

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 83

Entscheid vom 18. Januar 2019

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. 1969, verheiratet, Vater von 2 Söhnen mit Jahrgang 1994 und 2001, seit 2000 Schweizer Bürger, IV-act. 171-3/4 oben) war seit 1990 als Bauarbeiter erwerbstätig gewesen. Am 16. Juni 1994 unterzeichnete er (damals mit Wohnsitz im Kt. LU) eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 3) und verwies auf einen am 9. November 1993 erlittenen Unfall (während der Arbeit mit einer Fräsmaschine zog er sich Nerven- und Sehnenverletzungen an der linken Hand zu, vgl. UVG-act. 2-76/720). Die IV-Stelle Luzern erteilte Kostengutsprache für eine Umschulung zum Lastwagenchauffeur, lehnte es aber mit Verfügung vom 6. März 1997 ab, eine IV-Rente zu gewähren (vgl. IV-act. 67 i.V.m. 43). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht Luzern mit Urteil vom 13. Oktober 1998 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle Luzern zurückgewiesen wurde. In Erwägung 5b führte das Verwaltungsgericht Luzern aus, es sei eine praktische Berufstauglichkeits- und Belastbarkeitsprüfung durchzuführen (unter Einbezug eines erfahrenen Berufschauffeurs, IV-act. 85).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle Luzern eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit im C. _____ im Hinblick auf eine Umschulung in einen Pflegeberuf (IV-act. 105) und übernahm die Kosten für einen Deutschkurs (IV-act. 107). Gemäss EFL-Bericht des C. _____ vom 20. Mai 1999 wurde eine Arbeit als Pflegeassistent oder beispielsweise der Beruf des Laboranten als realistisch beurteilt (vgl. IV-act. 113-1/9). Mitte Juli 1999 bewarb sich A. _____ für einen Platz in der Schule für Pflegeassistenten, welche indessen zunächst ein dreimonatiges Praktikum verlangte (vgl. IV-act. 116-14/24 oben, 119-1/39). Nachdem die Nachfrage nach Praktikumsplätzen gross war, wurde ein solcher erst für das Frühjahr 2000 in Aussicht gestellt (vgl. IV-act. 116-15/24 unten). Mit Verfügung vom 28. Oktober 1999 gewährte die IV-Stelle Luzern rückwirkend für den Zeitraum vom 1.11.1996 bis 4.1.1999 einen Anspruch auf ein Wartezeittaggeld (vgl. IV-act. 131). Am Folgetag übernahm die IV-Stelle die Kosten für einen weiteren Deutschkurs (IV-act. 133) und mit Verfügung vom 1. Juni 2000 die Anmeldegebühr der Schule für Pflegeassistenten in Luzern und führte u.a. aus, dass bei gutem Praktikumsverlauf und erfolgreichem Bestehen der Aufnahmeprüfung die Übernahme der Kosten dieser Schule geprüft werde (IV-act. 146).

Des Weiteren sprach die IV-Stelle Luzern mit Verfügung vom 7. Juni 2000 rückwirkend für einen befristeten Zeitraum vom 1. November 1994 bis 30. November 1995 auf der Basis eines IV-Grades von 100% eine ganze IV-Rente zu (IV-act. 148-2/6).

Am 3. August 2000 verwies die IV-Stelle Luzern A. _____ zur Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit an die D. _____ (IV-act. 153), welche im Zwischenbericht vom 31. Oktober 2000 auf viele schmerzbedingte Absenzen verwies, welche eine objektive Beurteilung verunmöglichten (IV-act. 161). In der Folge wurde A. _____ eingeladen, sich vom 5. Februar 2001 bis zum 4. Mai 2001 im Zentrum für Berufliche Abklärung (C. _____) abklären zu lassen (IV-act. 171/172). Im Abklärungsbericht vom 28. Mai 2001 wurde u.a. ausgeführt, dass die Abklärungszeit durch die Schmerzproblematik geprägt gewesen sei und die Resultate entsprechend mager seien, weshalb keine Anschlusslösung angeboten werden könne (IV-act. 196).

B. Mit Verfügung vom 11. April 2002 hat die IV-Stelle Luzern A. _____ mit Wirkung ab 1. Oktober 2000 auf der Basis eines IV-Grades von 100% eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-act. 214-2/10f.). Gleichzeitig verrechnete sie die Nachzahlung von Fr. 40'189.-- mit einer Rückforderung der Ausgleichskasse Luzern betreffend IV-Taggelderleistungen im Betrag von Fr. 8'268.70 und einer Rückforderung der Unfallversicherung von Fr. 13'732.05 (vgl. IV-act. 225-2/5 oben). Eine dagegen ans Verwaltungsgericht Luzern erhobene Beschwerde wurde am 23. Januar 2004 wieder zurückgezogen (IV-act. 230-2/3).

C. Im Verfahren zwischen A. _____ und der X _____ (als Unfallversicherer) war mit Verfügung vom 3. Oktober 2002 ausgehend von einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 21% eine entsprechende UVG-Invalidenrente zugesprochen worden. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die X _____ bezüglich der Rentenhöhe am 26. Mai 2003 ab, während sie auf den Antrag auf Anhebung der Integritätsentschädigung nicht eintrat. Das anschliessend angerufene Verwaltungsgericht Luzern hiess gestützt auf ein handchirurgisches Gutachten von Prof. Dr.med. E. _____ vom 8. Juni 2004 die Beschwerde in dem Sinne teilweise gut, als es den Nichteintretensentscheid der X _____ bezüglich der Integritätsentschädigung aufhob und die Sache an letztere zurückwies. Eine Beschwerde von A. _____, mit welcher eine X _____-Invalidenrente basierend auf einer (unfallbedingten) 100%igen Arbeitsunfähigkeit beantragt wurde, hat das Bundesgericht mit Urteil U 325/04 vom 1. April 2005 abgewiesen (UVG-act. 2-75ff.).

D. Mit Verfügung vom 11. April 2006 gelangte die IV-Stelle Luzern zum Ergebnis, dass weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente bestehe (IV-Grad 100%, IV-act. 244). Eine analoge Mitteilung erfolgte am 20. Januar 2010 (vgl. IV-act. 263). Am 17. September 2010 überwies die IV-Stelle Luzern das Akten-dossier infolge Wohnsitzwechsel der IV-Stelle Schwyz (IV-act. 264).

E. Am 4. Juni 2012 wurde A._____ von der IV-Stelle Schwyz zu einem Gespräch hinsichtlich einer eingliederungsorientierten Rentenrevision eingeladen (IV-act. 274). Daraufhin wurde ein mehrmonatiger Arbeitsversuch in der P._____ in Brunnen vereinbart (mit Besichtigung und erstem Gespräch am 22. August 2012, vgl. IV-act. 279; die entsprechende Kostengutsprache erfolgte am 19.9.2012 = IV-act. 285). Mit Einschreiben vom 7. September 2012 mahnte die IV-Stelle A._____, am für ihn organisierten Arbeitsversuch (Trainingsarbeitsplatz) aktiv mitzuwirken, ansonsten die Rente vorsorglich sistiert werde. Weiter wurde in dieser Mahnung ausgeführt (vgl. IV-act. 278):

Der IV-Berater (...) hat mit Ihnen einen Arbeitsversuch in der P._____ in Brunnen vereinbart. Nachdem Sie einen Tag an dieser Massnahme teilgenommen hatten, sind Sie der Arbeit mit Hinweis auf gesundheitliche Beschwerden ferngeblieben.

Bisher ist das versprochene Arbeitsunfähigkeitszeugnis nicht eingegangen. Sie haben sich nicht mehr gemeldet und wir konnten Sie telefonisch nicht erreichen.

Die IV-Stelle Schwyz veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung, welche nach dem Zufallsprinzip dem F._____ zugelost wurde (vgl. IV-act. 291). Das von Dr.med. G._____ (Fallführung/ FMH Allgemeine Innere Medizin), Dr.med. H._____ (FMH Psychiatrie/ Psychotherapie), Dr.med. I._____ (FMH Orthopädische Chirurgie), Dr.med. J._____ (Facharzt für Neurologie) und Dr. Q._____ (FMH Handchirurgie) unterzeichnete F._____-Gutachten wurde am 22. April 2013 erstattet (IV-act. 297-2/31ff.).

F. Gestützt auf dieses F._____-Gutachten teilte die IV-Stelle A._____ mit Vorbescheid vom 17. Juni 2013 mit, es sei vorgesehen, die ganze Rente auf den nächstmöglichen Zeitpunkt aufzuheben (IV-act. 302). Dagegen liess A._____ am 16. August 2013 Einwände erheben (IV-act. 305). Mit Verfügung vom 24. September 2013 hielt die IV-Stelle daran fest, dass die ganze IV-Rente mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung aufgehoben werde (IV-act. 306). Dagegen beschwerte sich A._____ erfolglos beim Verwaltungsgericht (vgl. VGE I 2013 145 vom 9.4.2014 = IV-act. 309). Eine gegen diesen Verwaltungsgerichtsentscheid von A._____ erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht im Urteil 9C_396/2014 vom 15. April 2015 abgewiesen (IV-act. 315).

G. In der Zwischenzeit ging am 14. November 2014 bei der IV-Stelle Schwyz eine neue Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein, worauf von der behandelnden Psychiaterin Dr.med. K._____ ein aktueller Bericht eingeholt wurde (IV-act. 321), welcher am 9. Juni 2015 einging (IV-act. 324). Der konsultierte RAD-Arzt Dr.med. L._____ (Allgemeinmedizin FMH) empfahl die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens durch Prof. Dr.med. M._____ (Leitender

Arzt der R. _____; IV-act. 325), was A. _____ am 29. Juni 2015 schriftlich mitgeteilt wurde (IV-act. 326). Eine Anfrage beim Gutachter ergab, dass eine längere Wartezeit in Kauf zu nehmen sei (IV-act. 329). Am 23. September 2016 erstattete Prof. Dr.med. M. _____ das 53 Seiten umfassende Gutachten (IV-act. 335). Dazu nahm Dr.med. univ. Dr.phil. S. _____ (FMH Psychiatrie/Psychotherapie, dipl. Neuropsychologie/ RAD Zentralschweiz) am 13. Januar 2017 dahingehend Stellung, dass noch eine neuropsychologische Abklärung nötig sei (vgl. IV-act. 336-6f./7). Die IV-Stelle teilte A. _____ am 26. Januar 2017 mit, dass eine zusätzliche Begutachtung am Psychologischen Institut der Y. _____ bei Prof. N. _____ vorgesehen sei (IV-act. 337). Gegen dieses Vorgehen liess der damalige Rechtsvertreter von A. _____ am 3. Februar 2017 Einwände erheben (IV-act. 340). Dazu äusserte sich am 10. März 2017 Dr.med. univ. Dr.phil. S. _____ (IV-act. 348), worauf die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. April 2017 an der neuropsychologischen Begutachtung festhielt (IV-act. 350). Nachdem A. _____ auf eine Anfechtung dieser Zwischenverfügung verzichtete (IV-act. 351), erteilte die IV-Stelle am 20. April 2017 den Begutachtungsauftrag (IV-act. 352). Am 26. April 2017 teilte U. _____ mit, es sei aktuell nicht möglich, die gewünschte Untersuchung durchzuführen (IV-act. 353). Daraufhin wurde der Begutachtungsauftrag an Dr.phil. V. _____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/ Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) erteilt und dem damaligen Rechtsvertreter von A. _____ ermöglicht, allfällige Zusatzfragen zu stellen (IV-act. 355 bis 358). Das auf Untersuchungen vom 23. und 26. Oktober 2017 basierende neuropsychologische Fachgutachten wurde am 31. Dezember 2017 fertiggestellt (Eingang bei IV-Stelle am 4.1.2018, IV-act. 363). Zu diesem 63 Seiten umfassenden Fachgutachten nahmen der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ am 15. Januar 2018 (= IV-act. 367-9f./36) und Dr.med. univ. Dr.phil. S. _____ am 6. April 2018 (= IV-act. 367-11ff./36) Stellung. Mit Vorbescheid vom 16. April 2018 kündigte die IV-Stelle an, einen Anspruch auf eine IV-Rente zu verneinen (IV-act. 368). Nach Einblick in sämtliche IV-Akten teilte der damalige Rechtsvertreter der IV-Stelle am 19. April 2018 mit, dass er A. _____ nicht mehr länger anwaltlich vertrete (IV-act. 371). Mit Schreiben vom 26. April 2018 wies Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ darauf hin, dass er neu die Interessen von A. _____ vertrete; gleichzeitig ersuchte er um Einblick in die Akten und um Verlängerung der Frist für die Einreichung von Einwänden zum Vorbescheid (IV-act. 372). Am 25. Mai 2018 übermittelte die IV-Stelle die angeforderten Unterlagen und verlängerte die Frist für Einwendungen bis zum 30. Juni 2018 (IV-act. 376). Vier Tage später verfügte die IV-Stelle, dass kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe (IV-act. 377). Diese Verfügung wurde am 5. Juni 2018 widerrufen, weil die laufende Frist für Einwendungen zum Vorbescheid übersehen wurde (IV-act. 379). Mit

Eingabe vom 29. Juni 2018 erhob der neue Rechtsvertreter von A. _____ Einwände zum Vorbescheid (IV-act. 380). Mit Verfügung vom 6. August 2018 hielt die IV-Stelle daran fest, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde.

H. Gegen diese am 9. August 2018 eingegangene Verfügung liess A. _____ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 60 ATSG) rechtzeitig am 12. September 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 06.08.2018 aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Eingliederungsmassnahmen, allfälligerweise Rente, zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Vernehmlassung vom 23. Oktober 2018 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers (betreffend Eingliederung) folgte am 14. Januar 2019.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

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

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

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

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches

Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d; 106 V 86 Erw. 2b; 105 V 139 Erw. 1c; 98 V 166 Erw. 2). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Be-

urteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4.3.2013 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht 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 und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) *Mediziners* ist es erstens, den *Gesundheitszustand zu beurteilen* und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die *Befunde* zu erheben und gestützt darauf die *Diagnose* zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine

abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr *nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung*, d.h. sie gibt eine *Schätzung* ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die *ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage* für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person *noch zugemutet werden* können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

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

2.1.1 Ausgangspunkt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Umstand, wonach im Verwaltungsgerichtsentscheid I 2013 145 vom 9. April 2014 gestützt auf das interdisziplinäre F. _____-Gutachten vom 22. April 2013 darauf abgestellt wurde, dass für adaptierte, nur mit der rechten Hand durchführbare Tätigkeiten bzw. für solche, bei welchen die linke Hand höchstens (in beschränktem Ausmass) „als Zudienhand“ benötigt wird, grundsätzlich eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten zu veranschlagen ist (vgl. zit. VGE I 2013 145 Erw. 4.5). Dieses Ergebnis wurde u.a. auch dadurch untermauert, dass der Versicherte beim Vorstellungsgespräch für einen Trainingsarbeitsplatz bei der P. _____ in Brunnen die linke Hand zu Hilfe nahm und damit belegte, dass er im Alltag durchaus auch seine linke Hand einsetzt (vgl. zit. VGE I 2013 145 Erw. 4.2). Dafür sprach aber auch, dass der Versicherte - trotz geltend gemachter „Nichteinsetzbarkeit der linken Hand“ - symmetrische Extre-

mitäten bzw. keine Schonungszeichen aufwies (vgl. zit. VGE I 2013 145 Erw. 3.4 „praktisch identische Ober- und Unterarmumfänge“, siehe auch IV-act. 161-3/4).

2.1.2 Eine Beschwerde gegen den erwähnten VGE I 2013 145 hat das Bundesgericht abgewiesen. Im Urteil 9C_396/2014 vom 15. April 2015 betonte das Bundesgericht unter anderem, dass die ärztlich festgestellte fehlende Atrophie bei gleichzeitig sportlich imponierender Muskulatur in der Tat nicht ins Bild einer völligen Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand passe. Das kantonale Gericht habe verbindlich festgestellt, die Ärzte hätten einen normalen Gebrauch der linken Hand verzeichnet, solange sich der Versicherte unbeobachtet fühlte, insbesondere beim Aus- und Ankleiden. Nach der Praxis sei selbst bei faktischer Einhändigkeit zwar eine erheblich erschwerte Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Dennoch sei - sogar bei Versicherten, die ihre dominante Hand gesundheitlich nur sehr eingeschränkt (z.B. als unbelastete Zudienhand) einsetzen können - ein hinreichend grosser Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten zu unterstellen (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C_396/2014 Erw. 5.2). Weiter führte das Bundesgericht (in Erwägung 5.4) aus, dass (die im Austrittsbericht der Rehaklinik Z._____ erwähnte) reaktive depressive Episode grundsätzlich nicht zur Begründung einer Invalidität ausreiche. Hinweise auf eine relevante psychische Erkrankung fänden sich nicht in den Akten. Deswegen habe die IV-Stelle ohne Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auf ergänzende psychiatrische Abklärungen verzichten dürfen. Selbst bei funktioneller Einarmigkeit wegen Gebrauchsunfähigkeit der dominanten Hand wäre grundsätzlich eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu bejahen gewesen. Eine Rentenzusprechung gestützt auf blosser Schmerzäusserungen der versicherten Person sei unzulässig.

2.2 Nach der erneuten IV-Anmeldung berichtete Dr.med. K._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) am 28. Mai 2015 der IV-Stelle folgende geänderten Diagnosen (IV-act. 324-1/5):

Seit dem 08.07.2014:

- Persönlichkeitsstörung impulsiver Typ ICD-10:F60.30

Seit dem 27.05.2014:

- Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom ICD-10:F62.80 mit narzisstischen Zügen ICD-10:F60.80 bei zunehmender körperlichen Überforderung und Erschöpfung ohne vollständige Remission
- Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom ICD-10:F32.01
- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ICD-10:F90.0

Des Weiteren erwähnte die behandelnde Psychiaterin, dass sie dem Versicherten einen Klinikaufenthalt angeboten habe, was er abgelehnt habe. Dadurch sei

die Dosierung des Risperdals erhöht worden, was nur teilweise eine Stabilisierung in Bezug auf seine Impulsivität gebracht habe (vgl. IV-act. 324-2/5 Ziff. 3).

2.3 In der Folge erachtete der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ eine psychiatrische Begutachtung an einer Universitätsklinik als angebracht, wobei er Prof. Dr.med. M. _____ vorschlug (IV-act. 325-4/4). Das entsprechende Fachgutachten wurde am 23. September 2016 erstattet (IV-act. 335).

2.3.1 Dieses versicherungsmedizinische Fachgutachten gliedert sich wie folgt:

- Umschreibung des Auftrags (IV-act. 335-2/53);
- **1. Aktenauszug** (IV-act. 335-2/53 bis IV-act. 335-19/53);
- **2. Exploration**
- **2.1 Anamnese** (subjektive Angaben/ aktuelle Beschwerdesymptomatik, IV-act. 335-20/53 bis 335-22/53);
 - Zukunftsperspektive;
 - Selbstkonzept/ Krankheitskonzept (IV-act. 335-22/53);
 - Eigene Arbeitsfähigkeit (IV-act. 335-23/53);
 - Aktuelle Lebenssituation (IV-act. 335-23/53 - 335-25/53);
 - Persönliche Anamnese (IV-act. 335-25f./53);
 - Aktuelle Therapien (IV-act. 335-26/53);
 - Beziehungsgestaltung/ Familiäre Entwicklung;
 - Familienanamnese (IV-act. 335-26/53);
 - Vegetative Anamnese (IV-act. 335-27/53);
 - Medikamentenanamnese;
 - Drogenanamnese;
 - Psychiatrische Vorgeschichte/ Krankheitsvorgeschichte (IV-act. 335-27/53 bis IV-act. 335-30/53);
- **2.2 Untersuchung** (IV-act. 335-30/53);
- Psychopathologischer Befund (IV-act. 335-31f./53);
- **2.3 Zusatzuntersuchungen** (IV-act. 335-32/53);
- **3. Diagnosen** (psychiatrisch) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 335-32/53);
- Diagnosebildung, Krankheitsentwicklung und differential-diagnostische Überlegungen (IV-act. 335-33/53
- Entwicklung vor dem Unfall in 11/1993 - Primärpersönlichkeit (IV-act. 335-33f./53);
- Entwicklung nach dem Unfall in 11/1993 (IV-act. 335-34/53 - 335-38/53);
- Aktuelle psychiatrische Einschätzung unter Berücksichtigung des Längsverlaufs (IV-act. 335-38/63 -335-42/53);
- Fähigkeiten orientierend gemäss Mini-ICF;
 - Anpassung an Regeln und Routinen/ Planung und Strukturierung von Aufgaben/ Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (IV-act. 335-42f./53);
 - Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit/ Durchhaltefähigkeit
 - Selbstbehauptungsfähigkeit;
 - Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit (IV-act. 335-43f./53);
 - Familiäre Beziehungen, spontane Aktivitäten;
 - Selbstpflege, Verkehrsfähigkeit;
- **4. Beurteilung** (IV-act. 335-44/53 - 335-48/53

- Prognose
- Antworten auf Fragen des Auftraggebers (IV-act. 335-50/53 - 335-53/53).

2.3.2 Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr.med. M. _____ stellte folgende Diagnosen (IV-act. 335-32f./53):

1. Depressiv-dysphorische Symptomatik, initial im Sinne einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ersten 2 Jahre; ICD-10; F43.25), bei jetzt nicht mehr erfülltem Zeitkriterium auf dem Hintergrund der vorliegenden Akten als Dysthymie (ICD-10; F34.1) zu fassen, DD leichte depressive Episode [Vollbild einer Verbitterungsstörung, welche jedoch nach ICD-10 nicht diagnostisch gültig ist].
2. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10; F54; psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten)

2.3.3 In seiner Einschätzung führte der Gutachter u.a. aus, dass sich im Verlauf der Jahre nach dem Unfall (1993) das typische Bild einer Verbitterungsstörung entwickelte. Diese Bild umfasse symptomatisch ein anhaltendes Gefühl von Verbitterung, verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit, einer vorwurfsvollen Haltung sich selbst und anderen gegenüber, aggressiven Fantasien bis hin zu Gedanken an Suizid und auch erweiterten Suizid. Als weitere Symptome seien Antriebsfluktuationen auffällig sowie eine innere Unruhe. Die Grundstimmung sei dysphorisch gereizt. All diese Kriterien seien mustergültig erfüllt (mit Ausnahme des geforderten sozialen Rückzugs, der sich beim Exploranden weder durch die Behandler noch durch den Referenten explorieren liess). Die Diagnose (einer Verbitterungsstörung) sei jedoch nach ICD-10 nicht zugelassen, entsprechend werde auf die Diagnose einer Dysthymie ausgewichen. Dabei handle es sich definitionsgemäss um eine leichte psychische Störung, bei der die Abgrenzung zur Normalpsychologie nicht immer gelinge (IV-act. 335-40/53).

Den von den aktuellen Behandlern postulierten Diagnosen (Behandlungsbeginn erst im Jahr 2014 nach dem Rentenentzug) konnte der Gutachter nicht folgen (IV-act. 335-40f./53). Der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom hielt der Gutachter u.a. entgegen, das aktuell im Querschnitt zu erkennende Ressourcenprofil mit einer durchaus differenzierten Interaktion, einem aufmerksamen und grundsätzlich auch gut schwingungsfähigen Exploranden sei klar mit der doch schwerwiegenden Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nicht vereinbar (IV-act. 335-41/53 Mitte). Auch die Kriterien einer somatoformen Schmerzerkrankung oder einer anderen somatoformen Störung seien aus dem dokumentierten Verlauf heraus nicht zu validieren, aber auch nicht auszuschliessen. Indes sei zu berücksichtigen, dass der Explorand die Schmerzsymptomatik nicht in den Vordergrund der Exploration stelle, sondern vielmehr das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein (IV-act. 335-41/53 unten). Die Diagnose einer somatoformen Störung werde ent-

sprechend auch durch die aktuell behandelnden Ärzte so nicht aufgenommen. Auch die nach den vorliegenden Berichten fehlende Atrophie der häufig in Schonhaltung präsentierten linken Extremität spreche gegen eine solche Störung (IV-act. 335-41/53 unten).

Zusammenfassend sei es gutachterlich-psychiatrisch aktuell nicht möglich, die partiell nachvollziehbare Verbitterung des Exploranden mit den aggressiv-dysphorischen Verhaltensauffälligkeiten in einem ausreichenden Masse einer (erheblichen) psychischen Störung nach ICD-10 zuzuordnen (IV-act. 335-42/53 unten). Es liege aktuell lediglich eine leichte psychische Störung vor, die aber aufgrund der massiven Verbitterung mit auch normalpsychologischen Anteilen ein klinisches Bild ergebe, welches einer schweren Störung zu ähneln scheine. Diese Ähnlichkeit müsse aber deutlich abgegrenzt werden gegenüber einer bewussten Aggravation oder gar einer Simulation, die der Gutachter beim Exploranden so nicht erkennen könne. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Rentenentzug nach langjähriger „Rentenverordnung“ einen starken Stimulus zur Destabilisierung darstelle und die Verbitterung nachvollziehbar mache. Dennoch gelte es hier aus versicherungsmedizinischer Sicht die normalpsychologischen Anteile abzugrenzen. Dies schliesse es jedoch nicht aus, dass der Explorand auch einmal in einer Kurzschlussreaktion aufgrund der subjektiv erlebten Bedrängnis erheblich überreagieren könnte (IV-act. 335-48/53 unten).

2.3.4 Zur Fragestellung der Auswirkungen auf die (zumutbare) Arbeitsfähigkeit nahm der Gutachter schliesslich wie folgt Stellung (vgl. IV-act. 335-50f./53):

Aufgrund der aktuell im Gegensatz zu den Behandlern gesehenen psychischen Störungen lediglich leichter Ausprägung kann trotz der durchaus tragischen Gesamtsituation des Exploranden eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit (psychiatrisch) aktuell nicht gesehen werden. Diese Einschätzung basiert auf dem gesehenen Ressourcenprofil, das der Explorand trotz der im ersten Aspekt erheblichen Dysphorie augenscheinlich durchaus auch in den Alltag, sowie auch in die aktuelle Exploration einbringen kann. Es ist jedoch gutachterlich ausgesprochen schwierig, die Chronifizierung/ Dekonditionierung (institutionell abgesegnete Arbeitsunfähigkeit), insbesondere seit Zusprache der Rente in 2002, medizinisch korrekt zu gewichten. In einer Annäherung (psychiatrischer Bereich) geht der Referent davon aus, dass eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 50% in einer den körperlichen Fähigkeiten angepassten Tätigkeit vorliegend ist, als auch medizinisch-theoretisch eine höhere Arbeitsfähigkeit bis zumindest 80% in den nächsten Jahren erreicht werden könnte. Auf der anderen Seite muss aber der eigentlich leichten psychischen Störung ein unübliches Gewicht gegeben werden aufgrund des langjährigen, dysfunktionalen Verlaufes. Es wäre ein Umfeld zu fordern, dass zumindest nicht überdurchschnittlich interpersonelle Konflikte aufweist und keine erheblichen Stressspitzen, eine klare personelle, wohlwollende Führungszuordnung (Vorgesetzter) wäre sicherlich hilfreich, sowie ein externes Coaching am Arbeitsplatz. Vorgängig wäre jedoch eine Berufsberatung, gegebenenfalls auch bei Nachweis entsprechender Motivation eine Umschulung zu lancieren, was die somatischen

Einschränkungen adäquat berücksichtigt. Grundsätzlich ist in den genannten Arbeitspensen jedoch die Leistungsfähigkeit nicht zusätzlich eingeschränkt.

Die genannte Arbeitsunfähigkeit hat sich wie gesagt am ehesten erst im Gefolge der Berentung sukzessive entwickelt, aufgrund der schlechten Dokumentationslage wäre eine genauere Quantifizierung/ Datierung zu spekulativ.

Im Übrigen empfahl der Gutachter hinsichtlich der Wiederaufnahme einer Tätigkeit initial eine wesentliche Begleitung und ein schrittweises Vorgehen (IV-act. 335-53/53).

2.4 Dr.med.univ. Dr.phil. S._____ vertrat in der Stellungnahme vom 13. Januar 2017 den Standpunkt, dass durch das Gutachten von Prof. Dr.med. M._____ der zugrundeliegende Gesundheitsschaden des Versicherten leider nicht abgeklärt werden konnte, deswegen die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Prof. Dr.med. M._____ hinfällig und zur weiteren Abklärung ein neuropsychologisches Gutachten notwendig sei (IV-act. 336-6f./7). In einer zusätzlichen Stellungnahme vom 10. März 2017 ergänzte Dr.med.univ. Dr.phil. S._____ sinngemäss, dass der Gutachter Prof. Dr.med. M._____ keine Belege oder Befunde erhoben habe, welche als typische Zeichen einer Dysthymie gelten würden (wie verminderter Antrieb, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialer Rückzug, Interessenverlust, verminderte Gesprächigkeit etc.). Allerdings würden psychopathologische Zeichen aufgeführt, die in Richtung Impulssteuerungsprobleme und emotionale Regulationsprobleme hinweisen könnten. Das funktionelle Ausmass solcher Probleme zu beurteilen sei Aufgabe von neuropsychologischen Gutachtern. Dazu würden klinische neuropsychologische Interviews und psychologische Tests eingesetzt (vgl. IV-act. 348-7f./9).

2.5.1 Das neuropsychologische Fachgutachten vom 31. Dezember 2017 basiert auf Untersuchungen, welche Dr.phil. V._____ am 23. Oktober 2017 (9.30 Uhr bis 13.00 Uhr; 14.15 Uhr bis 17.00 Uhr) sowie am 26. Oktober 2017 (12.00 Uhr bis 17.30 Uhr) durchführte (IV-act. 363-3/63). Im ersten Teil des Gutachtens wurden der Auftrag, der Sachverhalt und die Fragestellung erläutert. Anschliessend folgt eine ausführliche Zusammenfassung der IV-Akten (inkl. UV-Akten, vgl. IV-act. 363-4/63 bis 363-36/63). Unter Ziffer 3 des Gutachtens werden die aktuellen Beschwerden (3.1), die Berufs-/Arbeits- und Tätigkeitsanamnese (3.2), die Sozialanamnese/ Kontextfaktoren (3.3), die Medikamente/ Therapien/ Noxen/ (3.4), frühere Erkrankungen (3.5) sowie die Selbsteinschätzung (3.6) aufgeführt. Ziffer 4 des Gutachtens (Neuropsychologische Befunde/ Funktionseinbussen) gliedert sich in (IV-act. 363-40ff./63):

- 4.1 Eingesetzte Testverfahren
- 4.2 Klinischer Eindruck und Verhalten
- 4.3 Testbefunde
 - Kriterien der Leistungseinschätzung

Funktionsbereiche

Aufmerksamkeit

Alertness/ Aufmerksamkeitsaktivierung
Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit
Selektive Aufmerksamkeit
Visuell-auditive Aufmerksamkeitsteilung
Merkspannen

Lernen / Gedächtnis

Verbal
Nonverbal

Exekutive Funktionen / Problemlösendes Denken

Arbeitsgedächtnis
Erkennen von Wesentlichem
Wahrnehmungsgebundenes schlussfolgerndes Denken

Visuelle Wahrnehmung / Raumsinn

Rechnen

Beschwerdvalidierung

4.4 Zusatzuntersuchungen

2.5.2 Die Gutachterin fasste die neuropsychologischen Diagnosen wie folgt zusammen (IV-act. 363-49/63 unten):

- Nicht-authentische neuropsychologische Funktionsstörungen bei möglichen darunterliegenden authentischen Anteilen leichten Ausmasses im Zuge der Schmerzproblematik
- Übertriebene Beschwerdendarstellung insbesondere der somatischen, aber auch der psychischen und kognitiven Symptome und Beeinträchtigungen.

2.5.3 In der neuropsychologischen Beurteilung führte die Gutachterin u.a. was folgt aus (IV-act. 363-50ff./63):

In der aktuellen neuropsychologischen Begutachtung beklagte der Explorand neben zahlreichen somatischen Beschwerden, allen voran Schmerzen in nahezu der gesamten linken Körperhälfte einschliesslich des Kopfes, diffuse Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, ohne konkrete Beispiele oder Einschränkungen im Alltag nennen zu können. Als weiteres Problem benannte er eine verminderte Emotions- und Impulskontrolle in Form von Gereiztheit und aggressivem Verhalten, was er trotz Pharmakotherapie nicht in den Griff bekäme. Psychotherapie könne er sich wegen des Selbstbehalts nicht mehr leisten. Wut und Erregung angesichts des aus Sicht des Exploranden verpfuschten Lebens und des erlittenen Unrechts als Folge des Unfalls 09.11.1993 flammte auch während der Gesprächsphasen immer wieder auf, waren aber mit einer Ausnahme am zweiten Untersuchungstermin steuerbar. Während der testpsychologischen Untersuchung im engeren Sinne war der Explorand zu keinem Zeitpunkt besonders gereizt, erregt oder gar aggressiv. Er zeigte sich während der Abklärung mehrheitlich kooperativ und anstrengungsbereit. Die kognitive und psychophysische Belastbarkeit war für die Dauer von je 6.5 und 5.5 Stunden gegeben, ohne dass ein erhöhter Pausenbedarf bestand oder (am ersten Untersuchungstag) ein Leistungsabfall zu beobachten gewesen wäre. Die subjektive Schmerzintensität wurde als mittelgradig und unter Belastung zunehmend beschrieben, am ersten Untersuchungstag nahm der Explorand deshalb nach einigen Stunden mentaler Belastung Novalgin ein, woraufhin das Schmerzniveau nach seinen Angaben stabil blieb. In der psychometrischen Prüfung fanden sich im Bereich der Aufmerksamkeit formal eine leicht- bis mittelgradige intrinsi-

sche und phasische Aktivierung, eine mittel- bis schwergradige Verlangsamung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und eine schwer beeinträchtigte Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung bei erhaltener selektiver Aufmerksamkeit bzw. Impulskontrolle und normgerechter Merkspanne. Die mnestischen Funktionen erschienen in beiden Modalitäten beeinträchtigt. Im Bereich der exekutiven Funktionen bildeten sich ein leicht beeinträchtigtes verbales Arbeitsgedächtnis und eine schwer beeinträchtigte Fähigkeit zum Erkennen von Wesentlichem ab, während die Leistungen bei verschiedenen Anforderungen an das wahrnehmungsgebundene Denken im unteren Normbereich lagen. Berücksichtigt man den Umstand, dass die SPM bei Erwachsenen im oberen Leistungsbereich wenig gut differenzieren, die damaligen Normen aus heutiger Sicht überaltert sind sowie den Flynn-Effekt, so entspricht die aktuell gezeigte Leistungsfähigkeit speziell beim nonverbalen schlussfolgernden Denken in etwa jener, wie sie 1999 im Rahmen der Berufsberatung erhoben worden ist. Kopfrechnen war derzeit ausreichend gut möglich, ebenso das Diskriminieren von Figurengruppen.

Als mögliche Ursachen kognitiver Leistungseinbussen sind beim Exploranden die chronische Schmerzbelastung und psychische Beschwerden zu diskutieren. Medikamentöse Einflüsse können weitgehend ausgeschlossen werden, da mit Ausnahme von Cymbalta die pharmakologischen Spiegel der übrigen, angeblich regelmäßig eingenommenen Psychopharmaka unterhalb der Nachweisgrenze lagen.

(...)

Die Performanzvalidierung belegte allerdings sowohl in stand-alone Verfahren als auch in testinternen Validierungsparametern und somit über alle Funktionsbereiche und verschiedene Zeitpunkte hinweg eine mehrheitlich unzureichende Anstrengungsbereitschaft. (...) Neben den invaliden Befunden aus der Leistungsprüfung erwies sich auch die Beschwerdendarstellung als übertrieben, wie sich aus diversen Validitätsskalen des MMPI-2 und der Verhaltensbeobachtung ableiten lässt (s.a. Punkt 6.6 Konsistenzprüfung). Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass sich unter den, - somatische, kognitive als auch emotionale Beschwerden betreffenden - Übertreibungen ein echter Leidensdruck abbildet, der differentialdiagnostisch am ehesten einer Dysthymie oder einer unspezifischen Somatisierungsstörung zuzuordnen ist. Eine zusätzlich bestehende Persönlichkeitsstörung ist zu diskutieren, zumindest eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung ist hochwahrscheinlich. (...)

Wie unter Punkt 6.6 ausführlich beschrieben, sind beim Exploranden sowohl bewusstseinsnahe, eine Aggravation nahelegende Anteile der übertriebenen Beschwerdenpräsentation inklusive testpsychologischer Minderleistungen festzumachen, als auch Anteile, die eher im Zuge der Psychopathologie zu verstehen sind. Zudem ist das die Beschwerden übertreibendes Verhalten des Exploranden, ähnlich wie das aggressive Verhalten, im Laufe der Wiedereingliederungsbemühungen und der Auseinandersetzungen mit den Versicherungen von vielen Seiten in nicht unerheblichem Mass verstärkt worden. Eine prozentuale Aufteilung erscheint im vorliegenden Fall kaum möglich.

(...) In der Rückschau hat das vom Exploranden über die Jahre gezeigte aggressive Verhalten durchaus funktionalen Charakter. Grundsätzlich scheint der Explorand immer dann aggressiv aufzutreten zu sein, wenn er mit Entscheidungen von Ärzten oder Institutionen (teils zu Recht) nicht einverstanden war, er seine persönlichen Vorstellungen durchsetzen wollte und/oder ihm die Argumente ausgingen. (...) Zumindest gegenüber den Versicherungen war der Explorand mit seinen aggressiven Durchbrüchen immer wieder erfolgreich und konnte mehrheitlich errei-

chen, dass Beschlüsse nochmals reevaluiert und zu seinen Gunsten modifiziert wurden. Hierdurch wurde der Explorand in seinem aggressiven Verhalten verstärkt, was gemäss lernpsychologischer Erkenntnisse zwangsläufig zu einer Zunahme dieses problematischen Verhaltens führt. (...) Der Hausarzt Dr. O. _____ brachte es in einem Telefonat mit der IV-Stelle Schwyz im Mai 2015 auf den Punkt als er sagte, dass der Explorand mit seinem aggressiven Verhalten und seiner Impulsivität erreichen wolle, dass er endlich ernst genommen werde (was er wohl mit einer erneuten Rentenzusprache gleichsetzt). Auch anlässlich der jetzigen neuropsychologischen Begutachtung „drohte“ der Explorand mit Gewalt und Racheakten, sollte man ihn „mit dem Rücken zur Wand stellen“ (*er stellte sich dabei in die Zimmerecke hinter der Tür*). Insofern ist eine Selbst- und Fremdgefährdung nicht auszuschliessen. Eine grundsätzlich verminderte Impulskontrolle bildete sich in der aktuellen Begutachtung nicht ab. Testpsychologisch zeichnet sich weder in einem Go/Nogo-Paradigma noch bei der Alertness-Prüfung eine verminderte Suppressionsfähigkeit ab. (...) Zwar zeigte sich während der gesamten Abklärung eine bereits von Prof. M. _____ festgehaltene dysphorische Grundstimmung mit aggressiver Ausdrucksweise, dies war jedoch wie auch im Rahmen seines psychiatrischen Gutachtens (und auch schon bei der F. _____ - Begutachtung) über weite Strecken steuerbar und kontrollierbar. Erst als der Explorand seine Aussage widerlegt sah, die verordnete sedierende Medikation einzunehmen und sich somit in die Enge getrieben fühlte, explodierte er und schleuderte ein Wasserglas mit solcher Wut vom Tisch bzw. gegen ein Sideboard, dass es buchstäblich „in tausend Stücke“ zerbrach. Dieser Wutausbruch geschah so schnell, unvermittelt und letztlich auch unerwartet, dass er von der Referentin als authentisch gewertet wird. Die Tatsache, dass der Explorand die sedierende Medikation mit Orfiril (hier wurde die mitgeführte Packung zuletzt im Januar 2016 bezogen), Risperdal und Truxal - entgegen seiner Behauptung - einige Zeit vor der aktuellen Begutachtung sistiert haben musste, weist darauf hin, dass der Leidensdruck des Exploranden zumindest in Bezug auf die Impulsivität bzw. Aggressivität abgenommen zu haben scheint. Nach eigenem Bekunden scheint er Fischen diesbezüglich als ausreichend hilfreich zu erleben, was angeblich auch von seiner Familie bestätigt werde.

(...)

Die Verkehrsfähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist gegeben. Zur Fahreignung lassen sich aufgrund der negativen Antwortverzerrung in den Leistungstests keine verlässlichen Aussagen machen. Würde man die erhobenen Befunde als valide betrachten, wäre die Fähigkeit ein Fahrzeug zu lenken zu verneinen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass es erstaunlich ist, dass angesichts der vermeintlich stark eingeschränkten Impulskontrolle und der Medikation mit mehreren sedierend wirkenden Substanzen in den letzten Jahren, sich keiner der medizinischen Fachpersonen genötigt sah, das Autofahren zu unterbinden oder die Fahreignung prüfen zu lassen.

(...)

Insgesamt überschritten die Antworten von A. _____ in 12 von 15 Skalen zur Aufdeckung negativer Antworttendenzen den empfohlenen Trennwert (...). Auf der Basis der internationalen Literatur liegt die positive Vorhersagekraft dieses Ergebnisses bei 100%, d.h. der Explorand gehört mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Personen, die ihre Beschwerden stark übertrieben darstellen. (...) Der Explorand erzielte auf der Fake Bad Skala (FBS) einen Summenscore von 37 (von max. 43 möglichen Punkten). In der o.g. deutschen Studie

zum MMPI-2 ging bereits ein Summenscore von 34 Punkten mit einer 100%igen Wahrscheinlichkeit einher, zur Gruppe nicht-authentischer Exploranden zu gehören. Der hohe Wert auf der Response Bias Scale (RBS) und die darin zum Ausdruck gebrachten Gedächtnisstörungen können angesichts der vom Exploranden erzielten Werte auf den Seltenheitsskalen (F, Fb und Fp) zunächst noch als Ausdruck emotionaler Probleme verstanden werden. Zieht man jedoch die negative Antwortverzerrung in den Leistungstests, also die auffälligen Performanzvalidierungsverfahren hinzu, so ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Gedächtnisstörungen in übertriebenem Ausmass geschildert wurden. (...)

Zusammenfassend kann es also als erwiesen betrachtet werden, dass der Explorand seine somatischen, kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen stark übertreibt. Dennoch besteht gemäss dem Antwortmuster in den weniger verfälschungsanfälligen Harris-Lingoes-Skalen auch ein hoher authentischer Leidensdruck mit ständiger Beschäftigung mit seinen somatischen Beschwerden, emotionaler Entfremdung von sich und Anderen und mangelnder Kontrolle über sein Erleben bzw. unzureichender Fähigkeit, seine Gefühle zu steuern. Diese eingeschränkte Steuerungsfähigkeit führt beim Exploranden offenbar zu Angst vor völligem Kontrollverlust bzw. zur Angst, verrückt zu werden. Er fühlt sich von seinen Problemen überwältigt und sieht bei sich keine Ressourcen, für einen konstruktiven Umgang damit. (...)

Auf diesem Hintergrund können die übertriebene Beschwerdenschilderung und die invaliden Testbefunde auch als aus diesem subjektiven Leidensdruck heraus und weniger bewusstseinsnah unternommener Versuch verstanden werden, die Gutachterin vom empfundenen Leid und der subjektiven Aussichtslosigkeit seine Situation verbessern zu können, zu überzeugen. (...)

(...) Leichte Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Exploranden und der Klinik finden sich auch im handchirurgischen Gutachten des F. _____ vom April 2013. Die eindrücklichste Diskrepanz besteht jedoch zwischen dem beschriebenen Schmerzerleben bezüglich der linken Hand und der Tatsache, dass der Explorand während der PC-Tests, die zwingend eine Betätigung der Reaktionstaste mit der dominanten, rechten Hand erforderten, den Kopf in die linke Hand stützte.

2.5.4 Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich die Gutachterin u.a. dahingehend, dass zunächst alle Tätigkeiten zumutbar seien, die dem körperlichen Anforderungsprofil entsprechen würden. Inwieweit sich Einschränkungen aus einer möglicherweise im Zuge von Schmerzinterferenzen bestehenden, limitierten kognitiven Leistungsfähigkeit ergäben, könne angesichts der negativen Antwortverzerrung gerade in den hierbei relevanten Funktionsbereichen nicht beurteilt werden. Wie für viele Schmerzpatienten sei sicher eine Tätigkeit ohne grossen Zeitdruck, mit möglichst gleichmässiger Arbeitsbelastung und eher niedrigen Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis und die Aufmerksamkeitsteilung und nicht allzu hoher Lärmbelastung günstig. Sodann sei eine konfliktarme Umgebung mit klaren hierarchischen Strukturen von besonderer Wichtigkeit. In einem derart angepassten Arbeitsplatz könne vom Exploranden angesichts des klinischen Eindrucks und des trotz invalider Befunde fehlenden Leistungsabfalls mindestens eine Anwesenheit von 50-60% erwartet werden (IV-act. 363-60/63).

2.5.5 Auf die Frage, ob die Schlussfolgerungen im Gutachten von Prof. Dr.med. M._____ nachvollziehbar seien, antwortete die Gutachterin Dr.phil. V._____ dahingehend, dass sie den Ausführungen des Professors über weite Strecken zu folgen vermöge. So ergebe sich aus der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung unter Einsatz des MMPI-2 hinsichtlich der psychischen Problematik im Wesentlichen das gleiche Spektrum an Differentialdiagnosen, wie sie auch vom Professor diskutiert worden seien. Uneinigkeit bestehe aber im Hinblick auf eine (zusätzliche) Aggravation von Beschwerden. Diesbezüglich verlasse sich der Professor (wider besseren Wissens) allein auf den klinischen Eindruck, der zu einem fehlerbehafteten Urteil führe. Dennoch könne seiner Einschätzung des Wiedereingliederungspotentials und der nötigen Massnahmen zu dessen Umsetzung gefolgt werden, da eben hinter der Aggravation ein authentisches Leiden festzumachen sei. Auch wenn sie (die Gutachterin) analog wie Prof. Dr.med. M._____ die Steuerung seiner aggressiven Impulse mehrheitlich zutraue, sei doch festzuhalten, dass es situationspezifisch zu aggressiven Durchbrüchen mit Sachbeschädigung kommen könne. Trotz der nachgewiesenen übertriebenen Beschwerdenpräsentation halte die Gutachterin den erlebten Wutausbruch für authentisch. Umso bedeutsamer sei eine stringente und klare, jedoch gleichzeitig vorurteilsfreie und respektvolle Führung des Exploranden (IV-act. 363-62f./63).

2.6 Dr.med.univ. Dr.phil. S._____ gelangte in der Stellungnahme vom 6. April 2018 sinngemäss zum Ergebnis, dass bei der neuropsychologischen Untersuchung des Versicherten sich eindeutige und erhebliche Verfälschungstendenzen sowie an realen psychischen Beschwerden testpsychologisch einzig leichtgradige Verstimmungen objektivieren liessen, die vor allem im Zusammenhang mit Themen wie Sozialversicherungen und medizinische Behandlungen auftreten würden. Eine Tendenz zu Störungen der Aggressivität und Impulskontrolle habe nicht objektiviert werden können. Zwar seien in einzelnen Situationen zornige unbeherrschte Reaktionen beobachtet worden, welche aber von beiden Gutachtern grundsätzlich als steuerbar eingestuft würden. Die von Prof. Dr.med. M._____ verwendete Diagnose „Verbitterungsstörung“ sei nicht ICD-konform, die hierfür typischen Symptome würden nicht konkret ausgewiesen, so dass diese diagnostische Einschätzung nicht nachvollziehbar sei. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die unbegründete Kodierung der postulierten Verbitterungsstörung unter ICD-10 F34.1 (Dysthymia). Auch die sog. Verbitterungsstörung sei in der Regel ein leichtgradiges Krankheitsbild, es sei denn, es gäbe massive, den gesamten Alltag störende Funktionseinschränkungen, welche von beiden Gutachtern nicht festgestellt worden seien. Durch Anwendung einer beweisgestützten, evidenzbasierten diagnostischen Methode sei überwiegend wahrscheinlich,

bei dem Versicherten von einer massiven primären Aggravation auszugehen. Somit liessen sich Ausschlussgründe objektivieren. Im Dossier des Versicherten seien zudem zahlreiche Diskrepanzen vorhanden, die sich „wie ein roter Faden“ durch den gesamten Versicherungsverlauf ziehen würden. In diesem Zusammenhang weise die neuropsychologische Gutachterin dem psychiatrischen Gutachter einen schwerwiegenden fachlichen Fehler nach. Sie moniere, dass Prof. Dr.med. M. _____ rein basierend auf seinem eigenen persönlichen „Eindruck“ beim Versicherten eine Aggravationstendenz ausgeschlossen habe. Differentialdiagnostisch kämen beide Gutachter zum Schluss, dass beim Versicherten keine Persönlichkeitsstörung vorliege und seine Ressourcen als „erheblich“ einzustufen seien. Als wesentlich für die Befindlichkeit des Versicherten im Längsverlauf seien soziale Belastungsfaktoren hervorzuheben, hierbei seien vor allem die Rentenaufhebung und die Niederlage vor dem Bundesgericht als Kulminationspunkte anzuführen. Zusammenfassend sei aus rein versicherungspsychiatrischer und neuropsychologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die bisherige und angepasste Tätigkeit(en) auszugehen (IV-act. 367-34f./36).

3. Eine gerichtliche Würdigung des konkreten Falles nach Massgabe der vorliegenden Aktenlage zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Vorab ist festzuhalten, dass der Versicherte umfassend abgeklärt worden ist, namentlich auch aus psychiatrischer sowie aus neuropsychologischer Sicht. Im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung ist nicht mit neuen wesentlichen Erkenntnissen durch zusätzliche Untersuchungen zu rechnen, weshalb eine weitere Begutachtung ausser Betracht fällt. Darauf wurde in der Vernehmlassung der Vorinstanz (Ziff. 15 in fine) zu Recht hingewiesen.

3.2 Der RAD-Arzt Dr.med. L. _____ hat nach Eingang des letzten (neuropsychologischen) Gutachtens die Sachlage aus allgemeinmedizinischer Sicht in einer Stellungnahme vom 15. Januar 2018 überzeugend wie folgt zusammengefasst (IV-act. 367/9/36):

Beim Versicherten besteht eine depressiv-dysphorische Störung, welche ich - als Nicht-Psychiater - als Dysthymie bezeichnen würde. Zusätzlich - neben dieser psychiatrischen Kernproblematik - werden die Beschwerden in der Untersuchung gesteuert verstärkt dargestellt im Sinne einer „nicht-authentischen neuropsychologischen Funktionsstörung“. Die verordneten Medikamente nimmt der Versicherte nur teilweise und in zu niedriger Dosierung ein.

Nachdem nun in mehreren Gutachten über hunderte von Seiten sehr viel über den Zustand des Versicherten geschrieben und erörtert wurde, kommt nun - leider - der Zeitpunkt, wo das Ganze für eine Rentenprüfung auf eine „nackte Zahl“ für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit heruntergebrochen werden muss.

Es ist dies der Zeitpunkt, wo ein Spannungsfeld zwischen beschreibendem und erörterndem geisteswissenschaftlichem und messendem und exakt definierendem naturwissenschaftlichem Denken entsteht - die Grundkrux der Versicherungsmedizin, pendelnd zwischen medizinischer Beschreibung einer Person versus Mithilfe der bei der verfahrenstechnischen Definition eines IV-Grades auf 2 Kommastellen genau via die durch den Mediziner attestierte Arbeitsfähigkeit auf 5-10% Arbeitsfähigkeit genau.

Gerade bei dysthymen Störungen ist dieses „Setzen einer Zahl für die Arbeitsfähigkeit“ besonders schwierig auch mit Blick auf verschiedene Leiturteile des Bundesgerichts betreffend Dysthymie (Stichwort: „nur in Ausnahmefällen invalidisierend“).

Siehe dazu auch, wie vage sich die Gutachter bei der Definition der Arbeitsfähigkeit halten. (...)

3.3 Beizupflichten ist der Feststellung des RAD-Arztes Dr.med. L._____, dass aufgrund des ursprünglichen somatischen Schadens an der linken Hand die früher angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter, aber auch die (umgeschulte) Tätigkeit als LKW-Chauffeur grundsätzlich unzumutbar sind (vgl. IV-act. 367-9/36 unten).

3.4.1 In der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2018 wird (v.a. gestützt auf die Einschätzung der RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. S._____) sinngemäss argumentiert, dass aus versicherungspsychiatrischer und neuropsychologischer Sicht im Vergleich zur Situation bei der vom Bundesgericht geschützten Rentenaufhebung seither keine Verschlechterung im Gesundheitszustand bzw. keine relevante Einschränkung der bei der Rentenaufhebung verbliebenen Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Für diese Argumentation sprechen an sich gewichtige Aspekte, namentlich die grundsätzlich leichtgradige psychische Störung, welche von Prof. Dr.med. M._____ und vom RAD-Arzt Dr.med. L._____ im weitesten Sinne einer Dysthymie bzw. dysthymen Störung zugeordnet wurde. Dieses Zwischenergebnis wird grundsätzlich auch durch folgende Umstände untermauert:

- durch die festgestellten Inkonsistenzen (wie z.B. die Diskrepanz zwischen geltend gemachter Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand im Vergleich zur Abstützung des Kopfes in die linke Hand beim erwähnten PC-Test/ fehlende Atrophie der linken oberen Extremitäten bzw. fehlende Schonungszeichen/ Diskrepanz zwischen geltend gemachter Medikamenteneinnahme und den festgestellten Medikamentenspiegel etc.),
- durch die bei der Begutachtung festgestellte übertriebene Darstellung von Beschwerden,
- sowie durch nicht authentische Funktionsstörungen (siehe oben).

3.4.2 Allerdings ist - im Einklang mit der Einschätzung des Gutachter M._____ (Erw. 2.3.4) - nicht zu übersehen, dass in diesem konkreten Einzelfall der Vorgeschichte eine massgebliche Bedeutung zukommt, und zwar dergestalt, dass die (rechtswidrige) Zusprechung einer ganzen IV-Rente (ab 2002, und zwar nicht durch die Vorinstanz, sondern durch die IV-Stelle Luzern) dazu führte, dass der Versicherte mit den erwähnten Beeinträchtigungen über mehr als 10 Jahre eine ganze IV-Rente beziehen konnte, was erst im Rahmen eines Revisionsverfahrens (mit Verfügung vom 24.9.2013; mit VGE I 2013 145 vom 9.4.2014 sowie dem Urteil des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15.4.2015) korrigiert bzw. beendet wurde. Dass dieser Rentenentzug (von einer ganzen IV-Rente auf 0) für den Versicherten zu einer erheblichen Belastungssituation führte, leuchtet ohne weiteres ein. Verhielte es sich so, dass die damalige (rechtswidrige) Rentenzusprechung durch die IV-Stelle Luzern durch ein ausschliesslich dem Versicherten anrechenbares (Fehl)Verhalten (z.B. bewusstseinsnahe Aggravation) erfolgte, wäre wohl der sinngemässen Argumentation der RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. S._____ und der Vorinstanz zu folgen, wonach die seit der erneuten IV-Anmeldung aufgetretenen bzw. allenfalls anhaltenden Beeinträchtigungen als nicht IV-relevant zu würdigen wären.

Nachdem aber der IV-Stelle Luzern ein Versagen bzw. eine Fehlleistung bei der damaligen Zusprechung einer ganzen IV-Rente und damit eine erhebliche Mitverantwortung anzurechnen ist, rechtfertigt es sich insgesamt, den langjährigen dysfunktionalen Verlauf (siehe IV-act. 335-47/53 unten; IV-act. 335-50f./53) insoweit teilweise anzurechnen, als in Anlehnung an die von den beiden Sachverständigen (Prof. Dr.med. M._____ und Dr.phil. V._____) gestellten Diagnosen und der in den erwähnten Gutachten enthaltenen Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht (wie bei Dr.med. univ. Dr.phil. S._____) von einer versicherungspsychiatrisch 100%igen Arbeitsfähigkeit, sondern von einer - jedenfalls derzeit - reduzierten Arbeitsfähigkeit von rund 60% auszugehen ist. Dieses Ergebnis enthält in erheblichem Masse auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung, welche den Besonderheiten des konkreten Einzelfalles und damit letztlich auch einer Einzelfallgerechtigkeit Rechnung trägt. Für eine solche herabgesetzte Arbeitsfähigkeit spricht schliesslich auch, dass der (49-jährige) Beschwerdeführer mit dem mehr als 10 Jahre dauernden Bezug einer ganzen Rente und der anschliessenden Stellenlosigkeit während vieler Jahre keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist und dementsprechend offenkundig eine relevante Dekonditionierung aufweist (siehe dazu auch noch nachfolgend die Ausführungen zu den beantragten Eingliederungsmassnahmen).

3.5 Was die erwerblichen Auswirkungen dieses oben hergeleiteten Arbeitsfähigkeitsgrades von rund 60% für adaptierte Tätigkeiten anbelangt, ist hinsichtlich des Einkommensvergleichs grundsätzlich an das im IVG-Revisionsverfahren berücksichtigte Valideneinkommen anzuknüpfen. Gemäss der damaligen Verfügung vom 24. September 2013 ermittelte die IV-Stelle ein Valideneinkommen von Fr. 67'889.50 (per 2012, vgl. IV-act. 306-9/10), welches im Gerichtsentscheid I 2013 145 vom 9. April 2014 (Erw. 4.7 = IV-act. 309-16/17) bestätigt und vom Bundesgericht im Urteil U 325/04 vom 1. April 2015 (IV-act. 315) nicht in Frage gestellt wurde. Angepasst an die Entwicklung des Nominallohnindex für Männer (Indexstand 2012 = 101.7; 2014 = 103.2) ergibt dies für das Jahr 2014 (= Jahr der erneuten IV-Anmeldung) ein hochgerechnetes Valideneinkommen von aufgerundet Fr. 68'891.-- ($67'889.50 : 101.7 \times 103.2 = 68'890.81$).

Hinsichtlich des Invalideneinkommens ist von der Lohnstrukturerhebung 2014 (Tabelle TA1) auszugehen, welche für Männer im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) einen monatlichen Durchschnittslohn von Fr. 5'312.-- enthält, was umgerechnet auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche einen Jahresbetrag von Fr. 66'453.12 ($5'312 : 40 \times 41.7 \times 12$) bzw. bei einer oben hergeleiteten Arbeitsfähigkeit von 60% einen Betrag von Fr. 39'871.87 ($66'453.12 \times 0.60$) ergibt. Nachdem im vorliegenden Fall für die erwähnten Beeinträchtigungen derzeit lediglich eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 60% angenommen wird (siehe oben), kann zur Festlegung des massgebenden Invalideneinkommens nicht noch zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von 15% (oder mehr) gewährt, sondern um allen Eventualitäten gerecht zu werden, höchstens ein leidensbedingter Abzug von 10% zugestanden werden. Damit ist das massgebende Invalideneinkommen auf insgesamt Fr. 35'885.-- ($39'871.87 \times 0.90$) festzulegen.

Bei einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 68'891.-- und einem oben hergeleiteten Invalideneinkommen von Fr. 35'885.-- resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 48% ($68'891 \text{ minus } 35'885 = 33'006; 33'006 : 68'891 \times 100 = 47.91$). Damit steht dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf eine IV-Viertelsrente zu. Die Festlegung des Rentenbeginns und der Nachzahlungen ist Sache der Verwaltung.

4. Hinsichtlich des Begehrens um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen drängen sich vorab die folgenden Ausführungen auf. Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 23) überzeugend ausführte, sieht sich der Versicherte derzeit nicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit auszuführen. Diese subjektive Überzeugung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit wurde in den Gutachten dokumentiert (vgl. IV-act. 335-23/53 oben; IV-act. 336-40/63 Ziff. 3.6). Solange aber der Versicherte seine subjektive Überzeugung nicht ändert, machen berufliche

Eingliederungsmassnahmen wenig Sinn. Anzufügen ist, dass nach der Aktenlage mehrfach Abklärungen und Bemühungen für eine Eingliederung des Versicherten zum Einsatz kamen, welche keinen ersichtlichen Erfolg zeitigten. Es handelt sich um:

- eine Umschulung zum LKW-Fahrer (IV-act. 43ff.);
- eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) im C._____ (IV-act. 105);
- eine gescheiterte Umschulung zum Pflegeassistenten (IV-act. 146ff.);
- eine (erfolglose) berufliche Abklärung durch die D._____ (IV-act. 153ff.);
- eine (erfolglose) Abklärung im Zentrum für berufliche Abklärung für Menschen mit einer Hirnschädigung (C._____, IV-act. 171f.);
- erfolgloser Arbeitsversuch bei der P._____ Brunnen (IV-act. 277ff.).

Nachdem all diese Bemühungen zur Eingliederung bislang scheiterten, ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz erst dann entsprechende in Frage kommende Unterstützungsmassnahmen prüft, wenn der Versicherte seine Haltung ändert und substantiiert darlegt, in welchen konkreten Berufsbereichen er für sich Arbeitsmöglichkeiten sieht. In Anbetracht der ganzen Vorgeschichte kann sich der Versicherte grundsätzlich nicht damit begnügen, passiv zu bleiben und auf Vorschläge der Vorinstanz zu warten. Vielmehr ist es seine Sache, sich bei der Vorinstanz zu melden und detailliert vorzubringen, inwiefern er seine Haltung geändert hat und sich von seiner bisherigen subjektiven Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, glaubhaft distanziert, indem er die für sich in Frage kommenden Tätigkeitsbereiche näher umschreibt. Diesbezüglich reichen die Ausführungen in seiner Eingabe vom 14. Januar 2019 nicht aus.

5. Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde insofern als teilweise begründet, als ein Anspruch auf eine IV-Viertelsrente aus den dargelegten Gründen (mit Zügen einer vermittelnden Vergleichslösung für den konkreten Einzelfall) bejaht wird. Im Übrigen wird die Beschwerde als unbegründet abgewiesen. Für dieses Ergebnis werden die Verfahrenskosten den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Zudem wird dem Beschwerdeführer für das Teilobsiegen eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung

des pflichtgemässen Ermessens ist das (reduzierte) Honorar (inkl. Auslagen/
MwSt) auf Fr. 2'000.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer ausgehend von einem ermittelten IV-Grad von aufgerundet 48% Anspruch auf eine IV-Viertelsrente hat. Die Festlegung des Rentenbeginns sowie der entsprechenden Nachzahlung von Rentenleistungen ist Sache der Verwaltung. Im Übrigen wird die Beschwerde (namentlich hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen) im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 250.--) auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so abgewickelt, dass das Verwaltungsgericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihm (bzw. seinem Rechtsvertreter) noch Fr. 250.-- durch die Vorinstanz zu bezahlen sind.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R, inkl. Kopie der Eingabe des Bf vom 14.1.2019)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 18. Januar 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 30. Januar 2019