

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 48

## Entscheid vom 12. November 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, 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 (Neuanmeldung; Invalidenrente etc.)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (geb. C.\_\_\_\_\_ 1963) stammt aus Deutschland, ist gelernter Koch und lebt seit 2002 in der Schweiz, wo er zunächst in verschiedenen Betrieben als Koch und ab Januar 2007 als Gebietsverkäufer bei der Firma A.\_\_\_\_\_ tätig war. Nach verschiedenen kürzeren krankheitsbedingten Ausfällen beendete er ab ca. August 2009 die Arbeitstätigkeit. Am 5. September 2009 meldete er sich ein erstes Mal zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Vi-act. 2). Die IV-Stelle Schwyz sprach mit Mitteilung vom 4. November 2009 einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung zu (Vi-act. 20). Im weiteren Verlauf wurde eine MEDAS-Beurteilung veranlasst (Vi-act. 39-1/126 ff.). Nach Vorliegen des Gutachtens lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Juni 2011 das Leistungsbegehren ausgehend von einem ermittelten IV-Grad von 15% ab (Vi-act. 48). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**B.** Ab dem 23. Juni 2011 arbeitete C.\_\_\_\_\_ in einem Teilzeitpensum wieder für die Firma A.\_\_\_\_\_ als Auslieferungsfahrer. Am 5. Juni 2012 meldete er sich erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (Vi-act. 53). Das Arbeitsverhältnis wurde per 25. Juni 2012 aufgelöst (Vi-act. 73-1/20). Am 6. November 2013 beauftragte die IV-Stelle das ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut Basel) mit der Durchführung einer Verlaufsbeurteilung (Vi-act. 80). Nach Vorliegen des Gutachtens teilte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2014 mit, es sei vorgesehen, das Rentenbegehren ausgehend von einem IV-Grad von 30% abzuweisen (Vi-act. 88).

**C.** C.\_\_\_\_\_ liess mit Eingabe vom 25. November 2014 zum Vorbescheid Stellung nehmen (Vi-act. 92). In der Folge holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein. Am 24. August 2015 teilte sie dem Rechtsvertreter von C.\_\_\_\_\_ mit, es werde eine Verlaufsbeurteilung beim ABI in Auftrag gegeben (Vi-act. 99). Demgegenüber ersuchte C.\_\_\_\_\_ um eine Begutachtung via die Plattform SuisseMED@P (Vi-act. 100). Die IV-Stelle hielt mit Verfügung vom 28. Oktober 2015 an einer Verlaufsbeurteilung durch das ABI fest (Vi-act. 105). Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben (Vi-act. 106). Am 11. Januar 2016 widerrief die IV-Stelle die angefochtene Verfügung (Vi-act. 115). Mit Entscheid VGE I 2015 111 vom 12. Januar 2016 hat der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts die Beschwerde als gegenstandslos am Protokoll abgeschrieben (Vi-act. 117).

**D.** In der Folge wurde die medexperts AG (Interdisziplinäre Medizin, St. Gallen) durch die Plattform SuisseMED@P als Gutachterstelle zugewiesen (Vi-act. 122). Nach Vorliegen des Gutachtens vom 18. Januar 2017 (Vi-act. 147) stellte

die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 13. März 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Vi-act. 150). C.\_\_\_\_\_ liess dazu am 25. April 2017 eine Stellungnahme einreichen (Vi-act. 152). Nach Einholen weiterer medizinischer Berichte wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Mai 2018 das Leistungsbegehren ausgehend von einem IV-Grad von 31% ab.

**E.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 22. Mai 2018 beim Verwaltungsgericht fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Mai 2018 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zusteht.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Mai 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Mai 2018 dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zustehen (insbesondere berufliche Massnahmen, speziell eine Umschulung).
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege sowie die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person des Unterzeichneten zu gewähren.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Die IV-Stelle beantragt mit Vernehmlassung vom 11. Juli 2018 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolgen zulasten des Beschwerdeführers.

**G.** Zur Vernehmlassung liess der Beschwerdeführer am 2. August 2018 eine Stellungnahme einreichen, wobei er an seinen Anträgen festhielt. Dazu äusserte sich die Vorinstanz in einer Eingabe vom 3. September 2018.

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

**1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). 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, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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 Beweisforderungen (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 geprüft 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 Neuanmeldung 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 Erw. 3a, 109 V 108 Erw. 2b).

**3.2** Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 5. Juni 2012 eingetreten. Sie hat im Weiteren materiell geprüft, ob die festgestellten Veränderungen genügen, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen. In der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2018 verneint sie gestützt auf das MEDAS-Gutachten der medexperts AG (Vi-act. 147) ausgehend von einem IV-Grad von 31% das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Umstritten ist, ob die Vorinstanz im Rahmen der materiellen Prüfung der Neuanmeldung zu Recht einen Rentenanspruch abgelehnt hat.

**4.1** Die IV-Anmeldung vom 5. September 2009 erfolgte unter dem Hinweis auf verschiedenste, seit Jahren bestehende Beschwerden (Schmerzen im Bereich der LWS nach Bandscheibenoperation 2000, ausstrahlend bis in den rechten Fuss, seit 15 Jahren Schmerzmedikation von Opiaten, Durchschlafstörungen, Nackenschmerzen, Hypertonie, Ödeme in den unteren Extremitäten, Gicht, diverse psychologische Probleme, vgl. Vi-act. 3). Aus den medizinischen Akten ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes vor Erlass der Verfügung vom 14. Juni 2011 was folgt:

**4.2** Dr.med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt zu Händen der Vorinstanz am 26. September 2009 fest (Vi-act. 8-3/3):

Diagnostisch ordne ich das Krankheitsbild einer Anpassungsstörung im Sinne einer narzisstischen Krise bei Unzufriedenheit und Kränkungerleben am Arbeitsplatz (...). Zeichen einer Depression finden sich nicht. (...). Hintergrund des Krankheitsbildes sind psychosoziale Schwierigkeiten. Ausserdem besteht ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, wobei der Patient derzeit jedoch abstinent ist (...).

Aus psychiatrischer Sicht erachtete Dr.med. F. \_\_\_\_\_ den Versicherten als voll arbeitsfähig.

**4.3** Dr.med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 2. Oktober 2009 Lumbalgien L4/S1 sowie ein Facettensyndrom L5/S1 und ISG rechts, bei Status nach Cage-Einlage im Segment L4/L5 bei medialem Bandscheibenprolaps. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert. In einem angepassten Beruf (ohne häufiges Heben von schweren Lasten) sei der Versicherte zu 100% einsatzfähig (Vi-act. 11).

**4.4** Der Hausarzt des Versicherten, Dr.med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, stellte zu Händen der Vorinstanz mit Bericht vom 13. Oktober 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 16-1/13):

Chronisches rez. Lumbovertebralsyndrom

- MRI der LWS vom 04.02.2008 ohne Nachweis einer Diskushernie
- St. N. epiduraler Schmerztherapie 08/2009

Depressive Entwicklung mit sekundärem Alkoholabhängigkeitssyndrom, aktuell abstinent

Arterielle Hypertonie

- St. n. komplizierter Sigma Resektion 06/2008
- postoperative Anastomoseninsuffizienz

Für die Arbeit als A. \_\_\_\_\_-Aussendienstmitarbeiter erachtete Dr.med. H. \_\_\_\_\_ den Versicherten als zu 100% arbeitsunfähig, da er ständig aus dem Lastwagen ein- und aussteigen müsse oder kleinere und grössere Gewichte zu tragen habe. Wiederholte Arbeitsversuche hätten nach kurzer Zeit wieder zu starken Rückenschmerzen geführt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen volle Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 16-1/13 ff.).

**4.5** Am 11. Februar 2010 wurde der Versicherte an der Wirbelsäule operiert (Revisionsfensterung L4/5 rechts mit Dekompression und Neurolyse der Nervenwurzel L5 rechts und Entfernung des Diskushernie; Uniklinik Balgrist, Vi-act. 26-2/5 ff.). Im Rahmen der postoperativen Kontrolle vom 27. April 2010 wurde festgehalten, dass durch die Operation keine Schmerzreduktion eingetreten sei. Es sei eine multimodale Schmerztherapie erforderlich (Vi-act. 27).

**4.6** Vom 3. bis zum 30. Juli 2010 war der Versicherte in der Zürcher Höhenklinik Davos zur stationären Rehabilitation. Ziel war die Verbesserung der Schmerz-

und Schlafsituation, das Erlernen und aktives Anwenden von Schmerzcoping- und Depressionsstrategien, eine Verbesserung der LWS-Stabilisation sowie eine allgemeine körperliche Rekonditionierung. Im Austrittsbericht vom 10. August 2010 werden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 32-5/11):

1. Chron. rez. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - St.n. Dekompression L4/5 li. mit Cage-Interposition (...)
  - St.n. Revisionsfenestration L4/5 (...)
  - St.n. mehrmaligen epiduralen Infiltrationen in der Uniklinik Balgrist sowie in Einsiedeln.
2. Rez. dep. Störung
  - HADS A/D bei Eintritt 15/12 von 21 Pkt.
3. Gicht
4. Arterielle Hypertonie
5. Adipositas (BMI 30.5 kg/m<sup>2</sup>)

In der Beurteilung wird ausgeführt, dass der Versicherte in gutem Allgemeinzustand bei verbesserter psychophysischer Belastbarkeit entlassen worden sei. Insgesamt sei es zu einer leichten Schmerzverbesserung gekommen. Eine berufliche Abklärung sei jedoch essentiell für den weiteren Krankheitsverlauf. Ab dem 15. August 2010 bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten (Vi-act. 32-7/11 f.).

**4.7** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ berichtete am 17. August 2010 über einen stationären Verlauf. Aufgrund der lang anhaltenden Beschwerden mit physischer und psychischer Beeinträchtigung dürfte auch eine Teilarbeitsfähigkeit schwierig zu erreichen sein (Vi-act. 32-1/11 f.).

**4.8** In der Folge veranlasste die Vorinstanz eine MEDAS-Begutachtung beim ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut Basel, Vi-act. 37). Im Rahmen der Begutachtung wurde der Versicherte am 23. November 2010 orthopädisch (Dr.med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie), internistisch (Dr.med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) und psychiatrisch (Dr.med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht.

Im Gutachten vom 17. Januar 2011 (Vi-act. 39) wurde aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Störung durch Substanzkonsum wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Eine depressive Störung konnte nicht diagnostiziert werden. Die Schmerzsymptomatik mit lumbalen Rückenbeschwerden müsse aus somatischer Sicht beurteilt werden. Eine Symptomausweitung sei nicht deutlich ausgeprägt (Vi-act. 39-17/126). Aus therapeutischer Sicht wurde ein schrittweises Absetzen der Benzodiazepinmedikation empfohlen; ein mögliches Abhängigkeitssyndrom sei nicht ausgeschlossen (Vi-act. 39-18/126).

In der orthopädischen Beurteilung wurde festgehalten, dass sich die vom Explo-  
randen beklagten Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule durch die klini-  
schen und radiologischen Befunde nicht begründen liessen. Nach zweimaligem  
Eingriff samt Stabilisierung LWK4/5 müsse von einer Bewegungseinschränkung  
sowie verminderter Belastbarkeit der LWS ausgegangen werden. Die deutlichen  
Inkonsistenzen, das nur geringe Ansprechen auf die anamnestisch weiterhin in-  
tensiv durchgeführten Therapiemassnahmen sowie die mittlerweile langdauernde  
Arbeitskarenz könnten jedoch als klarer Hinweis für eine erhebliche nicht-  
organische Beschwerdekomponekte angesehen werden (Vi-act. 39-24/126). Für  
eine überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende Tätigkeit sowie für eine  
körperlich mittelschwere oder schwere Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit  
mehr. Eine körperlich leichte Tätigkeit unter Wechselbelastung könne jedoch un-  
eingeschränkt ausgeübt werden (Vi-act. 39-25/126). In der Gesamtbeurteilung  
gelangten die Gutachter dementsprechend zum Schluss, dass dem Versicherten  
die angestammte Tätigkeit als Koch nicht mehr zumutbar sei, für eine körperlich  
adaptierte Tätigkeit jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Berufliche Mass-  
nahmen seien zwar angezeigt, der Versicherte sie dafür aber nicht motiviert (Vi-  
act. 39-30/126).

**5.1** Die zweite Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen erfolgte am 5. Juni  
2012. Im Rahmen dieser neuen Anmeldung wies der Beschwerdeführer auf ein  
neu diagnostiziertes Schlaf-Apnoe Syndrom hin (Vi-act. 60).

**5.2** Gemäss Bericht von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Pneumologie) vom  
4. April 2012 leidet der Versicherte an einem schweren zentralen Schlafapnoe-  
syndrom, wobei im Rahmen der Behandlung Schwierigkeiten auftraten (allergi-  
sche Reaktion auf Schlafmaske). Bis zum Funktionieren der Heimventilation sei  
der Versicherte 100% arbeitsunfähig. Auch mittelfristig könne der Versicherte  
nicht mehr als Lastwagenchauffeur eingesetzt werden. Es wird eine Umschulung  
im EDV-Bereich vorgeschlagen. Aufgrund der Polymorbidität bei wahrscheinlich  
immer wieder auftretenden Hautproblemen mit der Heimventilations-Maske sowie  
fortbestehenden lumbalen Schmerzen mit notwendiger Medikation (Analgetika,  
Muskelrelaxantien, Antidepressiva) sei seines Erachtens eine 50%-ige Teilrente  
angebracht. Mit einer Umschulung könne der Versicherte hoffentlich wieder ein-  
gegliedert werden (Vi-act. 63-31/36 f.).

**5.3** Vom 13. Juli 2012 bis zum 16. August 2012 war der Versicherte erneut in  
der Zürcher Höhenklinik Davos zur psychosomatischen Rehabilitation und zur op-  
timalen Einstellung der Heimventilation hospitalisiert. Im Austrittsbericht von  
Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin) und prakt.med.

B.\_\_\_\_\_ (Assistenzärztin) vom 24. August 2012 werden folgende Diagnosen gestellt (Vi-act. 61-2/6):

1. Psychophysisches Erschöpfungssyndrom (Z 73.0)
2. Rezidivierende depressive Störung (F33.1)  
- derzeit mittelgradig
3. Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.1) (...)
4. Schweres zentrales Schlafapnoesyndrom (SAS) im Rahmen einer Opiattherapie (...)
5. Metabolisches Syndrom mit:
  - Stammadipositas
  - Arterielle Hypertonie
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Gicht
6. Allergien:
  - vom Spättyp auf Pflaster
  - Kortison

In der Beurteilung wird ausgeführt:

Die Diagnose Schlafapnoe führte anamnestisch zu einer Zunahme seiner Depression, wahrscheinlich auch aufgrund des schlechten Schlafes. Es entstand eine erhebliche Antriebsstörung. Es ergaben sich deutliche Hinweise für nicht ausreichende Selbstsorge mit Mühe, eigene Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen, beziehungsweise einzuhalten, aber auch, sich ausreichend zu Aktivitäten zu motivieren. Hieraus entstand gleichermassen ein übermässiger Rückzug und Inaktivität, welche wiederum Einfluss auf die Schmerzsituation hatte. (...).

**5.4** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 11. Januar 2013 zu Händen der Vorinstanz aus, der Zustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Im Oktober 2011 sei die Diagnose einer diabetischen Stoffwechsellage gestellt worden. Anfangs 2012 sei die Diagnose eines Schlafapnoe-Syndroms gestellt worden, in der Folge sei der Verlauf kompliziert gewesen, da der Versicherte unter der Maske ein starkes Ekzem entwickelt habe. Ende Dezember 2012 seien abdominale Beschwerden aufgetreten bei Verdacht auf eine rezidive Divertikulitis. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter zurzeit nicht arbeitsfähig. Er könne keine Gewichte tragen und aufgrund der Opiattherapie sowie der Müdigkeit könne er keinen Wagen lenken. Die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei unrealistisch (Vi-act. 63-2/36 f.).

**5.5** Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) stellte in seinem Bericht vom 24. April 2013 zu Händen der Vorinstanz die Diagnosen einer akzentuierten Persönlichkeit mit zwanghaften-, narzisstischen-, vermeidungs- und emotional-instabilen Zügen (ICD10 F43.21) sowie einer Anpassungsstörung (ICD10 F43.21). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beein-

trächtigung der Arbeitsfähigkeit weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit. Die Prognose sei bei vorhandener passiver Copingstrategie, bzw. besagter akzentuierter Persönlichkeit eher schlecht (Vi-act. 65).

**5.6** Vom 10. Juni bis zum 7. Juli 2013 hielt sich der Versicherte erneut zur psychosomatischen Rehabilitation in der Zürcher Höhenklinik Davos auf (Therapieziele: Aktivierung von Ressourcen, Steigerung des Aktivitätsniveaus, Reduktion des Gewichtes), wobei versucht wurde, die Medikation mit Opiaten zu reduzieren. Dies gelang nur teilweise. Ambulant seien Physiotherapie und psychologische Betreuung weiter zu führen, das Oxycontin sei weiter zu reduzieren (vgl. Austrittsbericht von prakt.med E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Innere Medizin, und prakt.med. AC. \_\_\_\_\_, Assistenzärztin, vom 22.8.2013, Vi-act. 76).

**5.7** Vom 30. Juli bis zum 7. August 2013 wurde der Versicherte wegen einer bakteriellen Infektion auf dem Fussrücken im Spital Lachen stationär behandelt (Antibiotikatherapie, Vi-act. 74).

**5.8** Dr.med. N. \_\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle auf Anfrage hin am 26. August 2013 mit, dass die Therapie des Versicherten wegen Malcompliance im Februar 2012 abgebrochen worden sei. Alle vereinbarten Termine seien vom Versicherten entweder kurzfristig abgesagt oder gar nicht wahrgenommen worden (Vi-act. 75). Der in der Höhenklinik Davos noch vereinbarte Termin bei Dr.med. N. \_\_\_\_\_ wurde offenbar auch nicht wahrgenommen.

**5.9** Der Psychologe lic.phil. O. \_\_\_\_\_ (Sozialpsychiatrischer Dienst Lachen) hielt mit Bericht vom 12. November 2013 (= Eingangsdatum) fest, der Versicherte sei vom 26. August bis zum 17. September 2013 bei ihm in Behandlung gewesen. Es wurde eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, attestiert. Das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit wurde verneint (Vi-act. 81).

**5.10** Am 19. März und am 9. April 2014 wurde der Versicherte durch Fachärzte des ABI erneut interdisziplinär untersucht. Die Gutachter (Dr.med. AD. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr.med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr.med I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Dr.med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie) gelangten in ihrem Gutachten vom 25. August 2014 zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 84-31/36):

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit möglicher rein sensibler Ausfallssymptomatik L5 und S1 rechts (...)
  - St.n. erweiterter interlaminärer mikrochirurgischer Fensterung LKW4/5 links mit Entfernung des Bandscheibenprolapses (...) am 27.7.2001 (...)

- St.n. Revisionsfensterung LWK4/5 mit Dekompression und Neurolyse der Wurzel L5 rechts und Entfernung der Diskushernie LK4/5 rechts am 11.2.2010 (...)
  - weitgehend freie Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule
2. Schweres zentrales Schlaf Apnoe Syndrom, Diagnose 3/2012 (...)
- (...)
  - 6/2014: AutoSet Analyse 12/2013-6/2014 unter EPAP 4 +max Ps 10 gute Therapie-Compliance

#### **Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Alkoholabhängigkeit, gegenwärt abstinert (...)
2. Metabolisches Syndrom
  - Adipositas, BMI 31kg/m<sup>2</sup> (...)
  - Diabestes mellitus Typ II (...)
  - Status nach arterieller Hypertonie, aktuell normoton ohne Medikation
  - anamnestisch Status nach Gichtarthropathie
3. Allergie vom Spättyp auf Pflaster, orale Cortisonunverträglichkeit, Kontaktallergie auf div. CPAP Masken
4. Nikotinabusus 16. bis 35. Lebensjahr (...)

Im psychiatrischen Teilgutachtens wird in der Beurteilung ausgeführt (Vi-act. 84-20/36 f.):

(...). Ausser der Alkoholabhängigkeit kann keine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert werden. Der Explorand leidet unter leichten Schlafstörungen, die durch die Maskenatmung bedingt sind. Tagsüber kümmert er sich um den Haushalt, den er weitgehend selbständig erledigt. Praktisch täglich besucht er seine zahlreichen Therapien. Während Stunden beschäftigt er sich täglich am Computer. Die Beziehung zu seiner beinahe 20 Jahre jüngeren Freundin ist gut. Er könnte sich sogar vorstellen, mit ihr Kinder zu haben. Er hat auch Kontakte mit zwei Kollegen, trifft sich regelmässig mit seinen in der Schweiz lebenden Töchtern. Bei der psychiatrischen Untersuchung konnten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden. (...).

Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich durch die psychiatrischen Befunde nicht begründen.

Im orthopädischen Teilgutachten wird zusammenfassend festgehalten, dass sich die vom Exploranden beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Nach zweimaligem lumbalem Wirbelsäuleneingriff seien eine Bewegungseinschränkung sowie verminderte Belastbarkeit durchaus nachvollziehbar, doch würden gewisse Inkonsistenzen weiterhin auf eine klare nicht-organische Beschwerdekomponekte hinweisen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, eine überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende Tätigkeit (wie Koch) aber auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

In der Beurteilung des pneumologischen Teilgutachtens wird ausgeführt, trotz Behandlung liege noch eine Tagesmüdigkeit vor, die multifaktoriell bedingt sein dürfte, bei suboptimal behandeltem zentralem Schlafapnoe-Syndrom, Einnahme von Opiaten, Antidepressiva und Anxiolytika (Vi-act. 84-30/36). Als Lastwagenchauffeur und auch bei allen anderen potentiell selbst- und fremdgefährdenden Arbeiten bestehe volle Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Müdigkeit und Konzentrationsstörungen bestehe auch für körperlich leichte Arbeiten eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 84-30/36).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass eine Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit sowie in überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtenden Tätigkeiten festgestellt werden könne. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und einem leicht reduzierten Rendement (Vi-act. 84-33/36).

**5.11** Wegen "möglicherweise ... durch Schlafentzug provozierte komplexpartielle oder generalisierte epileptische Anfälle am 10.6.2014" wurde der Versicherte am 12. August 2014 durch Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie, Spital AE.\_\_\_\_\_) untersucht. In der Beurteilung hält Dr.med. R.\_\_\_\_\_ fest, das durchgeführte EEG zeige keine erhöhte Anfallsbereitschaft, das MRT keine eine Epilepsie erklärende Hirnschädigung. Ein Antikonvulsivum wurde nicht verschrieben. Die Tauglichkeit zum Führen eines Motofahrzeuges wurde bejaht (Vi-act. 95-4/14 f.). Weitere konkrete Angaben darüber, wie und wo die epileptischen Anfälle sich abgespielt haben, ergeben sich nicht aus den Akten.

**5.12** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ hielt auf Anfrage des Rechtsvertreters des Versicherten mit Schreiben vom 13. November 2014 (Vi-act. 89-4/4) fest, er sei mit der Beurteilung durch das ABI nicht einverstanden. Eine psychiatrische Diagnose fehle. Beim Versicherten bestehe aufgrund der physischen Erkrankung mit chronischen Rückenschmerzen und Schwäche aufgrund des Schlaf-Apnoe-Syndroms eine depressive Entwicklung, welche medikamentös angegangen werde. Allenfalls könne der Versicherte unter günstigen Voraussetzungen eine leichte Arbeit im Rahmen einer Anstellung von 25% erzielen.

**5.13** Ebenfalls auf Anfrage des Rechtsvertreters des Versicherten hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 17. November 2014 fest, dass das zentrale Schlaf-Apnoe-Syndrom, verursacht als Nebenwirkung der höher dosierten Analgetika mit zentralnervösem Effekt zur Schmerzdämpfung, im Vordergrund stehe.

Während der Heimventilation seien viele Probleme zu überwinden gewesen. Die Heimventilation funktioniere ordentlich, dennoch bleibe der Versicherte im Gesamtkontext mindestens zu 50% arbeitsunfähig (Vi-act. 89-3/4).

In Bezug auf den Verlauf der Heimventilation beschrieb Dr.med. L. \_\_\_\_\_ gegenüber dem Hausarzt mit Schreiben vom 23. Januar 2015 (Vi-act. 95-11/14) einen positiven Verlauf. Die Nachtatmung habe ohne Gesichtsdermatitis optimal eingestellt werden können.

**5.14** Vom 25. Februar bis zum 2. März 2015 war der Versicherte infolge eines Sturzes von einem Stuhl in der Klinik für Unfallchirurgie (Universitätsspital Zürich) hospitalisiert, wo eine im Rahmen des Unfallereignisses (23.2.2015) erlittene inkomplette Berstungsfraktur L3 und eine Deckplattenimpressionsfraktur L4 operativ behandelt wurden (Vi-act. 95-12/14). Im Rahmen einer Verlaufsuntersuchung vom 8. April 2015 wurde ein erfreulicher Heilungsverlauf mit deutlicher Schmerzlinderung und guter Beweglichkeit der Wirbelsäule ("globale Beweglichkeit nicht eingeschränkt") festgestellt (Vi-act. 95-6/14 f.).

**5.15** Mit Verlaufsbericht vom 13. Mai 2015 schilderte Dr.med. H. \_\_\_\_\_ gegenüber der Vorinstanz eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Er wies insbesondere darauf hin, dass der Versicherte im Juni 2014 wegen epileptischer Anfälle habe hospitalisiert werden müssen. Zudem habe er infolge eines Sturzes am 23. Februar 2015 Wirbelkörperfrakturen L3/L4 erlitten. Der im ABI-Gutachten vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne klarerweise nicht gefolgt werden (Vi-act. 95-2/14).

**5.16** Dr.med. L. \_\_\_\_\_ hielt mit Verlaufsbericht vom 6. Juli 2015 zu Handen der IV-Stelle fest, im Vordergrund stehe das psychophysische Erschöpfungssyndrom mit rezidivierenden depressiven Störungen und chronischen Rückenschmerzen. Immerhin hätten die Opioid-Dosen reduziert werden können. Weiterhin bestünden im Rahmen der Depression und chronischen Schmerzen Durchschlafstörungen, weshalb die Heimventilation immer wieder unterbrochen worden sei. Bei einer weiteren Reduktion der Opioid-Analgetika sei eine Heimventilation allenfalls nicht mehr notwendig, weshalb eine Reevaluation der Heimventilation geplant sei (Vi-act. 96).

**5.17** Nach einem Herzkreislaufstillstand bei Kammerflimmern am 29. März 2016 war der Versicherte bis zum 8. April 2016 im Spital Lachen hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 8. April 2016 wurden nebst den bestehenden (metabolisches Syndrom, chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit somatischen und psychi-

schen Faktoren, zentrales Schlafapnoesyndrom, chronische Kopfschmerzen, rezidivierende depressive Störung) neu folgende Diagnosen gestellt (Vi-act. 132):

1. Herzkreislaufstillstand bei Kammerflimmern am 29.3.2016 auf der Notfallstation
  - erfolgreiche Reanimation mit einer Schockabgabe
  - im weiteren Verlauf Torsaden am Monitor beobachtet
  - bekanntes long-QT-Syndrom
  - TTE am 30.03.2016. Normal dimensionierter LV mit normaler systolischer Funktion, EF 60%, ohne regionale Unterschiede.
  - Koronarangiographie vom 31.01.2016: Blande Koronarien
  - ICD-Implantation am 31.03.2016
  - Negativer Ajmalin Provokationstest, Ausschluss Brugada Syndrom am 01.04.2016
  - cvRF: St.n. Nikotinkonsum, Adipositas
2. Rez. Epileptische Anfälle am 29.3.16
  - im Verlauf Status epilepticus
  - nach Gabe von Pethidin, Metoclopramid und Dimenhydrant auf der Notfallstation
  - EEG 31.01.2016: Leichte Allgemeinveränderung. Kein sicherer Herdbefund. Keine epilepsie-verdächtigen Potenziale. DD posthypoxischer oder postepileptischer Genese
  - St. n. unklaren absenzenartigen Zuständen (Möglicherweise mehrere durch Schlafentzug provozierte komplex-partielle oder generalisierte epileptische Anfälle am 10.06.2014)
  - EEG 08/2014: Leichte Allgemeinveränderung. Keine Zeichen einer erhöhten Anfallsbereitschaft
  - EEG 07/2014: Normaler Alphagrundrhythmus. Keine Zeichen einer erhöhten Anfallsbereitschaft.
  - MRI 04/2015: Altersentsprechend intrakranieller Befund
  - Schwere Hypophosphatämie bei Eintritt (DD: resp. Alkalose)
3. Unklare Unterbauchschmerzen seit dem 28.3.16
  - mit Laktatämie von 7 mmol/l bei Eintritt
  - St.n. rez. abdominalem Schmerzen seit 2008 unklarer Ätiologie
  - Aktuell Ausschluss einer akuten Porphyrie. DD Mitochondriopathie
  - St. n. Unterbauchschmerzepisode vor einer Woche, selbstständige Behandlung mit Ciprofloxacin und Metronidazol
  - St. n. komplizierter Sigmadivertikulitis und St.n. lap. Rektosigmaoidresektion 2008
  - St. n. Hospitalisation 06/2014 bei krampfartigen Unterbauchschmerzen unklarer Ätiologie
  - Ileokoloskopie 03/15 Reizlose Anastomose bei 15 cm ab ano bei Status nach Sigmaresektion. Einzelne reizlose Kolondivertikel
4. Hypokaliämie
5. Metabolisches Syndrom (...)
6. Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren
  - St. n frischer deckplatten- Impressionsfraktur LWK 3 (...) LKW4; (...)
  - St. n. Dekompression und Neurolyse Diskushernie (...)
  - mittelschwerer Vitamin D-Mangel
7. Schweres zentrales Schlafapnoesyndrom (...)
8. Chronische Kopfschmerzen
  - DD: Analgetika-induzierte Kopfschmerzen
9. Rezidivierende depressive Störung

**5.18** Nach Austritt aus dem Spital Lachen hielt sich der Versicherte vom 8. April bis zum 5. Mai 2016 zur Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Seewis auf. Im Austrittsbericht vom 18. Mai 2016 wird in der Beurteilung ausgeführt (Vi-act. 135-10/11):

(...). Als Ursache für das Kammerflimmern wurde ein Long-QT-Syndrom favorisiert. (...).

Echokardiographisch zeigte sich eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion. (...). Bei sehr starkem Verdacht auf Long-QT-Syndrom erfolgte eine regelmässige Ruhe-EKG-Kontrolle. Hierbei zeigten sich die QTc-Zeiten stabil. (...).

Des Weiteren Besteht beim Herrn ... der Verdacht auf Porphyrie. (...). Eine abschliessende Diagnostik zur Verifizierung der Verdachtsdiagnose bei einem Spezialisten ist indiziert. (...). Der Herr ... berichtete aber, dass er seit längerer Zeit bei keinem Schmerzmediziner war. Dies ist aber aus unserer Sicht dringendst indiziert. (...).

Bei starken Magenschmerzen stellten wir die PPI-Medikation von Pantozol auf das potentere Esomeprazol um. Darunter kam es zur völligen Regredienz der Beschwerden. (...).

(...). Die Dauerleistung des Patienten konnte erfreulicherweise rasch von 45 Watt auf >80 Watt gesteigert werden, (...).

Insgesamt zeigte sich ein erfreulicher Rehabilitationsverlauf.

**5.19** Am 20. Juli 2016 fand im Spital Lachen eine kardiologische Verlaufskontrolle statt (Dr.med. S.\_\_\_\_\_). In der Zwischenanamnese wird ausgeführt, es bestehe ein kardiologisch stabiler Verlauf, ohne Angina pectoris-Beschwerden oder Dyspnoe. Es bestehe eine körperliche Leistungsfähigkeit mit nur etwas Halspulsieren bei höherer Belastungsstufe oder Berglaufen. Im Vordergrund würden Rückenschmerzen, Schlafapnoe und eine Gewichtszunahme stehen. In der zusammenfassenden Beurteilung wird über einen kardiologisch und rhythmologisch stabilen Verlauf ohne tachykarde Herzrhythmusstörungen berichtet (Vi-act. 160-33/49 ff.).

**5.20** Mit Schreiben vom 2. September 2016 teilte Dr.med. H.\_\_\_\_\_ der Vorinstanz auf Anfrage hin mit, dass beim Versicherten eine Prophyrie ausgeschlossen werden könne (Vi-act. 140).

**5.21** Vom 2. bis zum 5. Oktober 2016 war der Versicherte wegen einer Gastroenteritis (DD Reisediarrhoe) im Spital Lachen hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. Oktober 2016 wird ein komplikationsloser Verlauf beschrieben. Im Rahmen eines Abdomen-CT habe kein akutes chirurgisches Krankheitsbild identifiziert werden können (Vi-act. 160-5/49).

**5.22** Am 18. November 2016 fand im Spital Lachen eine kardiologische Verlaufskontrolle statt (Dr.med. S.\_\_\_\_\_). Im Bericht vom 21. November 2016 (Vi-act. 160-28/49 f.) wird in der Zwischenanamnese festgehalten, es würden vor

allem starke Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine beklagt, weshalb eine intensive analgetische Therapie benötigt werde. Auf spezifische Nachfrage habe der Patient über eine konstante körperliche Leistungsfähigkeit berichtet. Treppensteigen sei bis 2 oder 3 Etagen gut möglich. In der Beurteilung wird ausgeführt:

Kardiologisch und rhythmologisch stabiler Verlauf nach Defibrillator-Implantation. Im Speicher zeigen sich erfreulicherweise keine weiteren tachykarden Herzrhythmusstörungen, anamnestisch passend dazu, keine Palpitationen oder Synkopen. (...).

**5.23** Nach einer Verlaufskontrolle berichtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ dem Hausarzt am 13. Dezember 2016 was folgt (Vi-act. 160-9/49):

Mit der Reduktion der Opiatanalgetika nun Verlauf der respiratorischen Polygraphie ohne Heimventilation durchgeführt, die eine starke Verbesserung mit massiver Abnahme der zentralen Apnoen zeigt. (...). Herr ... schätzt aber immer wieder die CPAP-Behandlung und fühlt sich bei guter Funktion und Toleranz dann auch besser ausgeschlafen. (...). In letzter Zeit auch keine Gesichtsdermatitis, welche initial zu Problemen führte (...).

Auch die Pulsoxymetrie zeigt ohne CPAP-Behandlung eine massive Verbesserung unter den aktuellen Analgetika (...).

**5.24** Am 14. Dezember 2016 wurde der Versicherte auf Zuweisung von Dr.med. R. \_\_\_\_\_ zur Abklärung der Frage, ob eine mitochondriale Zytopathie vorliege, in der Klinik für Neurologie (USZ) untersucht. In der Beurteilung wird ausgeführt (Vi-act. 160-16/49):

(...). Es bestanden belastungsabhängige Schmerzen in beiden Beinen, eine Belastungsintoleranz, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II, ein schweres zentrales Schlafapnoesyndrom, eine Polyneuropathie, chronische lumbovertebrale Schmerzen sowie häufig auftretende krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch. (...). In den vorliegenden Ergebnissen gab es keinen Hinweis auf eine Stoffwechselstörung.

Wir besprachen mit dem Patienten, dass die vorliegenden Ergebnisse keine sicheren Hinweise auf das Vorliegen einer Muskelerkrankung erbracht hatten. Die beklagten belastungsabhängigen Muskelschmerzen, die Verlangsamung der Gehgeschwindigkeit und die Kurzatmigkeit könnten Folge einer Dekonditionierung im Rahmen des metabolischen Syndroms sein.

Es wurden weitere Untersuchungen nach Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie vereinbart.

**5.25** Wegen intermittierenden Unterbauchschmerzen wurde am 3. Januar 2017 eine Ileo-Koloskopie im Spital Lachen durchgeführt (Dr.med. T. \_\_\_\_\_), wobei kein relevanter Befund erhoben werden konnte (Vi-act. 160-7/49).

**5.26** Am 7. Dezember 2016 wurde der Versicherte durch Fachärzte der medexperts AG polydisziplinär (unter Einbezug der Fachrichtungen

Orthopädische Chirurgie [Dr.med. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie], Psychiatrie [Med.prakt. AF.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie], Innere Medizin [Dr.med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin] und Pneumologie [Dr.med. W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie]) untersucht. Im Gutachten vom 18. Januar 2017 gelangen die Gutachter zusammenfassend zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 147-78/88):

**Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:**

- Leichte Herzinsuffizienz, wahrscheinlich NYHA II bei
- St. n. Herzstillstand bei Kammerflimmern, 29.3.2016
- Bekanntes Long-QT-Syndrom, unauffällige Coronarographie 31.3.2016
- ICD-Implantation 31.03.2016
- St.n. rez. epileptischen Anfällen 29.03.2016
- Schwere zentrale Schlafapnoe, ED 03/2012; damaliger AHI 81/h, ODI 100/h
  - Risikofaktoren resp. kausale Faktoren: Opioid-Analgetika seit Jahren; Adipositas
  - Zumindest subjektiv erfolgreiche CPAP-Therapie
  - Persistierende Hypersomnie und Müdigkeit
- Lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit sensibler Ausfallsymptomatik L5 und S1 rechts bei Status nach Spondylodese LWK4/5 2001; Diskushernienoperation L4/5 2010; nach Sturz 23.02.2015 mit Frakturen LWK 3 und 4 Kyphoplastie LWK 3 und 4

**Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit:**

- Hypertonie, ED 2010?, unbehandelt
- Adipositas, Klasse I mit BMI 33,4 kg/m<sup>2</sup> bei 124.5 kg und 193 cm
- Anamnestisch Gicht
- St. n. Äthylabusus, abstinent seit 2008
- Persistierende Abdominalschmerzen, linke Leiste nach laparoskopischer Sigmaresektion 2008
- Diabetes Mellitus Typ II B anamnestisch
- Verdacht auf Penicillin-Allergie, Heftpflaster-Allergie
- Anamnestisch Vitamin D-Mangel
- St. n. Borreliose mit Antibiotikatherapie parenteral 2001 bei unbekanntem Stadium
- Leichter Vitamin-D und Folsäuremangel
- Leichter Leberzellschaden
  - bei multiplen Medikamenten und Adipositas (Laborwerte 21.11.2016)
- Schädlicher Gebrauch von Cannabis
- Schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen
- Anamnestisch Status nach Alkoholabhängigkeit, gegenwertig abstinent
- Anamnestisch Status nach Anpassungsstörung, remittiert
- Anamnestisch Asthma bronchiale; klinisch irrelevant

In der polydisziplinären Beurteilung führen die Gutachter aus (Vi-act. 147-82/88):

(...).

Beim Versicherten besteht ein lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit sensibler Ausfallssymptomatik L5/ und S1 rechts bei Status nach Spondylodese LSK 4/5 2001; nach Diskushernienoperation L4/5 2010, nach Sturz 2015 mit Frakturen LK 3 und 4 Kyphoplastie LWK 3 und 4 2015.

Aus orthopädischer Sicht ist der Versicherte für körperlich schwere Tätigkeiten nicht geeignet. Die vorwiegend stehende Tätigkeit als Koch bzw. auch hebende und fahrende Tätigkeit als Lieferant ist nur eingeschränkt zumutbar. Diesbezüglich besteht eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Adaptierte Tätigkeiten vorwiegend sitzend, wechselbelastend ohne die Notwendigkeit des Hebens schwerer Gegenstände ist aus orthopädischer Sicht zu 70% möglich. Es besteht die Notwendigkeit vermehrter Pausen.

Im psychiatrischen Teilgutachten heisst es zum Gesundheitsschaden, ein Teil der immer wieder aufgeführten Beschwerden wie Müdigkeit, vermindertem Antrieb, eingeschränkte Belastbarkeit und zum Teil auch Gereiztheit kann im Rahmen der somatischen Erkrankungen wie Schlafapnoe-Syndrom, Diabetes mellitus, der Suchtprobleme sowie der medikamentösen Therapie gesehen werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehen zurzeit keine Befunde, die für die Diagnose einer depressiven Erkrankung sprechen würden. Entgegen den Angaben des Versicherten wird Cannabis im Urin gefunden. Dabei gehe ich zurzeit von einem schädlichen Gebrauch aus. Auch bezüglich des Benzodiazepinkonsums gehe ich von einem schädlichen Gebrauch aus. Ein vermehrter Alkoholkonsum wird vom Versicherten verneint. Da keine Blutentnahme möglich war, konnten seine Angaben nicht mittels CDT verifiziert werden. Klinisch gehe ich zurzeit nicht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit wesentlich durch die Suchtleiden eingeschränkt ist. (...). Aus rein psychiatrischer Sicht sehe ich den Versicherten weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. (...).

Aus internistischer Sicht wird im Gutachten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lieferwagenfahrer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Herzstillstand vom 29. März 2016 attestiert. Für eine adaptierte leichte Tätigkeit bestehe demgegenüber keine Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 147-83/88).

Aus pneumologischer Sicht wird darauf hingewiesen, dass die Schlafapnoe nach Reduktion der Opioid-Analgetika und bei fortgeführter CPAP-Therapie adäquat behandelt sei. Falls auch in Zukunft eine gute Compliance von > 4 Stunden CPAP/Nacht bescheinigt werden könne, wäre die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gebietsverkäufer theoretisch nicht aufgehoben. Da der Versicherte aber trotz Therapie immer noch müde und schläfrig sei (gemäss Fragebogenauswertung) und da er immer noch (in unterschiedlichen Dosen) Opioid-Analgetika und wohl auch Benzodiazepine einnehme, sei er aus schlafmedizinischer Optik für die Tätigkeit als Gebietsverkäufer und Lastwagenchauffeur nicht mehr arbeitsfähig. Eine adaptierte Tätigkeit könne seit Aufnahme der CPAP-Therapie und noch viel mehr seit der spontanen und dokumentierten Besserung der Schlafapnoe (12/2016) in vollem Umfang ausgeübt werden (Vi-act. 147-83/88 f.). Im pneumologischen Teilgutachten wird ergänzend ausgeführt, ursächlich für

das zentrale Schlafapnoe-Syndrom seien Analgetika auf Opioid-Basis. Es sei eine altbekannte Tatsache, dass Opioid-Analgetika oft eine zentrale Schlafapnoe induzieren könnten. Grundsätzlich stelle die zentrale Schlafapnoe ein total anderes Krankheitsbild dar als die obstruktive Schlafapnoe. Die effizienteste Therapie der zentralen Schlafapnoe wäre die Beseitigung deren Ursache. Eine Reduktion der Opioid-Analgetika sei zwischenzeitlich erfolgreich realisiert worden. Gemäss aktueller Polygraphie liege nur noch eine leichte, vorwiegend obstruktive Schlafapnoe vor, welche adäquat behandelt sei (Vi-act. 147-75/88).

In der gemeinsamen polydisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelangen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit (leichte wechselbelastende vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu selbstgewählten Positionswechsel und selbstgewählten Pausen; intermittierend könnten die Tätigkeiten auch schwerer, geistig jedoch eher anspruchslos sein) zu 70% arbeitsfähig sei. Es bestehe die Notwendigkeit vermehrter Pausen (Vi-act. 147-85/88).

Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfehlen die Gutachter insbesondere die vollständige Eliminierung aller Opioid-Analgetika und der Benzodiazepine; zudem sei eine Gewichtsreduktion anzustreben (Vi-act. 147-85/88).

**5.27** Am 16. Februar 2017 wurde der Versicherte ein weiteres Mal in der Klinik für Neurologie (USZ) untersucht. Die durchgeführten Tests ergaben formal normale Werte, zur weiteren Abklärung wurde jedoch die Durchführung einer Muskelbiopsie vereinbart (Vi-act. 152-13/14).

Nach Durchführung der Muskelbiopsie wird im Bericht der Klinik für Neurologie, USZ, vom 27. April 2017 festgehalten, dass sich in der Histologie neben chronisch neurogen veränderter Skelettmuskulatur und diskreten Anzeichen für myopathische Veränderungen auch eine vermehrte Anzahl an COX negativen Fasern gezeigt hätten. Dieser Befund bestätige den Verdacht einer mitochondrialen Myopathie. Zur Abklärung der Genese wurde eine molekulargenetische Untersuchung des Muskelgewebes vereinbart (Vi-act. 160-20/49).

**5.28** Nachdem der Rechtsvertreter des Versicherten verschiedene Einwände zum medexperts-Gutachten erhoben hatte, hielt der RAD-Arzt Dr.med. X. \_\_\_\_\_ ütter am 29. Mai 2017 fest, zu diesen Einwänden hätten die Medas-Gutachter Stellung zu nehmen. Er bitte jedoch auch um eine Begründung, weshalb nach neu aufgetretener Herzkrankheit kein Kardiologe beigezogen worden sei. Weiter hätten die Medas-Gutachter zur Frage Stellung zu nehmen, wie der Bericht des USZ vom Februar 2017 zu werten sei und ob eine Muskelbiopsie zwingend notwendig sei (Vi-act. 153).

**5.29** Mit weiterem Verlaufsbericht (Vi-act. 160-11/49) vom 6. Juni 2017 hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ gegenüber dem Hausarzt fest, dass der IV-Entscheid noch ausstehend sei, weshalb der Versicherte nervös sei und an anhaltenden Durchschlafstörungen leide. Ca. alle drei Tage sei der Versicherte so erschöpft, dass er tagsüber am Vormittag das Haus kaum verlasse und den Schlaf nachhole. Von der Heimventilation werde unregelmässig Gebrauch gemacht.

**5.30** Mit Bericht vom 4. Juli 2017 wurde von Seiten der medexperts-Gutachter Stellung genommen zu den vom RAD-Arzt und dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aufgeworfenen Fragen (Vi-act. 155).

Auf den Beizug eines Kardiologen sei verzichtet worden, weil am 18. November 2016, mithin drei Wochen vor der internistischen Begutachtung, eine kardiologische Untersuchung im Spital Lachen durchgeführt worden sei, wo eine konstante körperliche Leistungsfähigkeit festgestellt werden konnte. Zudem hätten weitere kardiologische Beurteilungen von 2016 vorgelegen (30.3.2016 Spital Lachen: Echokardiographie; 31.1.2016 Koronarangiographie; 4.5.2016 Belastungs-EKG). Aufgrund der Anamnese und der körperlichen Untersuchung hätte ein Herzinsuffizienzgrad NYHA Klasse III weitestgehend ausgeschlossen werden können.

Aus dem Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des USZ vom 8. April 2015 (der den Gutachtern im Übrigen vorlag, vgl. Vi-act. 147-34/88) würden sich keine neuen Erkenntnisse zur Frage der Arbeitsfähigkeit ergeben.

Auch in Bezug auf die zwischenzeitlich durchgeführte Muskelbiopsie wird festgehalten, daraus würden sich keine neuen Erkenntnisse für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergeben.

**5.31** Am 13. Juli 2017 fand im Spital Lachen eine neurologische Kontrolle (EEG) statt (Dr.med. R.\_\_\_\_\_), wobei ein aus epileptologischer Sicht stabiler Verlauf festgestellt wurde (Vi-act. 160-3/49).

**5.32** Am 18. Juli 2017 wurde der Versicherte im Rahmen einer schmerztherapeutischen Sprechstunde im Paraplegiker Zentrum Nottwil untersucht. Die Zuweisung fand offenbar auf Aufforderung der Krankenkasse hin statt, welche eine kostengünstigere Schmerztherapie initiieren möchte (vgl. Schreiben Hausarzt, Vi-act. 160-1/49) bzw. die Indikation für den aktuellen Opioid-Konsum abklären lassen wollte (Vgl. Vi-act. 160-43/49). In der interdisziplinären zusammenfassenden Beurteilung (Dr.med. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Leiter Zentrum für Schmerzmedizin, Dr.med. Z.\_\_\_\_\_, Oberarzt Anästhesiologie, AG.\_\_\_\_\_, Physiotherapeutin und AH.\_\_\_\_\_, Psychologin, Vi-act. 160-43/49 f.) wird ausgeführt, dass die hohen Dosen von Opi-

id-Medikamenten zu keiner massgeblichen Besserung des Beschwerdebildes führten. Es stehe eine opioidinduzierte Hyperalgesie zur Diskussion. Das Oxynorm werde dysfunktional eingesetzt im Sinne einer Betäubung bei vermehrtem Stress. Im Weiteren wird festgehalten, dass von einer Opioidabhängigkeit auszugehen sei, zudem bestehe der Verdacht auf einen Benzodiazepin-Abusus. Die hohen Opioid-Dosen seien auch im Hinblick auf das Schlafapnoe-Syndrom kritisch. Das Schmerzbild (lumboischialgiform) werde einerseits als myofaszielle und facetogene Schmerzen bei Insuffizienz der segmental tief stabilisierenden Muskulatur und ausgeprägter Adipositas interpretiert. Andererseits könnte auch eine Affektion der Nervenwurzel S1 gegeben sein. Im Weiteren wird in der Beurteilung ausgeführt:

Dem Patienten war es wichtig im Rahmen der Konsultation auch von den noch weiterbestehenden Schmerzbildern im Bereich des Kopfes, der Brust und des Unterleibes zu berichten. Die von ihm beklagten Kopfschmerzen, die der Patient im Zusammenhang mit der stattgehabten Reanimation sieht und der etwa alle 2 Wochen auftritt, interpretieren wir am ehesten als einen Spannungskopfschmerz. Dieser spricht nach Angaben des Patienten auf die Medikation mit Paracetamol und körperlich/geistiger Entspannung an.

Die Beschwerden im Bereich der linken Brust respektive im Bereich des ICD, verbunden mit Ängsten, die schon extern gemäss Patient kardiologisch abgeklärt wurden, interpretieren wir am ehesten als unspezifische myofaszielle Beschwerden bei Status nach ICD- Implantation. (...).

Aus schmerzpsychologischer Sicht ist von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10:F45.41) auszugehen. (...). In den letzten Jahren sei es mehrmals zu depressiven Episoden gekommen (...). Er berichtet über verschiedene aktuelle und lebensgeschichtliche Belastungsfaktoren, die er noch nicht adaptiv verarbeiten konnte (früher Tod des Vaters, damit verbundenes Hadern und gesundheitsbezogene Ängste, hoher Druck am früheren Arbeitsplatz, angespannte finanzielle Situation, Sorgen um die Töchter etc.). (...).

Therapeutisch wird ein stationärer Benzodiazepin- und Opioidentzug empfohlen. Allenfalls sei hinsichtlich des Schmerzes eine neurologische Mitbeurteilung zu erwägen. Zudem sei die Anbindung an einen Psychiater sinnvoll. Eine Intensivierung der Physiotherapie einschliesslich Rekonditionierung und Gewichtsabnahme müssten unbedingt angestrebt werden.

**5.33** Gemäss dem vom Beschwerdeführer im gerichtlichen Verfahren eingereichten Bericht vom 27. Dezember 2017 war dieser vom 23. November 2017 bis zum 22. Dezember 2017 in Littenheid zum Opiat- und Benzodiazepinentzug hospitalisiert. Aus psychiatrischer Sicht wurden folgende Diagnosen gestellt:

Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10:F13.2)

Psychische und Verhaltensstörung durch Opiate: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10:F11.2)

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10:F33.4)

Zum Behandlungsverlauf wird im Austrittsbericht festgehalten:

(...).

Herr ... zeigte sich motiviert, introspektionsfähig und eigeninitiativ, so dass er gut von unserem interdisziplinären multimodalen Therapiekonzept profitieren konnte.

Diagnostisch gehen wir von einem partiell durchgeführten Benzodiazepinentzug sowie von einer erfolgreich durchgeführten Opiat-Umstellung bei einem Patient mit einem seit Jahren bekannten chronischen Lumbovertebralsyndrom sowie chronischer Schmerzstörung als wichtigen vordiagnostizierten Komorbiditäten aus.

Bei Austritt bestand psychopathologisch noch eine leichte, jedoch deutlich regredierte Grübelneigung sowie ein diskret ratloser Affekt, jedoch keine Anhaltspunkte für Entzugssymptome. (...).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wird im Austrittsbericht keine Stellung genommen.

**5.34** Nach wiederholten Anfragen teilte die Klinik für Neurologie (USZ) der IV-Stelle am 11. März 2018 mit, dass im Rahmen der Analyse des mitochondrialen Genoms keine Mutation habe nachgewiesen werden können. Die Diagnose einer mitochondrialen Zytopathie habe nicht bestätigt werden können (Vi-act. 164).

**5.35** Der RAD-Arzt Dr.med. X.\_\_\_\_\_ empfahl mit Stellungnahme vom 9. April 2018 auf das Resultat der MEDAS medexperts AG abzustellen. Die Gesamtbeurteilung der Situation durch die MEDAS sei nachvollziehbar (Vi-act. 165-8/8).

**6.1** Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, dass sich sein Gesundheitszustand in physischer und psychischer Hinsicht erheblich verschlechtert habe seit der ersten IV-Verfügung vom 14. Juni 2011. Gestützt auf die Berichte des Pneumologen Dr.med. L.\_\_\_\_\_ vom 17. November 2014, des Hausarztes Dr.med. H.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2014 und des USZ vom 25. April 2017 könne von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 25% ausgegangen werden. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, auf das Gutachten der medexperts AG könne nicht abgestellt werden. Diesbezüglich wendet er insbesondere ein:

- Die neu eingetretene Herzkrankheit werde nur von Dr.med. AB.\_\_\_\_\_ beurteilt, welcher Facharzt für Innere Medizin sei. Es hätte ein Kardiologe beigezogen werden müssen, worauf der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2017 hingewiesen habe.
- Das Schlafapnoe-Syndrom werde verharmlost. Der Pneumologe Dr.med. L.\_\_\_\_\_ habe am 17. November 2014 deswegen eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.
- In der Stellungnahme der medexpertes AG vom 4. Juli 2017 werde nicht eingegangen auf das Lumbovertebralsyndrom, das Schlafapnoesyndrom und das metabolische Syndrom.

- Im Gutachten werde das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung nicht berücksichtigt. Eine solche liege gemäss Bericht des SPZ vom 18. Juli 2017 vor.
- Nicht genügend berücksichtigt werde auch die diagnostizierte Opioid-Abhängigkeit. Diese sei IV-relevant.
- Insgesamt werde im Rahmen der Begutachtung auch zu wenig berücksichtigt, dass beim Versicherten eine Multimorbidität vorliege.

Im Weiteren bemängelt der Beschwerdeführer, dass das Gutachten nicht den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) entspreche, wonach bei psychischen Krankheiten ein strukturiertes Beweisverfahren unter Berücksichtigung der entsprechenden Indikatoren durchzuführen sei. Insgesamt dränge es sich auf, ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

**6.2** Wie bereits erwähnt, ist die Vorinstanz auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 5. Juni 2012 eingetreten und hat den Rentenanspruch unter Berücksichtigung der seit der Verfügung vom 14. Juni 2011 eingetretenen Gesundheitsentwicklung materiell geprüft. Es stellt sich zunächst die Frage, ob sie dabei zu Recht auf das medexperts-Gutachten abgestellt hat.

**6.2.1** Im Rahmen der medexperts-Begutachtung wurde kein kardiologisches Teilgutachten erstellt. Am Gutachten wirkte jedoch ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit. Vorliegend hat die Vorinstanz eine interdisziplinäre Verlaufsbegutachtung unter Einbezug der Fachrichtungen Innere Medizin, Psychiatrie, Pneumologie und Orthopädie bereits im August 2015 in die Wege geleitet und dem Versicherten Gelegenheit zu Einwendungen gegen die Gutachter sowie zu Zusatzfragen gegeben (Vi-act. 99). Nachdem der Versicherte Einwendungen gegen die vorgesehene Gutachterstelle erhoben hatte, wurde die Wahl der Gutachterstelle (unter Beibehaltung der vorgesehenen Fachrichtungen) nach dem Zufallsprinzip veranlasst (Vi-act. 119) und die Gutachterstelle wurde am 27. Februar 2016 zugeteilt. Über die vorgesehenen Gutachter (und die zugeteilte Gutachterstelle) wurde der Versicherte am 9. März 2016 informiert (Vi-act. 125) und die Untersuchungstermine wurden am 29. März 2016 mitgeteilt (vgl. Vi-act. 126). Am selben Tag (29. März 2016) erlitt der Beschwerdeführer einen Herz-Kreislaufstillstand bei Kammerflimmern. Die vorgesehenen Untersuchungstermine bei der eingesetzten Gutachterstelle wurden daraufhin storniert. Am 19. Oktober 2016 wurde der Versicherten bzw. dessen Rechtsvertreter erneut über die vorgesehenen Gutachter (sowie die vorgesehenen Fachrichtungen) informiert (Vi-act. 145). Von Seiten des Versicherten gingen keine Einwendungen ein und es wurde auch nicht geltend gemacht, es sei zusätzlich ein Kardiologe zur Untersuchung beizuziehen oder einem Gutachter würde die erforderliche fachliche Kompetenz fehlen. Die Untersuchungen fanden dann am 7. Dezember 2016 statt (Vi-act. 146).

Vor der Begutachtung erschien mithin auch dem Beschwerdeführer der Einbezug der Fachrichtung Kardiologie als nicht erforderlich. Zur Frage, wer für die Auswahl der Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten zuständig ist, hält das Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen (= Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Stand 1.1.2018) fest, dass die IV-Stelle bei der Erteilung des Auftrags für ein polydisziplinäres Gutachten nebst der voreingestellten Allgemeinen Inneren Medizin mindestens zwei weitere Fachdisziplinen auswählen muss. Nach Durchsicht der Akten und des Fragekataloges entscheidet die Gutachterstelle abschliessend, welche Fachdisziplinen im Einzelfall zu begutachten sind. Vorliegend haben die Gutachter darauf verzichtet, den Einbezug einer weiteren Fachrichtung (Kardiologie) zur Diskussion zu stellen. Dies ist nicht zu beanstanden, da einerseits an der Begutachtung ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mitwirkte. Dieser Facharzt ist ein Generalist und kann auch bei kardiologischen Erkrankungen medizinische Abklärungen vornehmen und insbesondere vorhandene fachärztliche Einschätzungen beurteilen. Andererseits lagen den Gutachtern in casu verschiedene aktuelle kardiologische Berichte vor, welche eine Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auch in Bezug auf die kardiologische Erkrankung erlaubten. Dass den Gutachtern diesbezüglich ein Fehler unterlaufen ist, wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Die diversen kardiologischen Nachuntersuchungen ergaben einen stabilen Verlauf bei dem bereits vor der Herzerkrankung dekonditionierten Versicherten. Die Pumpfunktion war normal, Angina pectoris-Schmerzen oder Atemnot bestanden nicht. Eine Herzinsuffizienz wurde von Seiten der Kardiologen nicht diagnostiziert. Insofern wirkt sich die Berücksichtigung einer "leichten Herzinsuffizienz" im medexpertes-Gutachten zu Gunsten des Versicherten aus und die Anerkennung einer höheren Einschränkung aufgrund der kardiologischen Erkrankung ist nicht gerechtfertigt.

**6.2.2** Soweit der Beschwerdeführer eine "Verharmlosung" des Schlafapnoe-Syndroms im medexpertes-Gutachten unter Hinweis auf einen Bericht von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ von 2014 beanstandet, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass diesbezüglich keine Verschlechterung seit der ersten Verfügung vom 14. Juni 2011 eingetreten ist. Bereits im ABI-Gutachten vom 17. Januar 2011 (39-29/126) wurde das Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms vermutet und es wurden weitere Abklärungen empfohlen, wobei bereits damals darauf hingewiesen wurde, dass der Analgetika- und Benzodiazepin Verbrauch die Wertigkeit der Resultate beeinflussen werde. Auf jeden Fall wurde bereits bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen des ersten Verfahrens berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer an nächtlichen Atempausen und Tagesmüdigkeit leidet (vgl. Vi-act. 39-27/126).

Im weiteren Verlauf wurde dann die Verdachtsdiagnose bestätigt und es traten anfänglich Schwierigkeiten beim Gebrauch der Heimventilation auf. Spätestens ab Anfang 2015 kann jedoch von einem positiven Verlauf gesprochen werden (vgl. Vi-act. 95-11/14). Nach einer Reduktion der Opiod-Medikamente wurde dann im Juli 2015 festgehalten, dass die Reevaluation der Heimventilation geplant sei (Vi-act. 96) und im Dezember 2016 berichtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_, dass auch ohne Heimventilation eine starke Verbesserung eingetreten sei (Vi-act. 160-9/49). Soweit Dr.med. L. \_\_\_\_\_ im Juni 2017 dann wieder von massiven Durchschlafstörungen berichtet, wird dies mit der angespannten Situation im Rahmen des IV-Abklärungsverfahrens begründet und nicht mit der pneumologischen Situation. Insgesamt kann klarerweise nicht davon gesprochen werden, dass das Schlafapnoe-Syndrom im medexperts-Gutachten ungenügend berücksichtigt wurde. Die Situation hat sich seit 2014 stark verbessert, zumal der nach der Begutachtung durchgeführte vollumfängliche Opiat-Entzug zu einer weiteren Verbesserung der Situation geführt haben wird.

**6.2.3** Dass in der Stellungnahme der medexpertes-Gutachter vom 4. Juli 2017 nicht auf das Lumbovertebralsyndrom, das Schlafapnoesyndrom und das metabolische Syndrom eingegangen wurde, ist ebenfalls ohne Belang für die Wertigkeit des Gutachtens an sich.

Im Rahmen der medexperts-Begutachtung wurde der orthopädische Status umfassend abgeklärt (Vi-act. 147-47/88 f.). Die entsprechende orthopädische Beurteilung findet sich insbesondere im Rahmen der polydisziplinären Stellungnahme zur aktuellen gesundheitlichen Situation (Vi-act. 147-82/88). Massgeblich ist, dass sich die Situation in Bezug auf die LWS-Problematik seit der ersten Anmeldung zum Rentenbezug nicht relevant geändert hat. Bereits damals berichtete der Versicherte über starke Schmerzen im Bereich der LWS ausstrahlend in beide Beine und bis in den Vorderfuss sowie eine Opiat-Medikation seit 15 Jahren (Vi-act. 3, 16-2/13). Im ABI-Gutachten vom 17. Januar 2011 wird in Berücksichtigung des zweimaligen Eingriffes zur Stabilisierung von LWK4/5 von einer verminderten Belastbarkeit und einer Bewegungseinschränkung der LWS ausgegangen; der Befund vermochte die geltend gemachten Beschwerden jedoch nur teilweise zu begründen. Im Rahmen der Verlaufsbegutachtung (ABI-Gutachten vom 25.8.2014) wird von keiner relevanten Veränderung seit der ersten Begutachtung ausgegangen, dies auch gestützt auf die Vorbringen des Versicherten (Vi-act. 84-26/36). Es werden eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS (verspannte Muskulatur), diffuse Schmerzen im Bereich der Hüften/ Oberschenkel, Hypästhesien im Bereich der rechten unteren Extremität und degenerative Veränderungen der unteren LWS beschrieben. Im medexperts-Gutachten werden

ebenfalls eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS, Oberschenkelschmerzen, Taubheitsgefühle im Bereich der unteren Extremität rechts sowie polysegmentale Spondylarthrosen beschrieben. Eine vorübergehende Verschlechterung der Situation ist insofern eingetreten, als dass der Versicherte am 23. Februar 2015 Wirbelkörperfrakturen erlitten hat, diese Frakturen sind jedoch gut verheilt und im Rahmen der Nachkontrollen nach der operativen Versorgung wurde von einer deutlichen Schmerzlinderung und nurmehr vermehrten Schmerzen bei längerem Sitzen berichtet. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule wurde - anders als in den diversen Gutachten - als nicht eingeschränkt beschrieben (Vi-act. 95-6/14). Insgesamt ist mithin nicht ersichtlich, dass sich die Situation im Bereich der Wirbelsäule seit der ersten Anmeldung zum Bezug von Leistungen relevant verschlechtert hat. Dennoch wird im medexperts-Gutachten aus orthopädischer Sicht von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 70% auch für körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung ausgegangen, während in den vorangehenden ABI-Gutachten aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten noch eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. In Berücksichtigung des Verlaufs ist mithin nicht ersichtlich, dass die gesundheitlichen Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule im medexperts-Gutachten ungenügend gewürdigt worden wären.

Auch in Bezug auf das Schlafapnoe-Syndrom finden sich im medexperts-Gutachten genügende Ausführungen; weitergehende Ausführungen im Rahmen einer zusätzlichen Stellungnahme - wie vom Beschwerdeführer gefordert - waren nicht notwendig. Der begutachtende Pneumologe geht gestützt auf die Ergebnisse der Polygraphie ohne Heimventilation vom 5. bis 6. Dezember 2016 von einer massiven Verbesserung bzw. sogar Normalisierung der Schlafapnoe aus (Vi-act. 147-74/88). Mit dieser Einschätzung stimmt er grundsätzlich mit dem behandelnden Pneumologen überein (vgl. Vi-act. 160-9/49 f.).

Bezüglich des beim Versicherten diagnostizierten metabolischen Syndroms (arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas) ist festzuhalten, dass ein solches (auch in Berücksichtigung der guten Therapiemöglichkeiten sowohl medikamentös als auch durch geeignete Lebensführung) regelmässig keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil BGer 9C\_624/2007 v. 19.10.2007). Weitere Ausführungen dazu erübrigten sich.

**6.2.4** Eine chronische Schmerzstörung liegt gemäss medexperts-Gutachten beim Versicherten nicht vor. Die geltend gemachten Schmerzen werden im medexperts-Gutachten im Wesentlichen auf die körperlichen Probleme zurückgeführt. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird gestützt auf die orthopädischen Befunde anerkannt. Auch im Rahmen der beiden ABI-Begutachtungen wurde von

den psychiatrischen Gutachtern (Dr.med. K.\_\_\_\_\_, Vi-act. 39-16/126 und Dr.med. P.\_\_\_\_\_, Vi-act. 84-20/36) keine Diagnose einer chronischen Schmerzstörung gestellt. Die den Versicherten behandelnden Psychiater haben auch keine somatoforme Schmerzstörung oder eine andere psychische Schmerzerkrankung diagnostiziert (vgl. Berichte Dr.med. F.\_\_\_\_\_, Vi-act. 8-3/3; Dr.med. N.\_\_\_\_\_, Vi-act. 65). Auch im Rahmen der Behandlung beim SPD wurde eine entsprechende Diagnose gemäss den Akten nicht gestellt (Vi-act. 81). Demgegenüber findet sich die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms in den Berichten der Zürcher Höhenklinik Davos (Vi-act. 61-2/6 und 76). Die entsprechenden Berichte stammen jedoch nicht von Ärzten mit einem Facharzttitel im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren findet sich zudem im Bericht des SPZ Nottwil vom 18. Juli 2017 (Vi-act. 160-42/49), allerdings wirkte am entsprechenden Bericht ebenfalls kein Psychiater mit. Es ist auch fraglich, ob den untersuchenden Fachpersonen des SPZ Nottwil die vorbestehenden medizinischen Berichte und Gutachten zur Verfügung standen, zumal verschiedene therapeutische Massnahmen vorgeschlagen werden, welche in der Vergangenheit bereits durchgeführt worden sind (Psychotherapie, stationärer Aufenthalt zur Durchführung von psychosomatischen und physiotherapeutischen Massnahmen). Schliesslich findet sich die Diagnose einer "chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" auch im Bericht der clenia Littenheid vom 27. Dezember 2017, allerdings fehlt diesbezüglich eine Diagnose nach anerkanntem Klassifikationssystem. Der Versicherte hielt sich zum Opiat- und Benzodiazepinentzug in der Klinik auf und diesbezüglich wurden von Seiten der Klinik auch klare Diagnosen unter Hinweis auf die Klassifikation nach ICD-10 gestellt. Die Behandlung einer somatoformen Schmerzstörung war demgegenüber nicht Ziel des stationären Aufenthaltes und es finden sich im Austrittsbericht auch keine relevanten Aussagen zu einer solchen Erkrankung.

Das Vorliegen eines leistungsbegründenden psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG setzt grundsätzlich voraus, dass im psychiatrischen Gutachten eine Diagnose gestellt werden kann, welche auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems (ICD-10, DSM-IV) abgestützt ist; es muss eine fachärztlich einwandfreie Diagnose vorliegen (Urteil BGer I 782/04 14.9.2005 Erw. 2.3; BGE 130 V 396 Erw. 2.2.2 und 2.2.3; BGE 141 V 281 Erw. 2.1 und 2.1.1; 8C\_345/2012 v. 17.9.2012 Erw. 3.5.1). Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt u.a. davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als

Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteil BGer 8C\_309/2016 v. 14.12.2016 Erw. 4.3 m.H.).

Nachdem neben dem psychiatrischen Gutachter der medexperts AG auch die psychiatrischen Fachgutachter des ABI keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert haben und auch die behandelnden Fachärzte Dr.med. F.\_\_\_\_\_ und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ eine entsprechende Diagnose nicht gestellt haben, kann das Fehlen einer entsprechenden Diagnose im medexperts-Gutachten nicht dazu führen, dass ihm die Beweiskraft aberkannt wird.

**6.2.5** Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Opioid-Abhängigkeit sei IV-relevant, ist festzuhalten, dass gemäss dem von ihm eingereichten Bericht der clenia Littenheid erfolgreich ein Entzug durchgeführt worden ist. Eine Alkoholabhängigkeit besteht gemäss den Akten bereits seit mehreren Jahren nicht mehr. Im Übrigen erfolgt die Einschätzung der (reduzierten) Arbeitsfähigkeit im medexperts-Gutachten unter Berücksichtigung des schädlichen Gebrauchs von Cannabis und Benzodiazepinen nach bereits damals vorgenommener Reduktion der Opioid-Analgetika, die zu einer erheblichen Verbesserung des Schlafapnoe-Syndroms geführt hatte (vgl. Vi-act. 160-9/49).

**6.2.6** Der Multimorbidität des Versicherten wurde im medexperts-Gutachten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers Beachtung geschenkt. Zweck eines interdisziplinären Gutachtens besteht gerade darin, bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage vorzunehmen (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; 8C\_260/2017 v. 1.12.2017 Erw. 4.2.2; I 514/06 v. 25.5.2007 Erw. 2.1). Im medexperts-Gutachten erfolgt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (neben den einzelnen Einschätzungen der verschiedenen Fachgutachter) in der Schlussfolgerung aus polydisziplinärer Sicht (vgl. Vi-act. 147-84/88). Dieser Einschätzung liegt mithin die Berücksichtigung der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers zu Grunde.

**6.3** Umstritten ist zudem - wie bereits erwähnt - ob das medexperts-Gutachten den Vorgaben von BGE 141 V 281 entspricht.

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu BGE 143 V 418) definiert das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leis-

tungshindernder 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). Das strukturierte Beweisverfahren bleibt entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 Erw. 4.5 S. 415).

Das medexperts-Gutachten vom 18. Januar 2017 ist noch in Unkenntnis der neuen, oben angeführten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst worden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung 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 verhält es sich so, dass gemäss der gutachterlichen Einschätzung des Psychiaters Med.prakt. AF. \_\_\_\_\_ beim Versicherten eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychiatrische Erkrankung nicht vorliegt. Wie vorstehend ausgeführt ist diese Einschätzung in Berücksichtigung der weiteren psychiatrischen Beurteilungen nachvollziehbar. Aus rein psychiatrischer Sicht ist der Beschwerdeführer weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Vi-act. 147-56/88). Mangels Vorliegens eines die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychiatrischen Krankheitsbildes ist deshalb eine Prüfung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 nicht erforderlich (vgl. Urteile BGer 8C\_170/2018 v. 12.9.2018 Erw. 4.2.3; 8C\_341/2018 v. 13.8.2018 Erw. 6.2; 8C\_10/2018 v. 24.5.2018 Erw. 5.3.2; 9C\_184/2018 v. 24.4.2018 Erw. 3.2.3 und 3.2.4).

**6.4** Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das medexperts-Gutachten abgestellt hat. Das Gutachten beruht auf den Vorakten und umfassenden polydisziplinären Abklärungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und begründet die darin enthaltenen Schlussfolgerungen. Aus den weiteren medizinischen Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die medizinischen Gutachter relevante funktionelle Einschränkungen übersehen hätten. Eine weitere polydisziplinäre Begutachtung ist nicht erforderlich.

**7.1** Streitig sind im Weiteren die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei nicht ersichtlich, was und wo er noch arbeiten könne. Er könne nicht über einen längeren Zeitraum sitzen und er sei wegen des Schlafapnoe-Syndroms ständig übermüdet. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf. Kein Arbeitgeber würde ihn einstellen. Zur Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens dränge sich zudem eine weitere Abklärung (im Rahmen einer praktischen Arbeitsabklärung) auf.

**7.2** Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; AHI 1998 S. 287, I 198/97 E. 3b). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz anbelangt (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen, sondern nur von Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (SVR 2016 IV Nr. 58 S. 190, 8C\_910/2015 Erw. 4.2.1 mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann aber dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vorneherein als ausgeschlossen erscheint (ZAK 1991 S. 318, I 350/89 E. 3b).

**7.3** Wie bereits erwähnt ist dem Beschwerdeführer eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit (bei einer Leistungseinschränkung von 30% wegen erhöhtem Pausenbedarfs) in einer körperlich leichten (intermittierend auch bis schweren), wechselbelastenden vorwiegend sitzenden Tätigkeit, welche geistig eher anspruchslos ist, zumutbar. Die Tätigkeit als Chauffeur und vorwiegend stehende Tätigkeiten (wie Koch) sind ihm nicht mehr zumutbar. Auch Tätigkeiten, welche

höchste Wachsamkeit und Konzentration erfordern (neben Berufschauffeur z.B. die Überwachung von komplexen Produktions- und Steuerungsprozessen, von komplizierten Maschinen o.ä.) sind nicht zumutbar. An den oberen Extremitäten bestehen keine Behinderungen. Auch bestehen keine feinmotorischen Beeinträchtigungen. Aus psychiatrischer Sicht liegen keine relevanten Beeinträchtigungen vor. In Berücksichtigung der obzitierten Rechtsprechung und der relativ hohen Hürden für Versicherte, welche noch über eine Aktivitätsdauer von über fünf Jahren (in casu besteht noch eine Aktivitätsdauer von 10 Jahren) verfügen (vgl. auch Urteil BGer 8C\_113/2016 vom 6.7.2016 Erw. 4.3), ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit trotz dem Erfordernis, die angestammte Tätigkeit aufzugeben und eine Hilfsarbeitstätigkeit in einem anderen Segment aufzunehmen, zu bejahen, zumal in der Rechtsprechung davon ausgegangen wird, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile BGer 8C\_657/2010 vom 19.11.2010 Erw. 5.2.3; 9C\_646/2010 vom 23.2.2011 Erw. 4). Zudem werden die dem Versicherten offen stehenden leidensangepassten bzw. zumutbaren Tätigkeiten nicht mit derart vielen Einschränkungen umschrieben, dass das Finden einer entsprechenden Stelle als von vornherein ausgeschlossen erscheint, auch wenn die Verwertbarkeit in Berücksichtigung der konkreten Umstände (gesundheitliche Einschränkungen) sicherlich erschwert ist. Es steht dem Versicherten grundsätzlich immer noch ein weites Spektrum an zumutbaren Hilfstätigkeiten offen, welche keine Ausbildung erfordern. In Frage kommen z.B. einfache Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in Industrie und Gewerbe, einfache Maschinenbedienungsfunktionen, sowie Hilfsarbeiten wie Montage-, Sortierungs-, Prüf- und Verpackungstätigkeiten in Produktionsbetrieben. Die genannten Tätigkeiten bedürfen weder einer nennenswerten Einarbeitungszeit noch besonderer Fertigkeiten. Insgesamt ist eine wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mithin zu bejahen.

**7.4** Soweit der Beschwerdeführer die Durchführung einer Arbeitsabklärung zur Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens verlangt, ist darauf hinzuweisen, dass die medizinischen Gutachter sich zum Leistungsvermögen des Versicherten äussern und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen. Weitere Abklärungen werden von den Gutachtern nicht vorgeschlagen und sind daher nicht erforderlich (Urteil BGer 9C\_768/2011 v. 8.2.2012 Erw. 2.4). Die verlangten Abklärungen zur Evaluation der Leistungsfähigkeit wären nur dann vorzunehmen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sähen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen würden (Urteile BGer 9C\_768/2011

v. 8.2.2012 Erw. 2.4; 8C\_254/2016 v. 6.7.2016 Erw. 2), was vorliegend gerade nicht der Fall ist. Zudem erachtet sich der Versicherte als dauerhaft vollständig arbeitsunfähig (vgl. Vi-act. 147-77/88). In einem solchen Fall macht eine Evaluation der beruflichen Leistungsfähigkeit regelmässig keinen Sinn (vgl. Urteile BGer 8C\_254/2016 v. 6.7.2016 Erw. 2; 9C\_466/2010 v. 23.8.2010 Erw. 3.4.2; 9C\_840/2009 v. 2.12.2009 Erw. 5.1).

**8.1** Umstritten ist im Weiteren die Bemessung des Valideneinkommens. Die Vorinstanz ist in der angefochtenen Verfügung vom Einkommen des Beschwerdeführers ausgegangen, welches er 2006 als Koch erzielt hat (Fr. 58'163.--). In Berücksichtigung der Lohnentwicklung ergab dies per 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 64'255.60. Vernehmlassend ergänzte die Vorinstanz, dass dies auch etwa dem gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 im Bereich Gastgewerbe, Niveau 3, erzielten Durchschnittseinkommen von Fr. 5'399.--/Mt. bzw. indexiert per 2016 bei 42,4 Wochenstunden von Fr. 69'263.-- entspreche.

Der Beschwerdeführer macht geltend, als Gesunder wäre er als Küchenchef tätig gewesen. Er sei nur auf Hilfsarbeitertätigkeiten ausgewichen, weil er keine dauerhaft stehenden Tätigkeiten mehr habe ausüben können. Als Küchenchef (Kompetenzniveau 4) hätte er gemäss LSE 2012 unter Berücksichtigung einer Wochenarbeitszeit von 42,4 h ein Valideneinkommen von Fr. 73'394.-- erzielen können.

**8.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung dieses Vergleichseinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Lediglich wenn sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern lässt, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzuberücksichtigen sind (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2 S. 30; Urteil 8C\_944/2011 vom 17.4.2012 Erw. 2.2). Ausnahmen vom Erfahrungssatz, wonach die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre und auf den entsprechenden Verdienst abzustellen ist, müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein.

Sind die entsprechenden Einkommen nicht konkret zu ermitteln, können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 Erw. 2.3).

**8.3** Die Vorinstanz hat bei der Bemessung des Valideneinkommens zu Recht nicht auf das Einkommen abgestellt, das der Versicherte ab 2007 bei der Firma A.\_\_\_\_\_ als Chauffeur erzielt hat. Dieses lag massgeblich unter den in den Vorjahren erzielten Einkommen als Koch und es ist glaubhaft, dass gesundheitliche Probleme zur Aufgabe der Tätigkeit als Koch geführt haben. Die Vorinstanz hat bei der Bemessung des Valideneinkommens des Weiteren das höchste vom Beschwerdeführer während seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz erzielte Einkommen als Koch berücksichtigt (IK-Auszug, Vi-act. 43, 67). Das vom Beschwerdeführer in der Schweiz zuletzt als Koch erzielte Einkommen liegt etwas unter dem Durchschnittseinkommen des Kompetenzniveaus 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) im Gastgewerbe gemäss LSE 2014 (TA1, monatlicher Bruttolohn, Zentralwert, privater Sektor). Ausgehend von einem Monatseinkommen von Fr. 5'399.--, betriebsüblichen Arbeitszeiten im Gastgewerbe von 42,4 h/Woche (2014, bfs.admin.ch) und indexiert per 2016 (Nominallohnindex Männer, Basis 1939=100, 2014: 2220; 2016: 2239) ergäbe dies ein statistisches Einkommen von Fr. 69'263.--. Der tatsächlich vom Beschwerdeführer erzielte Lohn liegt etwas unter dem statistischen Durchschnittslohn für das Gastgewerbe im Kompetenzniveau 3 und über dem entsprechenden Durchschnittslohn für das Kompetenzniveau 2 (dieses läge gemäss LSE 2014 unter Berücksichtigung von 42,4 Wochenarbeitsstunden und der Nominallohnentwicklung per 2016 bei Fr. 54'566.--).

Ein Abstellen auf die Löhne gemäss Kompetenzniveau 4 (Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) ist in Berücksichtigung der bisherigen Tätigkeit des Versicherten als Koch klarerweise nicht gerechtfertigt. Grundsätzlich rechtfertigt eine absolvierte Berufslehre auch bei langjähriger Berufserfahrung lediglich die Einstufung in das Kompetenzniveau 2 (vgl. Urteil BGer 8C\_382/2017). Der Beschwerdeführer hatte während seiner Erwerbstätigkeit als Koch in der Schweiz mehrheitlich kürzere Arbeitsstellen während wenigen Monaten bis maximal zwei Jahren in kleineren Betrieben inne, wobei er zeitweise auch arbeitslos war (vgl. Vi-act. 14-9/16 ff.; 43). Es handelte sich dabei nicht um Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung im Sinne der Vorgaben für das Kompetenzniveau 4 gemäss LSE

2014. Auch wenn der Beschwerdeführer gemäss den Akten in seiner Heimat einen Lehrgang zum Küchenmeister absolviert hat (Vi-act. 10-1/6), ist ein Abstellen auf die hypothetischen Löhne des Gastgewerbes im Kompetenzniveau 4 gemäss LSE 2014 nicht gerechtfertigt. Es bestehen keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wäre. Dass vor Aufgabe der Tätigkeit als Koch konkrete Schritte in dieser Hinsicht getätigt wurden, ist nicht ersichtlich (BGE 96 V 30; Urteile BGer I 716/00 v. 20.11.2001 Erw. 3a; I 504/01 v. 24.5.2002 Erw. 2b; 9C\_795/2012 v. 9.7.2013 Erw. 2.1).

Insgesamt ist es mithin nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Bemessung des Valideneinkommens von dem vom Beschwerdeführer an seiner letzten Arbeitsstelle als Koch erzielten Einkommen angepasst an die Lohnentwicklung per 2016 ausgegangen ist.

**9.1** Umstritten ist im Weiteren die Bemessung des Invalideneinkommens. Die Vorinstanz geht in der angefochtenen Verfügung gestützt auf lohnstatistische Werte von einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 44'310.-- für eine Tätigkeit zu einem Pensum von 70% aus, wobei sie einen Abzug von 5% berücksichtigt, weil der Versicherte nurmehr körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann.

Der Beschwerdeführer geht ausgehend von den statistischen Werten gemäss LSE 2012 von einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 36'499.-- aus, wobei er aufgrund der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzug von 20% verlangt.

**9.2** Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz bei der Bemessung des Invalideneinkommens gestützt auf den LSE-Durchschnittslohn aller Wirtschaftszweige im untersten Kompetenzniveau für ein Vollzeitpensum auf einen Ausgangswert von Fr. 66'633.-- abstellt. Ausgehend von den Durchschnittswerten der LSE 2014 wäre gar von einem höheren Ausgangswert auszugehen (monatlicher Bruttolohn Männer Kompetenzniveau 1, Zentralwert, privater Sektor gemäss TA1: Fr. 5'312.--, bei durchschnittlicher Arbeitszeit von 41,7h/Woche = Fr. 5'537.80, indexiert per 2016 [Nominallohnindex Männer 2014: 2220; 2016: 2239] = Fr. 67'022.--). Dieser Wert liegt über dem angerechneten Valideneinkommen, welches aufgrund des tatsächlichen Verdienstes errechnet wurde (Fr. 64'255.60). Der Beschwerdeführer hat zwar im Wirtschaftszweig Gastronomie auch in Berücksichtigung der Qualifikation kein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt, in Berücksichtigung der Durchschnittswerte aller Branchen im tiefsten Anforderungsniveau liegt jedoch ein leicht unterdurchschnittliches Valideneinkom-

men vor. Dennoch rechtfertigt dieser Umstand vorliegend kein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommens grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist oder bei der Bemessung des Invalideneinkommens eine entsprechende Herabsetzung vom statistischen Wert vorzunehmen ist (vgl. BGE 134 V 322 Erw. 4.1 betr. Parallelisierung der Vergleichseinkommen). Rechtsprechungsgemäss ist eine solche Parallelisierung der Vergleichseinkommen erst vorzunehmen, wenn der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem (branchenüblichen) LSE-Tabellenlohn liegt, wobei die Erheblichkeitsgrenze bei 5% liegt (BGE 135 V 297). In casu wird diese Erheblichkeitsgrenze nicht erreicht (Differenz zwischen LSE-Tabellenlohn von Fr. 67'022.-- und Valideneinkommen von Fr. 64'255.-- = Fr. 2'767.--, was 4,3% des Valideneinkommens entspricht). Im Übrigen ist unbestritten, dass dem seit Jahren nicht mehr als Koch erwerbstätigen Versicherten ein Wechsel in eine andere Branche zumutbar ist.

**9.3** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25 % zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; 126 V 75 Erw. 5b/aa-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb; Urteil BGer 8C\_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.1).

**9.4** Vorliegend ist unbestritten, dass in Berücksichtigung der Einschränkungen, die sich aus dem ärztlichen Zumutbarkeitsprofil ergeben (körperlich vorwiegend leichte und sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten ohne die Erfordernis dauernder höchster Wachsamkeit) ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Die Vorinstanz hat diesem Umstand mit der Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 5% Rechnung getragen. Es stellt sich die Frage, ob ein Abzug von 5% in Berücksichtigung des eingeschränkten Spektrums an zumutbaren Verweistätigkeiten angemessen ist.

Der Beschwerdeführer leidet an verschiedenen relevanten, objektivierbaren Beschwerden. Er wurde mehrmals am Rücken operiert und die objektiven Befunde lassen erkennen, dass die entsprechend geltend gemachten Beschwerden zumindest teilweise somatischen Ursprungs sind. Im Weiteren besteht eine relevan-

te Herzerkrankung, welche durch eine ICD-Implantation zur Zeit zwar unter Kontrolle ist, jedoch fortbesteht und gemäss Gutachten auch zu einer leichten Herzinsuffizienz geführt hat. Daneben liegt eine Reihe weiterer somatischer Erkrankungen vor, welche gemäss medexpertes-Gutachten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Das ärztlich umschriebene Anforderungsprofil schränkt die Einsatzfähigkeit des Versicherten stark ein. Zudem führen die diversen somatisch relevanten Diagnosen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko, das zu vermehrten und nicht kalkulierbaren Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen kann. Auch wenn letztlich gemäss Gutachten eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht, ist nicht zu verkennen, dass der Versicherte relevant erkrankt ist und dementsprechend in seiner Arbeitsfähigkeit auch in verschiedener Hinsicht eingeschränkt ist. Art und Ausmass der Behinderung bzw. der Multimorbidität des Versicherten erfordern im konkreten Einzelfall - auch im Quervergleich mit anderen vom Gericht zu beurteilenden IV-Fällen - die Berücksichtigung eines Abzugs von 20%. Es besteht eine relevante Multimorbidität, welche auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt das Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten erheblich einschränkt und sich überwiegend wahrscheinlich in massgebender Weise lohnsenkend auswirkt.

In Berücksichtigung eines Abzuges von 20% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'315.-- (LSE-Einkommen gemäss angefochtener Verfügung von Fr. 66'633.--, davon 70% abzüglich 20% für leidensbedingte Einschränkungen). Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 64'255.60 ergibt dies einen IV-Grad von 42%.

Die Beschwerde ist mithin insofern teilweise gut zu heissen, als festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

**10.1** Umstritten ist im Weiteren der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Unbestritten ist dabei, dass der Versicherte Anspruch auf Arbeitsvermittlung hat. Der Versicherte beruft sich jedoch auch auf einen Anspruch auf Berufsberatung (Art. 15 IVG), auf Umschulung (Art. 17 IVG) und auf Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG).

**10.2** In der angefochtenen Verfügung wird festgehalten, berufliche Massnahmen seien nicht eingeleitet worden, da sich der Versicherte gemäss MEDAS-Gutachten nicht vorstellen könne, eine Tätigkeit auszuüben. Eingliederungsmassnahmen seien nur sinnvoll, sofern sich die versicherte Person auch eingliederungsfähig sehe. Dem Versicherten sei es weiterhin zumutbar, seine Restverwerbsfähigkeit als Hilfsarbeiter zu verwerten und dabei ein gleichwertiges Einkommen zu erzielen, wie er es als Koch erzielt habe. Ein Anspruch auf Integrati-

onsmassnahmen wurde verneint, da keine Arbeitsunfähigkeit von über 50% vorliege. Falls der Versicherte eine Arbeitsvermittlung wünsche und sich dazu subjektiv auch in der Lage sehe, könne er sich bei der IV-Stelle schriftlich melden.

In der Vernehmlassung führt die Vorinstanz aus, berufliche Massnahmen seien (abgesehen von der Arbeitsvermittlung) nicht zugesprochen worden, da sich der Versicherte im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung für jede Arbeitstätigkeit als arbeitsunfähig gefühlt habe. Eine Umschulung wäre unter diesen Voraussetzungen unverhältnismässig, da ein Misserfolg absehbar sei. Falls der Versicherte jedoch bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit in der Zwischenzeit zu einer anderen Selbsteinschätzung gekommen sei, sei sie bereit, Unterstützung mittels beruflicher Massnahmen zu bieten und Unterstützungsmassnahmen neu zu prüfen.

**10.3** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1bis IVG). Als berufliche Eingliederungsmassnahmen sieht das Gesetz insbesondere die Berufsberatung (Art. 15 IVG), die Umschulung (Art. 17), die Arbeitsvermittlung (Art. 18), den Arbeitsversuch (Art. 18a IVG) und verschiedene finanzielle Anreizmassnahmen (Art. 18b – 18d IVG) sowie Integrationsmassnahmen (14a IVG) vor.

Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile 8C\_569/2015 v. 17.2.2016 Erw. 5.1; 8C\_726/2015 vom 19.1.2016 Erw. 3.3 und 9C\_559/2012 vom 27.11.2012 Erw. 5).

**10.4** Aus dem medexperts Gutachten ergibt sich, dass der Versicherte überzeugt ist, aus gesundheitlichen Gründen vollständig arbeitsunfähig zu sein (vgl. Vi-act. 147-62/88; 147-77/88; 147-84/88). Dass sich an dieser Einstellung bis zum massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (BGE 132 V 215 Erw. 3.1.1) etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht substantiiert geltend gemacht. Deshalb ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ausser der Arbeitsvermittlung keine Eingliede-

rungsmassnahmen zugesprochen hat. Sollte der Versicherte seine Haltung geändert haben und an einer Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, kann er sich bei der IV-Stelle melden. Die IV-Stelle wird dannzumal darüber neu zu verfügen haben (Urteile BGer 8C\_569/2015 v. 17.2.2016 Erw. 5.2; 9C\_469/2016 v. 22.12.2016 Erw. 7).

**11.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuhiessen, als dass festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer ausgehend von einem IV-Grad von 42% einen Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese den Beginn des Rentenanspruchs, die Rentenhöhe sowie die entsprechenden IV-Rentennachzahlungen festlegen kann.

**11.2** Diesem teilweisen Obsiegen entsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz und dem Beschwerdeführer je zur Hälfte auferlegt.

Soweit der Beschwerdeführer unterliegt bleibt der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung zu prüfen.

Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung (Art. 61 lit. f ATSG) setzt die Bedürftigkeit der gesuchstellenden Partei, die fehlende Aussichtslosigkeit der Rechtsbegehren (vgl. dazu BGE 129 I 129 Erw. 2.3.1 mit Hinweisen) sowie die sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts voraus (BGE 132 V 200 Erw. 4.1 und Erw. 5.1.3).

Im vorliegenden Fall sind diese Voraussetzungen erfüllt. Der Beschwerdeführer wird seit dem 1. April 2015 durch die Fürsorgebehörde Freienbach finanziell unterstützt, womit die Bedürftigkeit ausgewiesen ist (Bf-act. 5). Sodann kann das Verfahren nicht als aussichtslos bezeichnet werden und auch die Gebotenheit einer Vertretung erscheint gegeben. Dem Beschwerdeführer ist in der Person von Rechtsanwalt lic.iur. D. \_\_\_\_\_ ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen.

Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen.

Gemäss § 6 Abs. 1 GebTRA kann eine Partei eine spezifizierte Kostennote über ihre Tätigkeit und ihre Auslagen einreichen. Erscheint sie angemessen, ist sie

der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen. Andernfalls wird die Vergütung nach pflichtgemäsem Ermessen festgesetzt. Über die Angemessenheit der Kostennote ist nach dem Gebührentarif auch dann zu befinden, wenn der Anwalt als unentgeltlicher Rechtsvertreter tätig ist (§ 6 Abs. 3 GebTRA).

Der Rechtsvertreter hat eine Kostennote von Fr. 2'980.-- (inkl. Spesen und der Mehrwertsteuer) eingereicht, welche (auch hinsichtlich des zeitlichen Aufwands) nicht übersetzt erscheint und deswegen anerkannt wird.

Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte ist das reduzierte, von der Vorinstanz zu entrichtende Honorar auf Fr. 1'490.-- festzulegen. Analog ist der Honoraranteil für die unentgeltliche Rechtsverteiständung auf Fr. 1'490.-- zu veranschlagen.

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

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen insofern teilweise gutgeheissen (und die angefochtene Verfügung entsprechend abgeändert), als festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer ausgehend von einem massgebenden IV-Grad von 42% Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Die Festsetzung des Rentenbeginns, der Rentenhöhe und der Nachzahlung ist Sache der Verwaltung. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgesetzt und je zur Hälfte der Vorinstanz (Fr. 250.--) und dem Beschwerdeführer (Fr. 250.--) auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Kostenanteil von Fr. 250.-- innert 30 Tagen ... . Der Verfahrenskostenanteil des Beschwerdeführers wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe nachstehend Ziff. 5) auf die Gerichtskasse genommen.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'490.-- zugesprochen.
4. Im Übrigen wird dem Beschwerdeführer für das teilweise Unterliegen vor Verwaltungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege (inkl. unentgeltliche Rechtsverteidigung) gewährt und Rechtsanwalt lic.iur. D. \_\_\_\_\_ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein reduziertes Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'490.-- zuzusprechen.
5. Der Beschwerdeführer hat den Verfahrenskostenanteil von Fr. 250.-- und die Kosten der unentgeltlichen Rechtsverteidigung von Fr. 1'490.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. 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).
7. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherung, Bern (A).

Schwyz, 12. November 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch 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: 23. November 2018