhand der Foerster-Kriterien zu beurteilen. In abschliessender Weise hat dies durch den Rechtsanwender zu erfolgen. Hier erfolgt eine Beurteilung aus versicherungspsychiatrischer Sicht:

- psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer *nicht erfüllt durch leichtgradige Depression*
- chronische körperliche Begleiterkrankungen *nicht erfüllt*
- mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung *erfüllt*
- sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens *nicht erfüllt*
- verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") *nicht erfüllt*
- das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. *fraglich erfüllt*

Somit sind die Foerster-Kriterien überwiegend nicht erfüllt, und die Schmerzstörung ist als überwindbar zu bezeichnen.

Die Verhaltensauffälligkeiten des V. stehen im Rahmen des leichten, agitiert-depressiven Zustandes. Es liegen keine Hinweise auf eine vorbestehende Persönlichkeitspathologie vor (auch gemäss Fr. Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht). Deshalb ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu bestätigen.

Eine Panikstörung liegt aufgrund der eigenen Untersuchung nicht vor. Der V. schildert keine entsprechende, typische Symptomatik. Auch diesbezüglich ist sein sehr klagames und stark aggravierendes Verhalten zu berücksichtigen.

#### **Psychiatrische Diagnosen:**

- F54 Schmerzverarbeitungsstörung  
DD: F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren  
ausgeprägtes Aggravationsverhalten
- F32.0 leichte, agitierte depressive Episode

#### **Arbeitsfähigkeit:**

Der leicht depressive Zustand führt nicht zu einer anhaltenden, iv-relevanten Einschränkung der AF. Die chronischen, stark aggravierten Schmerzen sind überwindbar.

Auch dieses zuletzt erwähnte Ergebnis zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde im Entscheid I 2013 57+59 vom 9. Juli 2014 übernommen sowie

vom Bundesgericht im Urteil 8C\_662/2014 vom 12. November 2014 nicht in Frage gestellt.

**2.2.9** Mithin wurde nach den umfassenden Abklärungen in der zweiten Phase rechtskräftig entschieden, dass der Versicherte damals keinen Anspruch mehr auf eine IV-Rente hatte.

**2.3.1** Rund 3 Monate nach dem erwähnten Urteil des Bundesgerichts ging bei der IV-Stelle am 26. Februar 2015 erneut eine Anmeldung des Versicherten zum Bezug von IV-Leistungen ein (3. Phase). Mit dieser Anmeldung wurde u.a. ein Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2014 eingereicht, wonach sich der Versicherte auf Zuweisung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ vom 24. September 2014 bis zum 4. November 2014 stationär behandeln liess. In diesem Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 119):

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10:F33.1)

Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen, histrionischen, emotionalinstabilen und zwanghaften Persönlichkeitszügen (ICD-10:F61.0)

Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10:F13.24)

Opioidabhängigkeit (ICD-10:F11.2) durch Medikamente (Targin)

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4)

Panikstörung (ICD-10:F41.0)

Zur Arbeitsfähigkeit nach dem Klinikaustritt wurde nicht Stellung genommen.

**2.3.2** In einem Verlaufsbericht vom 23. Oktober 2015 beurteilte die behandelnde Psychiaterin Dr.med. G.\_\_\_\_\_ den Versicherten weiterhin als zu 100% arbeitsunfähig. Neben der mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und der Panikstörung wirke sich vor allem die Persönlichkeitsstruktur des Patienten als stark einschränkend aus. Er sei aufgrund von seiner Persönlichkeitsstruktur und Interaktionseinschränkungen in keinem Arbeitsteam integrierbar (IV-act. 127-19/329).

**2.3.3** Die zweite Hospitalisation in der Klinik F.\_\_\_\_\_ fand vom 5. November 2015 bis zum 1. Dezember 2015 statt. Im Austrittsbericht wurden die bereits im ersten Bericht angeführten Diagnosen wiederholt (vgl. oben, Erw. 2.3.1). Eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für die Zeit nach dem Klinikaustritt wurde nicht vorgenommen (IV-act. 128).

**2.3.4** In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre Verlaufsbeurteilung. Dem entsprechenden E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 13. September 2016

(eingegangen am 28.9.2016) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 142-29/33):

**5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

Chronisches lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80)

- radiologisch breitbasige Diskusprotrusion HWK5/6 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts, sehr geringe degenerative Veränderungen der BWS und mehrsegmentale Degeneration lumbal ohne klaren Hinweis für Neurokompression (MRI 02.04.2013, 28.08.2014 und 29.08.2014)
- ohne neurale Beteiligung

**5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
2. Panikstörung (ICD-10 F41.0)
3. Störung durch multiplen Substanzkonsum (Benzodiazepine, Opioid-Analgetika), anhaltender Gebrauch (ICD-10 F19.25)
4. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
  - Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
5. Zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) ohne radikuläre oder meduläre Beteiligung
6. Chronische Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66)
  - Radiologisch mögliche Läsion des medialen Meniskus (MRI 11.02.2016)
7. Metabolisches Syndrom
  - Adipositas, BMI 33 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0)
  - Arterielle Hypertonie (ICD-10/I10)
  - Hyperlipidämie (ICD-10 E78.0)
8. Leichte mikrozytäre Anämie unklarer Ätiologie (ICD-10 D50.8)
  - kontroll- und gegebenenfalls abklärungsbedürftig
9. Chronisch-venöse Insuffizienz beidseits (ICD-10 I87.2)
10. Latente Hypothyreose (ICD-10 E03.9)
  - normale periphere Schilddrüsenparameter
11. Rezidivierende dyspeptische Beschwerden gemäss Unterlagen (ICD-10 K21.9)

Zur Arbeitsfähigkeit wurde im 2. E. \_\_\_\_\_-Gutachten festgehalten, dass aufgrund des chronischen panvertebralen Schmerzsyndroms aus orthopädischer Sicht für die angestammte Tätigkeit und für jede andere, körperlich schwer belastende Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, während für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung (unter Vermeidung von wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 15 kg) eine zeitliche und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu veranschlagen sei. Des Weiteren führten die E. \_\_\_\_\_-Gutachter aus, weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht finde sich eine weitere somatische Dia-

gnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Dem Exploranden könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer seiner körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit ganztags nachgehen zu können (vgl. IV-act. 142-30/33).

**2.3.5** Gestützt auf das Ergebnis des E. \_\_\_\_\_-Verlaufsgutachtens gelangte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. November 2016 zum Ergebnis, dass das Leistungsbegehren abzuweisen sei. Dagegen opponierte der Versicherte in einer Eingabe vom 21. Dezember 2016 und verwies insbesondere auf die 3. Hospitalisation in der Klinik F. \_\_\_\_\_ (7.11.16 bis 14.12.16). Im entsprechenden Austrittsbericht vom 7. Januar 2017 wurde die während der 1. Hospitalisation erstellte Diagnosenliste erneut bestätigt (siehe oben, Erw. 2.3.1). Bei Austritt bestanden psychopathologisch noch eine diskret depressiv ausgelenkte Stimmung, eine leichte, jedoch deutlich regrediierte Grübelneigung, ein diskret ratloser Affekt sowie keine Hinweise für Selbst- oder Fremdgefährdung (IV-act. 147-5/11). Zur Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nach Klinikaustritt sind dem Austrittsbericht keine konkreten Angaben zu entnehmen.

**2.3.6** Die weitere Behandlung des Leistungsbegehrens verzögerte sich nach der Aktenlage, weil die behandelnde Psychiaterin trotz Mahnung der Vorinstanz (IV-act. 149) erst am 9. Dezember 2017 einen Verlaufsbericht einreichte. Darin wurde an sich ein verschlechterter Zustand geltend gemacht (IV-act. 151-1/3 Ziff. 1), gleichzeitig aber festgehalten, dass seit der Scheidung im Sommer 2017 sich der Versicherte in einem stabilen Zustand auf einem tiefen Funktionsniveau befinde (IV-act. 151-1/3, Ziff. 3).

**2.3.7** Der RAD-Arzt Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) fasste seine Beurteilung der medizinischen Unterlagen hinsichtlich der dritten Phase in einer Stellungnahme vom 8. März 2018 wie folgt zusammen (IV-act. 152-7/7):

Aus somatischer Sicht ist bei dem Versicherten keine Verschlechterung ausgewiesen:

- das chronische Rückenleiden wurde bereits im E. \_\_\_\_\_ Verlaufsgutachten von 9/2016 ausreichend gewürdigt. Hinweise oder Befunde, die auf eine Verschlechterung hinweisen, liegen nicht vor.
- die Knieschmerzen wurden auch im Verlaufsgutachten berücksichtigt. Es liegen lediglich sehr leichte degenerative Veränderungen vor mit dem zusätzlichen Verdacht einer Innenmeniskusläsion und einer verdickten Plica mediopatellaris. Sollte die Meniskusläsion oder die Plica mediopatellaris symptomatisch werden, sind sie einer arthroskopischen Behandlung zugänglich und somit behandelbar.

Aus psychiatrischer Sicht kam es zu einer weiteren Hospitalisation vom 7.11. bis 14.12.2016, ausgelöst durch psychosoziale Belastungsfaktoren (Scheidung). Nach der Klinikentlassung war der Versicherte wieder stabil.

Insgesamt ist somit keine relevante dauerhafte Verschlechterung seit der Verlaufsbeurteilung vom 27.09.2016 ausgewiesen.

**3.1** Mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass die Vorinstanz im Rahmen der dritten Phase hinreichende Abklärungen zur Beurteilung des Leistungsanspruchs getroffen hat. Von einer relevanten Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes kann keine Rede sein. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung nach Durchführung der E. \_\_\_\_\_-Verlaufsbeurteilung und nach Kenntnisnahme des Vorbescheids vom 22. November 2016 ist zu beachten, dass der damalige Rechtsvertreter des Versicherten in seiner Eingabe vom 21. Dezember 2016 nur eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes geltend machte und im Übrigen auf das chronische Rückenleiden sowie auf eine im MRI-Bericht vom 11. Februar 2016 enthaltene Arthralgie des linken Kniegelenks verwies (IV-act. 145-2f./9). Was die zuletzt erwähnte Beeinträchtigung des Kniegelenks anbelangt, ist dem zweiten E. \_\_\_\_\_-Gutachten (v. 13.9.2016) zu entnehmen, dass der entsprechende MRI-Bericht vom 11. Februar 2016 den E. \_\_\_\_\_-Gutachtern vorlag und mitbeurteilt wurde (vgl. IV-act. 142-23/33, Ziff. 4.2.2.3 in fine). Analoges gilt auch für die in der Eingabe vom 21. Dezember 2016 nicht näher umschriebenen Rückenbeschwerden.

**3.2** Ins Gewicht fällt, dass auch nach der Eingabe vom 21. Dezember 2016 von Seiten des Beschwerdeführers auf somatischer Ebene keine Verschlechterungen des Gesundheitszustandes vorgebracht, geschweige denn substantiiert erläutert wurden. Soweit in der vorliegenden Beschwerde (S. 4) argumentiert wird, dass bei der letzten Rentenprüfung insbesondere die LWS-Beschwerden zu wenig berücksichtigt worden seien und dies mit MRI-Unterlagen aus den Jahren 2012 und 2013 dokumentiert wird, übersieht der Beschwerdeführer, dass die damals vorhandenen medizinischen Unterlagen (inkl. MRI-Berichte vom 22.10.2012 und vom 23.4.2013) im VGE I 2013 57+59 vom 9. Juli 2014 (namentlich Erw. 5.7 und 5.10) umfassend dahingehend gewürdigt wurden,

- dass der Versicherte für leidensangepasste, körperlich leichte bis höchstens mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten eine grundsätzlich verwertbare vollschichtige Arbeitsfähigkeit aufweise (vgl. zit. VGE, Erw. 6.8.3 = IV-act. 101-26/35 unten),
- und dass das Bundesgericht dieses verwaltungsgerichtliche Ergebnis im Urteil 8C\_662/14 vom 12. November 2014 bestätigt hat (IV-act. 106).

Aufgrund dieser in Rechtskraft erwachsenen Urteile steht fest, dass die damals bekannten und beurteilten Rückenbeschwerden keine relevante Arbeitsunfähig-

keit für leidensangepasste leichte und wechselbelastende Tätigkeiten zu begründen vermögen. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Beschwerde vom 7. Mai 2018 sowie in der Replik vom 19. Juli 2018 nichts zu ändern. Aus der Argumentation, dass „die E. \_\_\_\_\_-Gutachter einen Versicherten gesundschreiben“ (was gerichtsnotorisch sei, vgl. Replik, S. 2), kann nicht entnommen werden, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit der ersten bzw. seit der zweiten E. \_\_\_\_\_-Begutachtung massgeblich verändert bzw. verschlechtert habe. Ebenso wenig kann aus dem Umstand, wonach der Versicherte nach der zweiten E. \_\_\_\_\_-Begutachtung nochmals (vom 7.11.16 bis 14.12.16) in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert war, auf eine somatische Gesundheitsverschlechterung geschlossen werden, zumal im betreffenden Austrittsbericht die Einweisungssituation wie folgt umschrieben wurde (vgl. IV-act. 147-1/11):

Der Eintritt erfolgte freiwillig durch die Zuweisung von Herrn Dr.med. H. \_\_\_\_\_, ambulanter Psychiater (...), bei psychosozialer Dekompensation im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und somatoformer Schmerzstörung zur stationären Krisenintervention. Im Eintrittsgespräch berichtete A. \_\_\_\_\_ über Überforderung im Alltag nach der in diesem Jahr stattgefundenen Trennung von seiner Frau. Aktuell lebe er zusammen mit seinem 17-jährigen Sohn, der selbst nach der Trennung der Eltern belastet sei und sich für das Zusammenwohnen mit seinem Vater entschieden habe. Darüber hinaus berichtete A. \_\_\_\_\_ über eine Verschlechterung seiner seit Jahren bekannten depressiven Symptomatik mit Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Schamgefühlen und Minderwertigkeitsgefühlen sowie über seine chronische, durch Opiat-Einnahme nur partiell verbesserte Schmerzsymptomatik (...)

**3.3** Was den Verlauf und die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes anbelangt, ist zu beachten, dass bei der zweiten E. \_\_\_\_\_-Begutachtung die beiden ersten Hospitalisationen des Versicherten in der Klinik F. \_\_\_\_\_ (24.9.14 - 4.11.14; 5.11.15 - 1.12.15) den E. \_\_\_\_\_-Gutachtern bekannt waren und in der Beurteilung mitberücksichtigt wurden (vgl. IV-act. 142-19/33, 2. Abs.). Weshalb der dort enthaltenen Würdigung der in der Klinik F. \_\_\_\_\_ festgehaltenen Diagnosen nicht gefolgt werden darf, ist nicht ersichtlich. Dies gilt erst recht, wenn man die im Rahmen der E. \_\_\_\_\_-Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen, welche in der Beschwerde zu Unrecht ausgeblendet werden, mitberücksichtigt (vgl. IV-act. 142-19/33, Ziff. 4.1.6 in fine i.V.m. IV-act. 142-17/33 Ziff. 4.1.3.4 Konsistenz; IV-act. 142-24/33, 3. Abs.; IV-act. 142-28/33: diskrepantes Verhalten beim Prüfen des Lasègues i.V.m. IV-act. 142-23/33 oben; IV-act. 142-26/33 Ziff. 4.2.9; siehe auch die zutreffenden Ausführungen in der Vernehmung, S. 5, Ziff. 6, auf welche verwiesen wird).

Bei der dritten Hospitalisation (7.11.2016 - 14.12.2016) stellten die Fachpersonen der Klinik F. \_\_\_\_\_ erneut die gleichen Diagnosen wie bei den ersten beiden

Hospitalisationen. In Anbetracht solcher gleichbleibender Diagnosen vermag der dritte Austrittsbericht im Vergleich zu den ersten beiden (im 2. E. \_\_\_\_\_ - Gutachten mitberücksichtigten) Austrittsberichten keine anhaltende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten zu belegen. Dafür spricht insbesondere auch, dass am Ende der dritten Hospitalisation psychopathologisch nur mehr eine diskret depressiv ausgelenkte Stimmung, eine leichte (deutlich regredierte) Grübelneigung sowie ein diskret ratloser Affekt bestand (IV-act. 147-5/11).

**3.4** Bei dieser Sachlage ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz gestützt auf die aktenkundige RAD-Beurteilung (IV-act. 152-7/7) keine Veranlassung sah, eine zusätzliche Verlaufsbeurteilung vorzunehmen. Der Beschwerdeführer übersieht, dass er nach der Aktenlage hinreichend abgeklärt und beurteilt wurde. Von weiteren Untersuchungen sind im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann. Nach dem Gesagten durfte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausgehen, dass für leidensangepasste (überwiegend leichte, wechselbelastende) Tätigkeiten eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit gegeben ist.

**3.5** An diesem dargelegten Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich auch der Verweis auf den Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin Dr.med. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2017. Ein Vergleich der Angaben der gleichen Psychiaterin gemäss Bericht vom 9. Dezember 2017 (IV-act. 151) einerseits und gemäss Bericht vom 23. Oktober 2015 (IV-act. 127-28ff./32) andererseits ergibt, dass die in der Beschwerde (S. 6) angeführten Morddrohungen/ Rachephantasien etc. bereits im Oktober 2015 vorlagen (IV-act. 127-28/32: „In einem Streit mit der Frau drohte der Patient, die Familie auszulöschen“; IV-act. 127-30/32: „starke Wut mit Vernichtungsphantasien gegenüber der Familie und der Gesellschaft“ etc.), indessen mit der im Sommer 2017 durchgeführten Scheidung in den familiären Verhältnissen eine Klärung bzw. Stabilisierung erreicht wurde, was auch in der Beschwerde (S. 6) anerkannt wird. Geblieben sind namentlich u.a. Zukunftsängste, existenzielle Ängste etc. sowie sinngemäss die subjektive Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können (IV-act. 142-18/33 Ziff. 4.1.5), mithin Aspekte, welche grundsätzlich nicht eine IV-Rente zu begründen vermögen, zumal wenn nach der Aktenlage erhebliche Inkonsistenzen dokumentiert sind. Abgesehen davon ist auf die ständige Rechtsprechung hinzuweisen, wonach auf Grund der unterschiedlichen Natur von Begutachtungs- und Behandlungsauftrag ein Administrativgutachten nicht schon allein deshalb in Frage ge-

stellt wird, wenn die Gutachter zu einem anderen Ergebnis als die behandelnden Ärzte gelangen. Diesbezüglich ist zu beachten, dass namentlich für therapeutisch tätige Psychiater mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welche die Vorbringen des Patienten als Faktum hinzunehmen haben, die Rechtsprechung zur Beweiswürdigung von Berichten von Hausärzten gilt (vgl. oben, Erw. 1.5.2 und dort enthaltene Hinweise).

4. Im Übrigen hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung für die Invaliditätsbemessung an den ursprünglichen Einkommensvergleich angeknüpft, welcher in der zugrunde liegenden Verfügung vom 8. April 2013 vorgenommen wurde (vgl. IV-act. 154-2/6 oben i.V.m. IV-act. 76-23f./31, Ziff. 8.1 bis Ziff. 8.3). Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer sich dazu nicht geäußert und keine substantiierten Einwände zu diesem Einkommensvergleich erhoben hat, erübrigen sich dazu weitere Bemerkungen.

5. Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt.

6. Das vorliegende Begehren um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistand ist, nachdem die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist in der Person von Rechtsanwalt MLaw B.\_\_\_\_\_ ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. In Beachtung des Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitbedarf) sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'000.-- festgelegt.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt.
3. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtspflege (inkl. Rechtsverbeiständung) gewährt. Die Verfahrenskosten gemäss Dispositivziffer 2 werden auf die Gerichtskasse genommen. Zudem wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt MLaw B. \_\_\_\_\_ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar von Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MwSt) zu entrichten.
4. Der Beschwerdeführer hat die Beträge von Fr. 500.-- (unentgeltliche Prozessführung) und Fr. 2'000.-- (unentgeltliche Rechtsverbeiständung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. 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).
6. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 9. August 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: 12. September 2018