

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 8

## Entscheid vom 16. Mai 2018

---

Besetzung

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

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. 1962, verheiratet, Vater von zwei [bald] erwachsenen Kindern) arbeitete von Januar 2003 bis Februar 2006 (17.2.2006 = letzter effektiver Arbeitstag; Kündigung per 31. Oktober 2006) als "Hilfsisoleur Flachdach" für die Firma C.\_\_\_\_\_ AG (Spenglerei/ Flachbedachung). Nach einem Sturz bei der Arbeit auf einem Flachdach (bei welchem er sich an den beiden vorderen Schneidezähnen sowie am Rücken verletzte, woraufhin psychische Probleme auftraten) meldete er sich zum Bezug von IV-Leistungen an. Die damals zuständige IV-Stelle Zürich lehnte einen Leistungsanspruch ab, was das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 30. September 2008 bestätigte (IV-act. 48). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_948/2008 vom 12. Januar 2009 abgewiesen (IV-act. 55, 60).

**B.** Auf eine erneute IV-Anmeldung ist die IV-Stelle Schwyz mit Verfügung vom 11. August 2009 nicht eingetreten (IV-act. 74). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht Schwyz mit Entscheid I 2009 117 vom 17. November 2009 abgewiesen (IV-act. 77).

**C.** In der Folge meldete sich A.\_\_\_\_\_ am 13. August 2010 nochmals zum Bezug einer IV-Rente an, unter denselben Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung (Angst und depressive Störung, gemischt mit plötzlich auftauchenden Panikattacken, gemischten Schmerzsyndromen, starke Kopfschmerzen; vgl. IV-act. 80-7/9 und 57-7/9). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 23. November 2010 darauf nicht ein (IV-act. 90), woraufhin A.\_\_\_\_\_ sich dagegen erfolglos beim Verwaltungsgericht Schwyz beschwerte (VGE I 2011 3 vom 23.3.2011 = IV-act. 94).

**D.** Nach einer erneuten Anmeldung vom 29. April 2013 (Posteingang bei der IV-Stelle) wegen anhaltender Depression und somatoformer Schmerzen sowie andauernder Persönlichkeitsstörungen veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Abklärung (IV-act. 111). Dieser Begutachtungsauftrag wurde D.\_\_\_\_\_ zugestellt. Das D.\_\_\_\_\_ -Gutachten wurde am 30. Juni 2014 erstattet (IV-act. 121). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 2. September 2014 A.\_\_\_\_\_ mit, dass ein Anspruch auf eine IV-Rente verneint werde (IV-act. 125).

**E.** Daraufhin liess A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 6. Oktober 2014 an die IV-Stelle diverse Einwände erheben und beantragte unter anderem, es sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Vorbescheidverfahren zu gewähren (IV-act. 127). Mit Verfügung vom 6. Mai 2015 hielt die IV-Stelle fest, dass das

Leistungsbegehren abgewiesen werde. Hinsichtlich der beantragten unentgeltlichen Rechtsverteiständung im Verwaltungsverfahren wurde der Rechtsvertreter gebeten, die aufgelaufenen Kosten zusammenzustellen (IV-act. 131-2/2). Mit Verfügung vom 22. Dezember 2015 der IV-Stelle wurde dem Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteiständung entsprochen (IV-act. 143).

**F.** Am 11. Juni 2015 ging beim Verwaltungsgericht eine Beschwerde von A.\_\_\_\_\_ ein mit dem Hauptbegehren, dass ihm rückwirkend ab November 2013 eine ganze IV-Rente auszurichten sei (IV-act. 133-3/26). Nachdem die IV-Stelle die angefochtene Verfügung (vom 6. Mai 2015) am 5. August 2015 widerrufen hatte (mit der Begründung, dass das Bundesgericht im Urteil 9C\_492/2014 vom 3.6.2015 seine Praxis zur Beurteilung des Rentenanspruchs wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert habe; vgl. IV-act. 138), hat der zuständige Einzelrichter des Gerichts mit Entscheid I 2015 58 vom 6. August 2015 das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden am Protokoll abgeschrieben (IV-act. 139).

**G.** Am 31. März 2016 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter von A.\_\_\_\_\_ mit, dass eine psychiatrische Abklärung notwendig und die Begutachtung beim Psychiater Dr.med. E.\_\_\_\_\_ vorgesehen sei (IV-act. 147). Am 20. April 2016 informierte der Rechtsvertreter, dass gegen den Gutachter keine Einwände erhoben werden; zudem wurden Ergänzungsfragen für den Gutachter eingereicht (IV-act. 150). Am 2. Juni 2016 erstattete der beauftragte Psychiater das 33 Seiten umfassende Gutachten (IV-act. 154). Daraufhin eröffnete die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 18. Juli 2016, dass ein Anspruch auf IV-Leistungen verneint werde (IV-act. 158).

**H.** Mit Eingabe vom 8. August 2016 forderte der Rechtsvertreter von A.\_\_\_\_\_ von der IV-Stelle die Akten (v.a. das Gutachten) an und ersuchte um eine Bestätigung der früher (am 22.12.2015) bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteiständung (IV-act. 159). Im Anschluss daran verfügte die IV-Stelle am 18. August 2016, dass das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteiständung abgewiesen werde (IV-act. 160). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 22. September 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht Schwyz erheben (IV-act. 166), welche mit Entscheid (VGE) I 2016 110 vom 18. November 2016 gutgeheissen wurde. Es wurde festgehalten, dass A.\_\_\_\_\_ im (vor der IV-Stelle pendenten) Verwaltungsverfahren Anspruch auf eine unentgeltliche Rechtsverteiständung durch den bereits tätig gewordenen Rechtsanwalt hat (IV-act. 171).

I. Gegen den Vorbescheid vom 18. Juli 2016 liess A. \_\_\_\_\_ am 14. September 2016 Einwände erheben (IV-act. 161-1/10). Nach Einholung weiterer Stellungnahmen des Gutachters sowie des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 das Leistungsbegehren ab (IV-act. 185).

J. Dagegen liess A. \_\_\_\_\_ am 26. Januar 2018 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 6. Dezember 2017 sei aufzuheben.
2. Dem Versicherten sei rückwirkend ab November 2013 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Eventuell sei die Sache zu ergänzenden Abklärungen und Untersuchungen an die IV-Stelle Schwyz zurückzuweisen.
4. Die IV-Stelle Schwyz sei anzuweisen, dem Versicherten im Verwaltungsverfahren die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren und den unentgeltlichen Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren zu entschädigen.
5. Dem Beschwerdeführer sei im Verfahren vor Verwaltungsgericht Schwyz die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu bewilligen.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

K. Mit Vernehmlassung vom 26. Februar 2018 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

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

**1.1.1** Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als sozialversicherungsrechtliches Versicherungsgericht richtet sich gemäss Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 grundsätzlich nach kantonalem Recht. Insbesondere gilt dies für Fragestellungen, welche in den bundesrechtlichen Mindestbestimmungen von Art. 61 lit. a bis i ATSG nicht oder nicht abschliessend geregelt werden.

**1.1.2** Vor Erlass eines Entscheides prüft das Gericht nach § 27 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 von Amtes wegen, ob die Voraussetzungen für einen Sachentscheid erfüllt sind. Es prüft u.a. die Rechtsmittelbefugnis und die Rechtsanhängigkeit oder das Vorliegen einer rechtskräftigen Verfügung oder eines rechtskräftigen Entscheides in der gleichen Sache (§ 27 Abs. 1 lit. e und g VRP). Ist eine dieser Voraussetzungen nicht gegeben, trifft das Gericht einen Nichteintretensentscheid (§ 27 Abs. 2 VRP).

**1.1.3** Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde sind nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und soweit keine Verfügung ergangen ist (VGE I 2015 1 vom 19.1.2015 Erw. 2 m.w.H.).

**1.2.1** Zur Einreichung eines Rechtsmittels ist u.a. berechtigt, wer an der Aufhebung oder Änderung des Entscheides oder der Verfügung ein schutzwürdiges Interesse dartut (§ 37 Abs. 1 lit. c VRP).

**1.2.2** Die Bestellung zum unentgeltlichen Rechtsbeistand begründet zwischen diesem und dem Gemeinwesen, das für die Kosten aufkommt, ein öffentlichrechtliches Rechtsverhältnis (vgl. BGE 132 V 200 Erw. 5.1.4). Die entsprechende Entschädigung steht demnach nicht der vertretenen Person (dem Versicherten) zu, sondern wird der Vertreterin bzw. dem Vertreter direkt ausgerichtet. Bei Auseinandersetzungen über die Höhe der Entschädigung ist der Rechtsbeistand im eigenen Namen rechtsmittelbefugt. Auf ein namens der eigentlichen Partei (in der Regel der versicherten Person) erhobenes Rechtsmittel kann nicht eingetreten werden (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 37 Rz 46; vgl. auch VGE I 2007 226 vom 15.1.2008 Erw. 1.3 m.w.H.).

**1.3.1** Der Versicherte stellt in seiner Beschwerde vom 26. Januar 2018 den Antrag, die IV-Stelle sei anzuweisen, dem Versicherten im Verwaltungsverfahren die unentgeltliche Rechtsbeistandung zu gewähren und den unentgeltlichen Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren zu entschädigen (Rechtsbegehren Ziff. 4). In der Begründung hält er fest, dass ihm mit VGE I 2016 110 vom 18. November 2016 im vor der IV-Stelle pendenten Verwaltungsverfahren ein Anspruch auf eine unentgeltliche Rechtsbeistandung durch den bereits tätig gewordenen Rechtsanwalt zugesprochen wurde. In der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2017 sei dazu nichts verfügt worden. Mit Schreiben vom 19. Dezember 2017 habe der Rechtsvertreter des Versicherten die Kostennote eingereicht und um Entschädigung des ausgewiesenen Aufwandes ersucht. Nachdem die IV-Stelle auf diese Eingabe nicht reagiert habe, sei sie richterlich anzuweisen, den unentgeltlichen Rechtsbeistand des Versicherten im Verwaltungsverfahren zu entschädigen.

**1.3.2** Die IV-Stelle hält vernehmlassend fest, dass sie aufgrund des ergangenen VGE I 2016 110 vom 18. November 2016 zur unentgeltlichen Rechtsbeistandung

stündung nichts mehr habe verfügen müssen. Im selben Entscheid sei dem Versicherten eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'000.-- zugesprochen worden. Diese Zahlung sei durch die IV-Stelle erfolgt. Mit Schreiben vom 19. Dezember 2017 habe der Vertreter des Versicherten seine Honorarnote in der Höhe von total Fr. 3'664.45 eingereicht, wobei für die Zeit bis zum vorgenannten VGE I 2016 110, also bis und mit November 2016, immer noch ein Betrag von Fr. 2'789.60 aufgeführt werde, der mit den besagten Fr. 1'000.-- aber bereits teilweise abgegolten sein könnte, weshalb die Kostennote zuerst noch zu prüfen sei bevor eine Zahlung erfolgen könne. Die IV-Stelle sei jedoch auch der Ansicht, dass wenn hiermit schon ein Beschwerdeverfahren beim Verwaltungsgericht anhängig gemacht worden sei, sinnvollerweise auch gleich über die Höhe einer allfälligen Parteientschädigung für dieses Verfahren zu befinden sei.

**1.4** Vorliegend ist grundsätzlich unbestritten und durch das Verwaltungsgericht bereits rechtskräftig entschieden, dass der Versicherte im Verwaltungsverfahren Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung hat. Soweit der Versicherte somit erneut unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Verwaltungsverfahren beantragt, kann auf das Rechtsbegehren Ziffer 4 nicht eingetreten werden. Die IV-Stelle hat demnach zu Recht in der angefochtenen Verfügung nicht erneut darüber befunden.

Soweit der Rechtsvertreter des Versicherten vorliegend das Gericht allenfalls darum ersucht die Höhe der Entschädigung festzulegen, so ist dem was folgt entgegen zu halten. Nachdem die IV-Stelle über die Höhe des Honorars des Rechtsvertreters des Versicherten in der angefochtenen Verfügung (noch) nicht befunden hat, ist diese Frage grundsätzlich nicht Verfahrensgegenstand und somit vorliegend nicht zu beurteilen. Dementsprechend hält die IV-Stelle vernehmlassend fest, dass die Kostennote zunächst geprüft werden muss, bevor die Zahlung erfolgen könne. Die IV-Stelle äussert sich demnach nicht zur Höhe der beantragten Entschädigung. Somit lässt sich vorliegend nicht ermitteln, ob die Höhe der Entschädigung überhaupt streitig ist oder nicht. Hinzu kommt, dass bei Auseinandersetzungen über die Höhe des Honorars der Rechtsbeistand in eigenem Namen an das Verwaltungsgericht gelangen muss, was er jedoch vorliegend nicht getan hat. Dies weil der Versicherte grundsätzlich kein schützenswertes Interesse an der Erhöhung der Entschädigung des amtlichen Rechtsbeistandes hat. Damit würde vielmehr der Betrag erhöht, den der Versicherte gegebenenfalls dem Staat zurückzahlen hätte (vgl. auch Bundesgerichtsurteil 9C\_910/2017 vom 29.3.2018 Erw. 1). Ein Eintreten auf die Frage der Entschädigungshöhe durch das Gericht würde somit zu einer Vermischung der Parteien sowie auch allfälliger weiterer Verfahrens- oder Entschädigungskosten

führen. Auf die Beschwerde ist somit insoweit nicht einzutreten, als damit die Festlegung der Höhe der Entschädigung für das Verwaltungsverfahren verlangt wird.

**2.1** Invalidität setzt eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraus (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959, sowie Art. 3 und 6ff. ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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.

**2.2** Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit 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 (vgl. Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

**2.3** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls

auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

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

In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 9C\_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1; 9C\_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3; I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**2.5** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismwürdigung 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).

**3.** Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht ZH kam im Urteil vom 30. September 2008, welches denselben Versicherten betraf, u.a. zum Ergebnis, dass das psychiatrische Gutachten von den Dres.med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2007 alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage erfüllt, weshalb das Sozialversicherungsgericht ZH darauf abgestellt hat und den Schlussfolgerungen der erwähnten Gutachter folgte. Demgemäss lag folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor:

- Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.42), vermutlich ausgelöst durch den Unfall vom 17. Februar 2006.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien a) Status nach depressiver Episode (ICD-10: F32.4), aktuell remittiert, bei Status nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) bei Status nach Unfall vom 17. Februar 2006 und b) Abhängigkeitssyndrom von ärztlich verordneten Benzodiazepinen (Diazepam; ICD-10: F13.24). Aus diesen medizinischen Erörterungen folgerten die erwähnten Gutachter, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu weniger als 20% eingeschränkt ist, welchem Ergebnis das Sozialversicherungsgericht ZH beipflichtete mit der Feststellung, dass es dem Versicherten trotz seiner psychischen Beschwerden zuzumuten sei, unter weiterer begleitender psychiatrisch-psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung einer 80%igen Erwerbstätigkeit nachzugehen, was vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_948/2008 vom 12. Januar 2009 nicht beanstandet wurde (vgl. VGE I 2011 3 vom 23.3.2011 Erw. 3.1, IV-act. 94-5/15).

Unter Berücksichtigung und in Würdigung der weiteren medizinischen Unterlagen, welche seit dem Erlass der ursprünglichen, einen Rentenanspruch verneinenden IV-Verfügung vom 5. November 2007 und bis zum ärztlichen Zeugnis von Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) vom 4. Dezember 2010 (IV-act. 91-16/16) erstattet wurden, kam das Verwaltungsgericht in VGE

I 2009 117 vom 17. November 2009 sowie in VGE I 2011 3 vom 23. März 2011 zum Schluss, eine relevante Veränderung, welche Anlass gäbe, auf die erneute Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen materiell einzutreten, sei nicht glaubhaft (vgl. zit. VGE I 2011 3 Erw. 3.2.7, 4.1 und 4.3, IV-act. 94-8ff.15). Die zitierten Entscheide sind unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**3.2** Gemäss Austrittsbericht, unterzeichnet von S.\_\_\_\_\_ (Oberarzt) und Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Ass.-Ärztin), welcher der IV-Stelle Schwyz am 12. August 2013 erstattet wurde, war der Versicherte vom 26. Mai 2011 bis 5. Juli 2011 in der Psychiatrischen Klinik T.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht wurden die Diagnosen

- einer Angststörung und depressiven Störung gemischt (ICD-10:F41.2)
- sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10:F45.4) gestellt (IV-act. 108-2/12).

Zum Hospitalisationsverlauf wurde u.a. festgehalten, dass sich die einzeltherapeutischen Gespräche zu Beginn schwierig gestaltet hätten, weil es dem Versicherten sichtlich schwer gefallen sei, über innerpsychische Prozesse zu sprechen und Vertrauen aufzubauen. Aus der Vorbehandlung habe der Versicherte bereits den Zusammenhang und die gegenseitige Abhängigkeit von Psyche und Schmerz gekannt. Darauf aufbauend sei ein Angstkreislauf erarbeitet worden, welcher das gezeigte Vermeidungsverhalten, die erlebten Schmerzen und die Angst sowie den gezeigten sozialen Rückzug in Zusammenhang stelle. Der Versicherte sei motiviert worden, körperlich aktiver zu sein, auch wenn Schmerzen vorhanden sind, was ihm im Verlauf der Hospitalisation auch gelungen sei. Die benötigte Schmerzmedikation mit Dafalgan/Paracetamol habe während der stationären Behandlung reduziert werden können. Eine geplante Eindosierung von Cymbalta/Duloxetin als Antidepressivum mit ausgewiesenen Effekten auf die Schmerzverarbeitung habe aufgrund der vom Versicherten geklagten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Kopfschmerzen und Zittern am ganzen Körper) bereits nach wenigen Tagen abgebrochen werden müssen. Die vorbestehende antidepressive und neuroleptische Medikation sei entsprechend weitergeführt worden. Im Verlauf der Hospitalisation habe der Versicherte eine subjektive Verbesserung der Schmerzsymptomatik und der psychischen Befindlichkeit angegeben. Er habe sich weniger depressiv gestimmt gefühlt, habe mehr spazieren gehen können und weniger Kopfschmerzen gehabt. Er habe sich nicht mehr verfolgt gefühlt und auch die akustischen Wahrnehmungsstörungen hätten sistiert. Der Versicherte konnte in die gewohnten häuslichen Verhältnisse entlassen werden (IV-act. 108-3/12).

**3.3** Der Versicherte wurde von seinem Hausarzt dem R.\_\_\_\_\_ (Spital) zur Sprechstunde für somatoforme Störungen zugewiesen. Mit Bericht vom 28. August 2012 wurden von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ und Dr.med. K.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 109-9/21):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Chronisches Schmerzsyndrom cervicocephal
  - DD: somatoforme Komponente im Rahmen der Depression
  - DD: anhaltende Schmerzstörung seit Unfall (Sturz auf Kopf/HWS) im 02/06

In der diagnostischen Beurteilung wurde sodann ausgeführt, dass die depressive Episode seit dem Unfall im Jahr 2006 bestehe. Die ambulanten (U.\_\_\_\_\_ (psychiatrische Praxis)) sowie stationären (T.\_\_\_\_\_ ) psychiatrischen Behandlungen hätten zu einer vorübergehenden Regredienz der depressiven Beschwerden geführt, aber zu keiner vollständigen Remission. Auslöser sowie unterhaltende Faktoren seien einerseits der damalige Unfall im 2006 aber auch die biopsychosozialen Belastungsfaktoren wie z.B. unsichere finanzielle Lage, Erkrankung des Sohnes des Patienten an einem juvenilen Diabetes sowie Polyarthritits, Erkrankung der Ehefrau an einem "Tumor" im letzten Jahr, fehlende Tagesstruktur sowie dysfunktionale Denkmuster und Verhalten ("mit diesen Schmerzen kann man doch nicht arbeiten, mit der Depression kann ich keinen Arbeitsversuch machen"). Zudem bestehe eine progrediente Angstsymptomatik, die aufgrund der Anamnese sowie den vorliegenden Berichten zeitgleich mit der depressiven Störung entstanden sei. Differentialdiagnostisch bestünde eine eigenständige Angststörung wie zum Beispiel eine generalisierte Angststörung, wahrscheinlicher sei die Problematik im Rahmen einer depressiven Episode einzuordnen. Die diagnostische Einordnung solle erst nach wirksamer Behandlung der Depression beurteilt werden. Auch eine definitive Einteilung der seit 2006 bestehenden psychotischen Symptomatik (Sinnestäuschungen, Verfolgungserleben) sei erst nach Remission der depressiven Episode möglich (diese könnten als psychotische Phänomene der depressiven Störung zugeordnet werden, jedoch soll auch die Verunsicherung des Versicherten in seiner Situation mit Selbstwertminderung und dem möglichen Eindruck des Beurteiltwerdens berücksichtigt werden). Aktuell sei davon auszugehen, dass das Beschwerdebild zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Zum aktuellen Zeitpunkt werde diese bei mind. 50% eingeschätzt. Über das genaue Ausmass der Arbeitsunfähigkeit auf längere Zeit könne keine Aussage gemacht werden. Die Zuordnung des Schmerzsyndroms (Kopf und Rücken) sei aktuell unklar. Es würden, abgesehen von der Diagnose eines chronischen cervicocephalen Syndroms bei St. n. Unfall mit Sturz aus einigen Metern Höhe und Verletzung des Kopfes und der HWS, keine somatischen Befunde vorliegen. Differentialdiagnostisch könnte das

vorbestehende Schmerzsyndrom durch die depressive Erkrankung unterhalten werden. Weiterhin könnte das Schmerzsyndrom zum Teil auch im Rahmen einer somatoformen Störung auftreten als anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Dafür spreche insbesondere der Zeitverlauf und die Auswirkungen auf den psychosozialen Bereich, zumal psychische Konflikte (finanzielle Unsicherheit, fehlende Tagesstruktur, Arbeitslosigkeit, zunehmende soziale Isolation, Erkrankung des Sohnes sowie der Ehefrau) vermutet werden dürften (IV-act. 109-8f./21).

**3.4** Am 26. April 2013 meldete sich der Versicherte aufgrund einer anhaltenden Depression und somatoformen Schmerzstörung sowie einer andauernden Persönlichkeitsveränderung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 97). Daraufhin erstatteten V. \_\_\_\_\_ (Fachärztin) und W. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt) des U. \_\_\_\_\_ (psychiatrische Praxis) am 3. Juli 2013 einen Bericht an die IV-Stelle, mit welchem sie eine Veränderung der gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten seit der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens vom 5. Mai 2007 (erstellt durch die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_) geltend machten. Dazu führten sie folgende (veränderte) Diagnosen auf (IV-act. 104-1/3):

- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10:F62.1)
- und somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4).

Zudem wurde im Bericht u.a. festgehalten, der Versicherte komme in regelmässigen Abständen zu Gesprächen beim U. \_\_\_\_\_ vorbei und nehme die verordnete Medikation (Zyprexa 5mg/Tag, Remeron 30mg/Tag und Temesta 1mg auf Reserve) ein. Seit Beginn der Behandlung beim U. \_\_\_\_\_ sei der Versicherte ausserdem wiederholt in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik T. \_\_\_\_\_ (April 2006 - Juli 2006; Oktober 2008 - Dezember 2008; Mai 2011 - Juli 2011) gewesen. Im Hinblick auf die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung sei die Aussage der Ehefrau des Versicherten wichtig, welche ihren Mann als einen sehr fürsorglichen Ehemann und Familienvater vor dem Unfall beschreibe. Das Verhältnis sei sehr liebevoll, fast symbiotisch gewesen. Ihr Mann habe stets viel gearbeitet, daneben aber auch einen grossen Kollegenkreis gehabt. Durch den Unfall habe sich ihr Ehemann sehr stark verändert. Er verbringe seine Zeit vorwiegend zuhause, meistens alleine in seinem Zimmer, oder er gehe ausser Haus spazieren, stets darauf achtend, niemandem zu begegnen. Bei der eher ungünstigen Prognose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach anhaltender psychischer Krankheit handle es sich um eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung. Die Verformung der Persönlichkeit habe nach dem Unfall 2006 begon-

nen. Der Versicherte erfülle alle notwendigen Diagnosekriterien (IV-act. 104-2f./3):

1. Hochgradige Abhängigkeit sowie Anspruchshaltung gegenüber anderen.
2. Überzeugung, durch die vorangegangene Krankheit stigmatisiert worden zu sein. Infolgedessen Unfähigkeit zur Aufnahme und Beibehaltung enger und vertrauensvoller persönlicher Beziehung sowie soziale Isolation
3. Passivität, verminderte Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen
4. Ständige Klagen, krank zu sein
5. Dysphorische oder labile Stimmung
6. Im Vergleich zum prämorbidem Niveau eine deutliche Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit. Die genannten Kriterien liegen seit mindestens 2 Jahren vor.

Auch die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfülle der Versicherte (IV-act. 104-3/3):

1. Ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann.
2. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen oder psychosozialen Problemen auf (s. z.B.: letzter Arbeitsversuch oder der anhaltende Selbstwertkonflikt)
3. Erhöhte Suche nach Zuwendung persönlich (Ehefrau, Tochter) oder medizinisch (andauernde Behandlung in unserem Dienst)

Die U. \_\_\_\_\_-Ärzte führten des Weiteren aus, dass sie den Versicherten nicht für arbeitsfähig halten würden. Zunächst bestehe eine schwere psychische Polysymptomatik. Es sei darüber hinaus eine soziale Isolierung sowie ein Symptomzuwachs in sozialen Situationen festzustellen. Es sei insofern nachzuvollziehen, dass der Versicherte den letzten Arbeitsversuch (AC. \_\_\_\_\_ (Institution)) nach nur wenigen Stunden abgebrochen habe. Es sei einerseits eine psychosoziale Überforderungssituation gewesen und es triggerte die Überzeugung, nicht verstanden und falsch behandelt zu werden. Die Prognose werde als schlecht betrachtet. Die Behandlung von Persönlichkeitsfehlentwicklungen sei psychotherapeutisch an sich schon schwierig, ebenso die somatoformen Schmerzstörungen. Beim Versicherten sei die psychotherapeutische Behandlung zudem durch mangelnde Introspektionsfähigkeit, Verlust der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Delegation eigener Verantwortung sowie einer starren Opferhaltung erschwert. Die mit Gutachten vom Mai 2007 gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit Störung des Sozialverhaltens sei nicht mehr zutreffend, allein aufgrund der im ICD-10 aufgeführten Zeitlimite für diese diagnostische Entität.

**3.5** Mit Stellungnahme vom 6. August 2013 hielt der RAD-Arzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH) fest, dass die Argumentation bzw. die Diagnose des U. \_\_\_\_\_ stimmen könnte. Der Versicherte sei drei Mal psychiatrisch hospitalisiert gewesen (2006, 2008 und 2011) und werde aktuell mit Zy-

prexa und Temesta behandelt, was Indizien für die Glaubhaftigkeit darstellten. Er empfahl der IV-Stelle die Einholung von Arztberichten sowie allenfalls eines Gutachtens (IV-act. 106-4/4).

**3.6** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 2. September 2013 folgende Diagnosen auf (IV-act. 109-1/21):

Chronische Jammerdepression mit Somatisierungsstörung und Verdacht auf Persönlichkeitsveränderung  
Somatoforme Schmerzstörung  
Chronische Gastritis  
Chronischer Reflux  
Herpes genitalis  
Status nach Sturz 2006 mit Verletzung des Kopfes und der HWS  
Status nach konservativ behandelter Achillessehnenläsion mit Defektheilung [...]

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Hausarzt fest, dass der Versicherte seit 2006 bis heute zu 100% arbeitsunfähig sei und er keine Hoffnung habe, ihn wieder in den Arbeitsprozess integrieren zu können (IV-act. 109-2/21).

**3.7** Am 30. Juni 2014 erstattete das D.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten, gemäss welchem der Versicherte allgemeininternistisch von Prof. Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin), psychiatrisch von Dr.med. X.\_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie), orthopädisch von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie) und neurologisch von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (FMH Neurologie) untersucht wurde. Zusammenfassend wurden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 121-28/34):

**5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

Chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.6/M54.5)  
– anamnestischer Beschwerdebeginn im Rahmen eines Sturzes am 17.02.06  
– radiologisch mässige Osteochondrose LWK5/SWK1 (Rx 11.06.14)

**5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Chronischer Fersenschmerz unter linksseitiger Betonung (ICD-10 M79.67/T93.5)  
– Status nach konservativer Behandlung einer linksseitigen Achillessehnenruptur vom 03.06.13  
– radiologischer beginnender Fersensporn dorsal (Rx 28.01.14)  
– klinisch unauffälliger Befund beidseits
3. Chronisches Spannungstyp-Kopfweh (ICD-10 G44.2)  
– im Rahmen eines multilokulären Schmerzsyndroms (ICD-10 R52.2)
4. Status nach Sturz am 17.02.2006 mit Fraktur von zwei Schneidezähnen und LWS-Kontusion

5. Gastroösophagealer Reflux (ICD-10 K21.9)
  - mutmasslicher Barrett-Ösophagus (22.02.13)
6. Adipositas (BMI 32,5 kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10 E66.0)
7. Leicht erhöhtes Serumkreatinin, DD Dehydratation
8. Subklinische Hypothyreose

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in anderen Tätigkeiten führten die Gutachter in der Gesamtbeurteilung aus, dass als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radiologisch nachweisbarer mässiger Osteochondrose LWK5/SWK1 gestellt werden könne. Insgesamt bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den klinisch-radiologischen Befunden. Aufgrund einer objektiv fassbaren verminderten Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes seien dem Versicherten sämtliche körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Aus internistischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden beim Versicherten aus interdisziplinärer Sicht für sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es werde davon ausgegangen, dass die aktuell attestierten Angaben zur Arbeitsfähigkeit mindestens ab Gutachtenszeitpunkt gelten würden. Zumindest für die ersten sechs Monate nach der am 13. Juni 2013 erlittenen linksseitigen Achillessehnenruptur könne eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten attestiert werden. Eine rein sitzende Tätigkeit wäre dem Versicherten aber auch mit der Achillessehnenruptur zumutbar gewesen. Ansonsten habe in der Vergangenheit keine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 121-29/34).

**3.8** Am 29. September 2014 erfolgte ein Verlaufsbericht von Y. \_\_\_\_\_ und Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (U. \_\_\_\_\_), mit welchem neu

- eine rezidivierende depressive Störung, "mittel- schwergradig" mit paranoiden Symptomen (ICD-10:F33.3)
- sowie weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Rahmen der Depression und nach Zustand eines Unfalles mit Sturz auf Kopf und HWS im Februar 2006 (ICD-10:F45.4) diagnostiziert wurde (IV-act. 127-17/18).

Insgesamt sei es in den letzten Jahren zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Die behandelnden Ärzte hielten den Versicherten weiterhin für nicht arbeitsfähig (IV-act. 127-18/18).

**3.9** Mit Stellungnahme vom 10. April 2015 führte RAD-Arzt Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) aus, dass die Behandler des U.\_\_\_\_\_ eine seit Jahren kontinuierliche Verschlechterung des psychischen Zustandes schilderten und somit keine relevante psychische Verschlechterung seit der Begutachtung vorliege, sondern eine wesentlich andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Aus diesen Gründen sei an der bisherigen Beurteilung des RAD festzuhalten (IV-act. 130-6/6).

**3.10** Mit Bericht vom 29. Mai 2015 sowie auch vom 6. Juni 2016 hielten die behandelnden Ärzte des U.\_\_\_\_\_ weiterhin an ihren am 29. September 2014 erstellten Diagnosen sowie der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten fest (IV-act. 142-3f./4).

**3.11** Am 2. Juni 2016 erstatteten Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zert. med. Gutachter SIM) und Dipl.-Psych. Z.\_\_\_\_\_ (Fachpsychologe für Rechtspsychologie FSP, zert. Gutachter für Versicherungsrecht SGRP) ein psychiatrisches Gutachten (welches die IV-Stelle aufgrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss Urteil 9C\_492/2014 vom 3.6.2015 bzw. BGE 141 V 281 hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden in Auftrag gegeben hat) mit folgenden Diagnosen (IV-act. 154-27/33):

**5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Keine

**5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)
- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.-)
- Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59.-)
- Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0)

Dementsprechend wurde aus rein psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 154-31/33). Des Weiteren wurde im psychiatrischen Gutachten festgehalten, dass die Standardindikatoren gemäss Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 berücksichtigt worden seien. Aus der vom Bundesgericht festgesetzten Reihenfolge ergebe sich jedoch ein wenig transparenter und plausibler Ablauf für die praktische Begutachtung. Da das Gutachten, wie dargelegt wurde, alle geforderten Indikatoren beinhalte, habe der Gutachter die bisherige Struktur unverändert beibehalten. So könne ein

sachlogischer Aufbau und damit eine bessere Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden (IV-act. 154-33/33).

**3.12** Mit Stellungnahme vom 24. Juni 2016 hielt der RAD-Arzt Dr.med. univ. Dr.phil. AA. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie/Psychotherapie, Dipl. Neuropsychologie, ÖÄK Dipl. Facharzt Psychiatrie und Neurologie, Arbeitsmedizin, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie) fest, dass das psychiatrische Gutachten von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ formal und inhaltlich die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung erfülle. Die Vorgaben des zit. Bundesgerichtsurteils 9C\_492/2014 seien vollständig umgesetzt worden. Schlüssig, umfassend und differenziert seien bezüglich eines möglichen Gesundheitsschadens, des sozialen Kontextes, der Diagnosen, der Behandlungen und Eingliederungsaspekte, der Konsistenz sowie der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen worden. Es sei in Bezug auf die strittigen Belange umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige ausreichend die von der versicherten Person geklagten Beschwerden und sei in genügender Kenntnis der Vorakten verfasst worden. Die Schlüsse und Folgerungen seien im Gutachten ausreichend begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Er empfehle der Verwaltung, das Gutachten als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen (IV-act. 156-3/3).

**3.13** Am 5. November 2017 nahm Dr.med. E. \_\_\_\_\_ zu den vom Rechtsvertreter des Versicherten gegen das psychiatrische Gutachten vorgebrachten Einwänden Stellung, wobei die Einwände nicht zu einer Änderung der gutachterlichen Beurteilung führten (IV-act. 181).

**3.14** Am 23. November 2017 nahm auch RAD-Arzt Dr.med. univ. Dr.phil. AA. \_\_\_\_\_ zu den Einwänden des Rechtsvertreters des Versicherten sowie zu den Ausführungen des Gutachters Dr.med. E. \_\_\_\_\_ Stellung und hielt an seinen Ausführungen vom 24. Juni 2016 fest (IV-act. 183-4ff./7).

**4.** Eine gerichtliche Würdigung der oben zusammengefassten Angaben sowie der vorliegenden Unterlagen zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**4.1** Was die somatischen Beeinträchtigungen des Versicherten anbelangt, gelangten die D. \_\_\_\_\_-Gutachter unter Berücksichtigung des internistischen, orthopädischen und neurologischen Teilgutachtens gemeinsam zum Ergebnis, dass mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radiologisch nachweisbarer mässiger Osteochondrose LWK5/SWK1 festgestellt werden könne. Insgesamt bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den klinisch-radiologischen Befunden. Aufgrund einer objektiv fassbaren verminderten Be-

lastbarkeit des unteren Achsenskelettes seien dem Versicherten jedoch sämtliche körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Im Übrigen wurden weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gestellt (vgl. dazu die Aufzählung in vorstehender Erw. 2.7 Ziff. 2 bis 8). Die Teilgutachten sowie die erwähnte Konsensbeurteilung erfolgten nach eingehenden Untersuchungen in den jeweiligen Disziplinen, in Kenntnis der Vorakten (insbesondere auch unter Berücksichtigung der aktenkundigen Röntgenbilder sowie MRI-Untersuchungen des Versicherten) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (insbesondere Schmerzen in Rücken, Extremitäten und Kopf). Das Ergebnis im D. \_\_\_\_\_-Gutachten wurde nachvollziehbar dargelegt und begründet, weshalb diesem vorliegend in somatischer Hinsicht gefolgt werden kann. Dies entspricht auch der Aktenlage, wonach sowohl bereits 2008 als auch in den folgenden Jahren jeweils die psychischen Beschwerden des Versicherten im Vordergrund standen, während die Schmerzen jeweils nicht hinreichend objektiviert werden konnten. Neben einer chronischen Gastritis, einem chronischen Reflux, Herpes genitalis sowie einem Status nach Achillessehnenruptur wurden beim Versicherten gemäss Aktenlage zumindest seit 2008 bis zum D. \_\_\_\_\_-Gutachten nur psychische Beschwerden diagnostiziert (vgl. Bericht des Hausarztes vom 2.9.2013, IV-act. 109-1/21, vorstehende Erw. 2.1ff.). Der Versicherte bestreitet sodann die Ausführungen im D. \_\_\_\_\_-Gutachten in somatischer Hinsicht nicht weiter und macht auch keine Verschlechterung diesbezüglich geltend (vgl. Hinweis der IV-Stelle im Schreiben vom 31.3.2016, wonach sie ohne Gegenbericht des Versicherten in somatischer Hinsicht davon ausgehe, dass seit dem D. \_\_\_\_\_-Gutachten keine Änderung eingetreten sei, IV-act. 147-2/2). Vielmehr hält er in der Beschwerdeschrift selbst fest, dass bei der gesundheitlichen Beeinträchtigung psychische Beschwerden als Folge des Arbeitsunfalls vom 17. Februar 2006 im Vordergrund stünden (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 26.1.2018 S. 7 Ziff. 7; vgl. auch den rechtskräftigen Einspracheentscheid der Suva vom 28.3.2007 Erw. 3, wonach die organischen Unfallfolgen des Versicherten spätestens anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 5.10.2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeheilt gewesen seien, UV-act. 2-6/10).

Nach dem Gesagten vermögen die anlässlich der D. \_\_\_\_\_-Begutachtung festgestellten und nachvollziehbaren somatischen Befunde lediglich eine Einschränkung des Versicherten bezüglich körperlich schwerer Tätigkeiten zu begründen. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die erwähnten Ergebnisse im D. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt hat.

**4.2** In der Folge ist zu prüfen, wie der psychische Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen ist. Diesbezüglich stellte die IV-Stelle vorwiegend auf das psychiatrische Gutachten von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ sowie die weiteren Stellungnahmen (u.a. des RAD) ab.

**4.2.1** Der Versicherte macht geltend, dass das psychiatrische Gutachten von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ (nachfolgend "psychiatrisches Gutachten" bzw. "psychiatrischer Gutachter" genannt) nicht genüge, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Vielmehr sei eine medizinische Begutachtung durch das Gericht zu veranlassen. Dazu verweist er zunächst auf die Einwände, welche er am 14. September 2016 gegenüber der IV-Stelle erhoben hat.

**4.2.2** Soweit der Versicherte rügt, dass dem psychiatrischen Gutachter wesentliche Bestandteile der Vorakten nicht bekannt gewesen seien, insbesondere jene Unterlagen, welche nach dem neuen Rentengesuch vom 26. April 2013 zu den Akten genommen worden seien, kann diesem Einwand nicht gefolgt werden. Aus dem psychiatrischen Gutachten ergibt sich auf den Seiten 2 bis 20 ausführlich, welche Vorakten der Beurteilung zugrunde lagen. Daraus ist ersichtlich, dass der psychiatrische Gutachter in Kenntnis sämtlicher vorliegend aktenkundiger Unterlagen war. Der Versicherte legt sodann auch nicht dar, welche Akten dem psychiatrischen Gutachter nicht bekannt gewesen sein sollen.

**4.2.3** Entgegen den Vorbringen des Versicherten dauerte die gutachterliche Untersuchung 90 Minuten (vgl. IV-act. 154-25/33) und nicht 60 Minuten (wovon während 30 Minuten die innerseelischen Belange diskutiert worden seien).

Die Rechtsprechung hat die "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 (neu: Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, aktualisiert im Juni 2016; zugänglich unter: <https://www.psychiatrie.ch>) als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-)psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Die Qualitätsleitlinien verstehen sich als Empfehlung, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann; dem Rechtsanwender sollen sie bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich sein (BGE 140 V 260 Erw. 3.2.2 m.V.a. Bundesgerichtsurteile 8C\_51/2012 vom 29.1.2013 Erw. 3.3.3.1, 8C\_945/2009 vom 23.9.2010 Erw. 5).

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat die Leitlinien für alle zuhanden der Invalidenversicherung erstellten Gutachten als verbindlich erklärt. Die IV-Stellen (resp. deren Regionale Ärztliche Dienste) sind aufsichtsbehördlich angewiesen, die Leitlinien bei eigenen klinischen Untersuchungen und bei der

Dossieranalyse und für Aktengutachten sowie bei externen psychiatrischen Administrativgutachten als Raster für die Qualitätssicherung einzusetzen (IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6.6.2012; vgl. BGE 140 V 260 Erw. 3.2.2 mit Verweis auf BGE 133 V 587 Erw. 6.1 hinsichtlich der Bedeutung von Verwaltungsweisungen).

In den erwähnten Qualitätsleitlinien wird zur Dauer lediglich ausgeführt, dass eine solche für die Exploration angemessen sein müsse. Dem Exploranden sollte genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, damit er in Ruhe seine Situation, seine Beschwerden, seine Sicht der Dinge darlegen könne.

Im konkreten Fall wurden die subjektiven Angaben des Versicherten ausführlich dargelegt. Waren die Angaben des Versicherten u.a. zu wenig ausführlich, so hat der psychiatrische Gutachter nachgefragt (vgl. psychiatrisches Gutachten Ziff. 3.6 zum Tages-/ Wochenablauf, IV-act. 154-23/33). Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 5. November 2017 aus, dass vorliegend wegen der Fremdsprachigkeit aus wissenschaftlicher Perspektive nicht an den Einsatz gängiger Testverfahren zu denken gewesen sei, weshalb der Diagnostik der Exploration und der Verhaltensbeobachtung mehr Gewicht zugemessen worden sei. Zudem sei ein Übersetzer eingesetzt worden. Bei dieser Sachlage sind 90 Minuten für eine fachgerechte psychiatrische Begutachtung durchaus angemessen (vgl. auch Bundesgerichtsurteil 9C\_556/2015 vom 3.11.2015 Erw. 2.2.1, wonach auch eine Dauer von 45 Minuten eine fachgerechte Begutachtung nicht zum vorneherein verunmögliche, selbst wenn die Angaben übersetzt werden mussten; vgl. auch VGE I 2011 138 vom 20.1.2012 Erw. 7.1).

**4.2.4** Soweit der Versicherte rügt, dass der psychiatrische Gutachter Diskrepanzen aus dem angeblich nicht hinreichenden Sprachvermögen abgeleitet habe, obwohl er seit 1984 in der Schweiz wohnhaft sei und in deutscher Sprache keine Ausdrucks- und Verständigungsschwierigkeiten habe, ist darauf hinzuweisen, dass der Versicherte im Vorfeld zur Begutachtung selbst einen Übersetzer für Türkisch wünschte (vgl. psychiatrisches Gutachten S. 24 Ziff. 4.1, IV-act. 154-24/33; vgl. auch Schreiben der Gutachterstelle im Vorfeld an den Versicherten, wonach anzugeben sei, ob und in welcher Sprache ein Dolmetscher benötigt werde, IV-act. 152). Zudem wurde auch im U. \_\_\_\_\_ - Bericht vom Juli 2013 von sprachlichen Schwierigkeiten berichtet (vgl. IV-act. 104-2/3). Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter lediglich den Verdacht äusserte, dass sich allenfalls auch sprachliche Mängel des Versicherten auf die fachliche Beurteilung ausgewirkt haben könnten, nachdem bei den Begutachtungen (auf

ausdrücklichen Wunsch des Versicherten) nicht jedoch bei Terminen mit behandelnden Ärzten jeweils ein Übersetzer anwesend war.

**4.2.5** Was die Rüge des Versicherten hinsichtlich eines fehlenden strukturierten Beweisverfahrens bzw. einer Prüfung der Indikatoren anbelangt, hat das Bundesgericht erst nach Erstattung des psychiatrischen Gutachtens vom 2. Juni 2016 seine Rechtsprechung (vgl. nachfolgende Ausführungen) geändert (und erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6.12.2017 publiziert, vgl. Medienmitteilung des Bundesgerichts vom 14.12.2017 betreffend Urteile vom 30.11.2017, 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017).

Im Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 erwog das Bundesgericht unter anderem, für die Diagnostik psychischer Störungen sei weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Es gebe unterschiedlich hohe, von Studie zu Studie schwankende Übereinstimmungswerte (bei denen depressive Störungen z.B. nicht besser abschneiden als andere, z.B. somatoforme Syndrome), aber Aussagen, dass bestimmte Typen psychischer Störungen grundsätzlich besser objektivierbar wären als andere, seien auf dieser Grundlage nicht haltbar. Die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit seien bei somatoformen/funktionellen Störungen auf dem gleichen Niveau wie bei depressiven Störungen und bei organisch erklärten Krankheiten (Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 58/2014 S. 525). Psychische Leiden - und nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen - seien wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis sei indirekt (behelfsweise) mittels Indikatoren zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erhebaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Darum würden fortan auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt.

Dies hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 (publ. in BGE 143 V 409ff.) klargestellt. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (vgl. Urteil 8C\_130/2017 vom 30.11.2017 Erw. 7.1). Zusammenfassend hat das Bundesgericht im genannten Präjudiz betont, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Diese Abklärungen haben regelmässig mit der

Rechtsfrage zu enden, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (zit. Urteil 8C\_130/2017 Erw. 7.2).

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

**4.2.6** Im konkreten Fall verhält es sich so, dass die vorliegenden Gutachten (des D. \_\_\_\_\_ vom Juni 2014 und das psychiatrische Gutachten vom Juni 2016) sowie die nach dem Vorbescheid eingeholten Stellungnahmen des psychiatrischen Gutachters sowie des RAD (zur Kritik des Versicherten unter Verweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte) noch in Unkenntnis der neuen, oben angeführten Rechtsprechung des Bundesgerichts verfasst wurden. Indes gilt nach höchstrichterlicher Praxis, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen einer gerichtlichen Überprüfung stand hält (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 2.1 mit Verweis auf BGE 137 V 210 Erw. 6 in initio). Mithin ist in der Folge zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten (unter Einbezug der ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters vom 5.11.2017) eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

**4.2.7** Was die als Ausgangspunkt zu untersuchende Frage einer psychiatrischen, lege artis gestellten Diagnose anbelangt, ist vorab zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer

Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_550/2016 vom 30.12.2016 Erw. 4.2.1 mit Hinweisen).

**4.2.8** Der psychiatrische Gutachter erhob anlässlich des Explorationsgesprächs vom 23. Mai 2016 in Anlehnung an den Interviewleitfaden AMDP u.a. folgende psychiatrischen Befunde (IV-act. 154-24f./33):

Der Expl. ist zur Zeit, zur eigenen Person, zum Ort und zur Situation orientiert. Im Kontaktverhalten ist er verhalten, wirkt nervös und etwas angespannt. Ein Rapport ist gut herstellbar. Er spricht betreffend Modulation und Lautstärke adäquat. Die Sprache ist gemäss Übersetzer sehr einfach. Es fällt auf, dass der Expl. immer wieder ins Wort fällt und damit nicht die Übersetzung abwartet. Das lässt zumindest vermuten, dass er besser Deutsch spricht, als er angegeben hat.

Die Grundstimmung ist nicht niedergeschlagen, eher angespannt zu nennen. Die affektive Schwingungsfähigkeit erscheint uneingeschränkt. Der Expl. zeigt situationsadäquate Gefühlsregungen ohne affektive Einschränkungen. Beispielsweise ist er ernst, als er über den Unfall berichtet, und er ist im Warteraum lächelnd anzutreffen. Er lacht, als er nach dem Konsum von Cannabis gefragt wird.

Die Beschwerdeschilderungen fallen sehr knapp aus und wirken wenig plastisch. Es fallen während der 90-minütigen gutachterlichen Untersuchung keine häufigen Positionswechsel oder sonstige nonverbale Schmerzäusserungen (z. B. schmerverzerrtes Gesicht) auf.

Der formale Gedankengang ist geordnet und nachvollziehbar. Da in einer gutachterlichen Untersuchung zur psychischen Befindlichkeit genau dies Inhalt des Gesprächs ist, ist die inhaltliche Fokussierung auf die Beschwerden und eigenen Defizite nicht auffällig. Phobische Ängste werden nicht angegeben. Inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben sind nicht zu eruieren. Die Gedächtnisfunktionen sowie die Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz sind, klinisch beurteilt, intakt. Zwangsgedanken oder -handlungen sowie Ich-Störungen lassen sich nicht eruieren. Der Expl. gibt an, „Stimmen“ zu hören. Bei entsprechenden Nachfragen wird jedoch deutlich, dass er diese auch als „Maschinengeräusche“ bezeichnet und eine (nicht vorhandene) Person als Quelle ausschliesst (Tinnitus?).

Es ergeben sich keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen. Ein Fremdbeeinflussungserleben wird verneint. Anhaltspunkte für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung sind nicht vorliegend. Die Expl. gibt an, dass er bereits mehrmals an Suizid gedacht habe. Er stelle sich vor, sich vor einen Zug zu werfen. Jedes Mal habe ihn jedoch seine Ehefrau beziehungsweise der Gedanke an diese davon abgehalten. Zuletzt habe er diesen Gedanken gehabt, als sein Bruder gestorben sei.

Gestützt auf diese Befunderhebung, vermag der psychiatrische Gutachter keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Dazu verweist er zudem auf die erheblichen Diskrepanzen bei der Beurteilung der psychischen Gesundheit des Versicherten seit 2006, wobei die behandelnden Fachpersonen im Gegensatz zu den Gutachtern jeweils eine erhebliche Beeinträchtigung feststellten. Im psychiatrischen Gutachten werden sodann die vorhandenen teils divergierenden Arztberichte kritisch gewürdigt.

**4.2.9** Im konkreten Fall ist unbestritten, dass die (spätestens) mit Gutachten vom Mai 2007 und (längstens) bis im Mai 2011 diagnostizierte und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.42) inzwischen nicht mehr zutrifft (vgl. Bericht des U. \_\_\_\_\_ vom Juli 2013, vorstehende Erw. 2.4: "allein aufgrund der im ICD-10 aufgeführten Zeitlimite für diese diagnostische Entität"; vgl. auch psychiatrisches Gutachten vom Juni 2016, vorstehende Erw. 2.1: "Status nach Anpassungsstörung").

Zudem wird auch die im Bericht des U. \_\_\_\_\_ vom Juli 2013 enthaltene Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10:F62.1) in späteren Arztberichten oder Gutachten (auch vom U. \_\_\_\_\_ selbst) nicht mehr gestellt (vgl. U. \_\_\_\_\_-Bericht vom September 2014, vorstehende Erw. 2.8). Das D. \_\_\_\_\_-Gutachten hat sodann nachvollziehbar dargelegt, dass eine solche Diagnose nicht vorliegt. Im konkreten Fall fehle es an einer, der allfälligen Persönlichkeitsveränderung zugrunde liegenden, schweren (traumatischen) psychiatrischen Krankheit (vgl. <http://www.icd-code.de>). Dementsprechend hat der U. \_\_\_\_\_ im Bericht vom Juli 2013 zwar dargelegt, worin die Persönlichkeitsveränderung bestehen und wann eine solche begonnen haben soll, sowie weitere Diagnosekriterien geprüft, nicht jedoch, auf welcher schweren psychiatrischen Krankheit die Persönlichkeitsveränderung beruhen soll (vgl. vorstehende Erw. 3.4). Somit ist es nicht zu beanstanden, dass auch im psychiatrischen Gutachten hinsichtlich dieser Diagnose dem D. \_\_\_\_\_-Gutachten uneingeschränkt gefolgt wurde (IV-act. 154-30/33).

Des Weiteren wurde im Austrittsbericht zum Klinikaufenthalt in T. \_\_\_\_\_ vom Mai bis Juli 2011 u.a. eine Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10:F41.2) diagnostiziert (vgl. vorstehende Erw. 3.2). Diese Diagnose wurde in keinem der späteren Arztberichte betreffend den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten mehr erwähnt. Allerdings wurde das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. einer Angststörung jeweils einzeln beurteilt. Im D. \_\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2014 wurde dazu ausgeführt, dass sich keine Hinweise für das Vorhandensein einer depressiven Störung oder einer Angststörung mehr fänden. Der Versicherte sei im Alltag durch psychopathologische Symptome kaum eingeschränkt. Die Angaben betreffend die geklagten Schlafstörungen seien sehr diskrepant (der Versicherte machte geltend, nur vier Stunden zu schlafen, berichtete jedoch kurze Zeit später, dass er um 21.00 Uhr ins Bett gehe und bis 6.00 Uhr, gelegentlich bis 10.00 Uhr schlafe). Die Beziehung zu seiner Familie sei gut. Explizit habe er berichtet, Freude an seiner Enkelin zu haben. Der Versicherte sei in der Lage sich frei bewegen, Auto fahren und alleine nach AB. \_\_\_\_\_ reisen zu können. Er sei auch durchaus in der Lage,

in einem Einkaufscenter einzukaufen, wobei er gleichzeitig bemerkte, dass größere Menschenansammlungen bei ihm Panikattacken auslösen würden. Dabei handle es sich nicht um Panikattacken, sondern um leichtgradig ausgeprägte Angstzustände, die ca. einmal pro Woche auftreten und nach 15 bis max. 60 Minuten spontan verschwinden würden (IV-act. 121-18/34). Der Versicherte leide nicht unter ausgeprägten Schlafstörungen, morgendlichen Antriebsstörungen oder schweren depressiven Verstimmungen. Die geklagten depressiven Verstimmungen und die Ängste seien also sehr geringgradig ausgeprägt und im Rahmen der chronischen Schmerzstörung zu sehen. Es fänden sich keinerlei Hinweise für das Vorhandensein einer eigenständigen depressiven Störung oder einer Angsterkrankung (IV-act. 121-16/34).

**4.2.10** Bei dieser Sachlage ist es nachvollziehbar, dass zum Zeitpunkt der D.\_\_\_\_\_ -Begutachtung nicht (mehr) von einer eigenständigen depressiven Störung (und einer Angststörung) bzw. lediglich von einer geringfügig ausgeprägten depressiven Verstimmung ausgegangen wurde. Diese Beurteilung widerspricht sodann auch nicht dem Bericht des R.\_\_\_\_\_ vom August 2012, worin von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen wurde, zumal bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine remittierte depressive Episode vorlag (vgl. vorstehende Erw. 3.1 und 3.3). Im erwähnten Bericht wurde die Angststörung zudem auch primär der depressiven Episode zugeordnet. Auch wurde ausgeführt, dass die Zuordnung des Schmerzsyndroms aktuell unklar sei und es allenfalls durch die depressive Erkrankung unterhalten werden könnte. Weiterhin könnte es jedoch zum Teil auch im Rahmen einer somatoformen Störung auftreten (dafür spreche der Zeitverlauf und die Auswirkungen auf den psychosozialen Bereich). Allerdings wurde die definitive Zuordnung offen gelassen. Die diagnostische Einordnung solle erst nach wirksamer Behandlung der Depression beurteilt werden.

Nachdem auch im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens im Juni 2016 eine rege Teilhabe des Versicherten am täglichen Leben geschildert wurde - indem der Versicherte soziale Kontakte zu seinen Kindern, Enkelkindern und seinem Schwiegersohn pflegt, mit seiner Frau zum Einkaufen fährt und mehrmals im Jahr rund 12-stündige Fahrten nach AB.\_\_\_\_\_ (mit dem Bus) unternimmt -, ist es nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter höchstens von einem leichten depressiven Syndrom bzw. von einer depressiven Verstimmung ohne Krankheitswert ausgegangen ist. Dafür spricht auch die Befunderhebung, wonach die Grundstimmung nicht niedergeschlagen, sondern eher angespannt sei, die affektive Schwingungsfähigkeit des Versicherten uneingeschränkt erscheine, und der Versicherte situationsadäquate Gefühlsregungen ohne

affektive Einschränkungen zeige, indem er beispielsweise ernst war, als er über den Unfall berichtete, im Warteraum lächelnd anzutreffen war und lachte, als er nach dem Konsum von Cannabis gefragt wurde. Der psychiatrische Gutachter hat sodann zum Bericht des U.\_\_\_\_\_ vom September 2014 (sowie zu den gleichlautenden späteren Berichten) Stellung genommen, in welchem neu eine rezidivierende depressive Störung, "mittel- schwergradig" mit paranoiden Symptomen (ICD-10:F33.3) sowie weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Rahmen der Depression diagnostiziert wurden (vgl. vorstehende Erw. 3.8). Dazu hat er nachvollziehbar festgehalten, dass abgesehen von den Diagnosen dort Befunde geschildert worden seien, welche allesamt keine Verschlechterung (sondern eher sogar eine Besserung; bspw. dass einige der Symptome nicht mehr nachgewiesen werden könnten, welche den Versicherten in seinem Sozialverhalten beeinträchtigt hätten) ausweisen würden. In diesem Sinne geht das psychiatrische Gutachten sinngemäss (zumindest teilweise) mit dem RAD-Arzt einig, welcher mit Stellungnahme vom April 2015 unter Berücksichtigung der U.\_\_\_\_\_ -Berichte nicht von einer relevanten psychischen Verschlechterung seit der Begutachtung ausging, sondern lediglich von einer wesentlich anderen Beurteilung desselben Sachverhaltes, nachdem die Behandler des U.\_\_\_\_\_ eine seit Jahren kontinuierliche Verschlechterung des psychischen Zustandes schilderten (vgl. vorstehende Erw. 3.9). Entgegen den Vorbringen des Versicherten hat der psychiatrische Gutachter demnach die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode nicht aktenwidrig unterschlagen, sondern lediglich nicht (mehr) feststellen können, was nach dem Gesagten nicht zu beanstanden ist.

**4.2.11** Des Weiteren macht der Versicherte geltend, an einer somatoformen Schmerzstörung zu leiden. In den Akten finden sich zu den erwähnten Schmerzen verschiedene Diagnosen und Stellungnahmen. Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik T.\_\_\_\_\_ zum Aufenthalt im Jahr 2011 wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4) diagnostiziert, ohne dies weiter zu begründen bzw. ohne auf die Diagnosekriterien weiter einzugehen (vgl. vorstehende Erw. 3.2). Gemäss Bericht des R.\_\_\_\_\_ (Sprechstunde für somatoforme Schmerzstörungen) vom August 2012 ist die Zuordnung des Schmerzsyndroms (Kopf und Rücken) hingegen unklar. Es würden - abgesehen von der Diagnose eines chronischen cervicocephalen Schmerzsyndroms bei St. n. Unfall mit Sturz aus einigen Metern Höhe und Verletzung des Kopfes und der HWS - keine somatischen Befunde vorliegen (vgl. vorstehende Erw. 3.3). Zudem wurde neben der erwähnten Diagnose sowie der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode differentialdiagnostisch eine somatoforme Komponente im Rahmen der

Depression sowie eine anhaltende Schmerzstörung seit Unfall erwähnt. Für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung würden, gemäss erwähntem Bericht, insbesondere der Zeitverlauf und die Auswirkungen auf den psychosozialen Bereich sprechen (finanzielle Unsicherheit, fehlende Tagesstruktur, Arbeitslosigkeit, zunehmende soziale Isolation, Erkrankung des Sohnes sowie der Ehefrau). Dennoch wurde eine solche nur differentialdiagnostisch erwähnt und die somatoforme Komponente in erster Linie der Depression zugeschrieben. Der U.\_\_\_\_\_ hat sodann im Bericht vom April 2013 (für den psychiatrischen Gutachter im Juni 2016 sowie den RAD im November 2017 nicht nachvollziehbar) ausgeführt, dass die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt seien (vgl. vorstehende Erw. 3.4). Der RAD-Arzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom August 2013 fest, dass die Argumentation bzw. die Diagnose des U.\_\_\_\_\_ stimmen könnte. Der Versicherte sei drei Mal psychiatrisch hospitalisiert gewesen (2006, 2008 und 2011) und werde aktuell mit Zyprexa und Temesta behandelt, was Indizien für die Glaubhaftigkeit darstellten (vgl. vorstehende Erw. 3.5). Er erachtete indes weitere Abklärungen als notwendig. Im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2014 wurde ausgeführt, dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht ausreichend objektiviert werden könne, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10:F45.41). Der Versicherte sei 2006 auch belastet durch die Tatsache gewesen, dass sein damals sechs Jahre alter Sohn plötzlich an Diabetes erkrankt sei. Er leide seit Jahren unter einer angespannten wirtschaftlichen Situation, stehe unter einem gewissen Druck des Sozialamtes. All dies könne zur psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden beigetragen haben (IV-act. 121-16/34). Nach Prüfung verschiedener Indikatoren wurde im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten jedoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verneint. Im September 2014 hielt der U.\_\_\_\_\_ weiterhin an der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fest, ohne auf die Beurteilung im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten einzugehen (vgl. vorstehende Erw. 3.8). Gemäss den Ausführungen im psychiatrischen Gutachten sind die Beschwerdeschilderungen bei der Begutachtung im Juni 2016 sehr knapp ausgefallen und wirkten plastisch. Häufige Positionswechsel oder sonstige nonverbale Schmerzäusserungen seien während der 90-minütigen gutachterlichen Untersuchung nicht aufgefallen. Zum Gesagten wurde sodann ausgeführt, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Austrittsbericht der Klinik T.\_\_\_\_\_ nicht überzeugend hergeleitet worden sei, was im Grunde vom

R.\_\_\_\_\_ (Spital) bekräftigt werde, nachdem dieses sich nicht auf die Diagnose einer somatoformen Störung eingelassen habe. Weshalb der U.\_\_\_\_\_ dennoch diese Diagnose habe vergeben können, sei aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar. Die erwähnte Diagnose im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten bestätigte der psychiatrische Gutachter nur dahingehend, als im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Diagnose gestellt werden konnte (IV-act. 154-29/33). Des Weiteren würdigte der psychiatrische Gutachter die vorstehenden Ausführungen in den jeweiligen Arztberichten insoweit, als er einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung äusserte.

**4.2.12** Zusammenfassend gehen die behandelnden Ärzte jeweils von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (bzw. insgesamt von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit) aus, während die Konsiliarärzte (des R.\_\_\_\_\_) sowie die Gutachter (des D.\_\_\_\_\_ - bzw. des psychiatrischen Gutachtens) lediglich eine Verdachtsdiagnose äussern oder von einer anderen Diagnose (chronische Schmerzstörung, welche jedoch nicht das Vorliegen u.a. eines schweren und quälenden Schmerzes voraussetzt) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgehen. Aus den Akten ergeben sich demnach gewisse Anhaltspunkte, welche zwar für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sprechen könnten - wie nicht objektivierbare andauernde Schmerzen (wobei fraglich ist, ob solche bestehen bzw. schwer und quälend sind), in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (wie z.B. finanzielle Unsicherheit, fehlende Tagesstruktur, Arbeitslosigkeit, zunehmende soziale Isolation, Erkrankung des Sohnes sowie der Ehefrau), sowie der Zeitverlauf -, aber nach dem Gesagten nicht zwingend zu einer solchen Diagnose führen müssen. Hinzu kommt, dass der U.\_\_\_\_\_ von einer somatoformen Schmerzstörung im Rahmen der Depression ausgegangen ist. Dies würde die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten stützen, nachdem zum Zeitpunkt dieser Begutachtung keine Depression mehr vorlag. Dass die Beschwerden des Versicherten (Schmerzen und Depression sowie allfällige weitere Ängste) in Wechselwirkung stehen, lässt sich auch dem Austrittsbericht der Klinik T.\_\_\_\_\_ vom August 2013 entnehmen (vgl. vorstehende Erw. 3.2; vgl. auch Sprechstundenbericht des R.\_\_\_\_\_ vom August 2012, vorstehende Erw. 3.3). Dessen ungeachtet ist vorliegend zu berücksichtigen, dass es in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht primär auf die Diagnose ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. BGE 136 V 281). Selbst wenn somit, entgegen

dem grundsätzlich nachvollziehbaren psychiatrischen Gutachten vom Juni 2016, von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen wäre, so müsste dennoch geprüft werden, ob eine solche Erkrankung im konkreten Fall überhaupt Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat und allenfalls in welcher Höhe. Dazu ist mit dem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche berufliche Leistungsvermögen des Versicherten gesamthaft und ergebnisoffen abzuklären.

**4.2.13** Der Beschwerdeführer rügt, dass sich der psychiatrische Gutachter zum Mini-ICF-APP, welches der funktionsorientierten Begutachtung diene und das funktionelle Leistungsvermögen prüfe, voreingenommen gezeigt habe, indem er zum Resultat der Beurteilung, welches eine hohe Leistungseinschränkung ausweise, ohne eigene Abklärungen das Gegenteil aus den Akten schliesse.

Im psychiatrischen Gutachten wird ausgeführt, dass der Mini-ICF-APP ein Instrument zur Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) ist. Dabei würden verschiedene Fähigkeiten (wie bspw. Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit etc.) beurteilt. Im konkreten Fall müssten den Berichten des Versicherten nach fast alle Bereiche als schwer beeinträchtigt beurteilt werden. In der gutachterlichen Untersuchung sei jedoch der Verdacht aufgekommen, dass die Angaben inkonsistent bis zum Teil dramatisierend übertrieben worden seien, weshalb eine objektive Einschätzung nach ICF-APP nicht möglich sei.

Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten (vgl. vorstehende Erw. 4.2.3) ist beim Einsatz u.a. des Mini-ICF-APP zu beachten, dass sich der Gutachter bei dessen Anwendung auf die Angaben der Exploranden stützen muss, weshalb solche Instrumente keinesfalls mit "objektiven Befunden" gleichgesetzt werden können (S. 22 i.V.m. S. 32). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung steht dem Beizug des Mini-ICF-APP bei der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als zusätzliche Indikatoren, welche gestatten oder zumindest erleichtern, die Auswirkungen psychischer Krankheiten auf die Arbeitsfähigkeit einheitlicher abzuschätzen, grundsätzlich nichts im Wege (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C\_398/2014 vom 28.10.2014 Erw. 4.3.2).

Im konkreten Fall ist es nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter nicht auf das Ergebnis des Mini-ICF-APP abgestellt hat. Die vom Gutachter erwähnten Diskrepanzen ergeben sich ohne weiteres aus dem psychiatrischen Gutachten sowie den Akten. Hinsichtlich der vom Versicherten geltend gemachten Depression kann auf die vorstehenden Ausführungen in Erwägung 4.2.10 verwiesen werden, wonach seine Aktivitäten und seine Teilnahme am täglichen

Leben nicht mit der Diagnose einer zumindest mittelgradigen depressiven Episode vereinbar sind. Des Weiteren lassen sich trotz geäusselter ständiger Kopf- und Wirbelsäulenschmerzen während der 90-minütigen Begutachtung keine häufigen Positionswechsel oder sonstige nonverbale Schmerzäusserungen beobachten. Und das geäusserte Stimmenhören entpuppte sich nach entsprechendem Nachfragen als "Maschinengeräusche" (eine Person als Quelle konnte ausgeschlossen werden). Diskrepanzen ergeben sich gemäss Akten auch daraus, dass der Versicherte von den behandelnden Ärzten als vollumfänglich arbeitsunfähig beurteilt wurde, während gleichzeitig von den unabhängigen Konsulenten bzw. Gutachtern jeweils keine bzw. nur eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnte.

Bei dieser Sachlage ist dem Ergebnis des Mini-ICF-APP bei der Beurteilung des tatsächlichen beruflichen Leistungsvermögens des Versicherten nur wenig Gewicht beizumessen, zumal dieses Instrument auch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung lediglich als zusätzlicher Indikator (neben den weiteren Indikatoren) dienen soll.

**4.2.14** Was die weiteren Indikatoren anbelangt, ist aktenkundig, dass der Versicherte seit Jahren in psychiatrischer Behandlung ist (u.a. drei stationäre Behandlungen) und Psychopharmaka nimmt. Nachdem beim Versicherten eine depressive Störung nicht (mehr) diagnostiziert werden kann, ist auch nicht von einem fehlenden Behandlungserfolg bzw. von einer Behandlungsresistenz auszugehen.

Die Schmerzsymptomatik, soweit eine solche überhaupt (noch) vorliegt bzw. es nach dem Gesagten nicht bereits zu einer erheblichen Verbesserung der Symptomatik gekommen ist, konnte bereits in der Klinik T. \_\_\_\_\_ im Juli 2011 verbessert werden, indem der Versicherte motiviert werden konnte, trotz Schmerzen körperlich aktiver zu sein. Im Bericht des R. \_\_\_\_\_ vom August 2012 wurde sodann festgehalten, dass es im Rahmen der psychiatrischen Behandlung sinnvoll wäre, die Psychopharmakotherapie (Zyprexa, Remeron, Temesta) neu zu evaluieren. Die Gabe dreier sedierender Psychopharmaka scheine in der eigentlich auf Aktivierung abzielenden Schmerzbehandlung ungünstig. Denkbar sei der günstige Einfluss eines Antidepressivums der NSRI-Klasse mit günstigem Einfluss auf die Schmerzproblematik. Der Versicherte habe sich jedoch nicht bereit gezeigt, etwas zu ändern. Dementsprechend nahm der Versicherte auch zum Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens weiterhin dieselben Psychopharmaka (Zyprexa, Remeron, Temesta) ein. Des Weiteren ist der Versicherte alle zwei bis drei (oder auch vier) Wochen in ambulanter Behandlung beim U. \_\_\_\_\_. Der RAD-Arzt Dr.med. univ. Dr.phil. AA. \_\_\_\_\_ erachtete die dargestellte Dramatik und Schwere des Krankheitsbildes nachvollziehbar als wenig plausibel, weil die

Therapiefrequenz nicht erhöht wurde, nicht andere Medikamente eingesetzt wurden und das Therapieprogramm nicht intensiviert wurde. Somit ist auch hinsichtlich der Schmerzen nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Allerdings wird aus den immerhin jahrelang wahrgenommenen Behandlungen allenfalls ein gewisser Leidensdruck ersichtlich, wobei ein solcher wiederum dadurch relativiert wird, dass beim Versicherten eine jahrelange Rentenbegehrlichkeit aktenkundig ist (vgl. Ingress lit. A bis C).

Ein Eingliederungsversuch ist gemäss Akten im Juni 2012 beim AC. \_\_\_\_\_ (Institution) erfolgt (IV-act. 163-1/4). Allerdings wurde dazu im U. \_\_\_\_\_ Bericht vom Juli 2013 festgehalten, dass dieser nach nur wenigen Stunden abgebrochen wurde, weil es einerseits zu einer psychosozialen Überforderungssituation gekommen sei und andererseits der Versicherte der Überzeugung ist, nicht verstanden und falsch behandelt zu werden (vgl. vorstehende Erw. 3.4). Gegenüber dem R. \_\_\_\_\_ (Spital) äusserte der Versicherte im August 2012 (somit nach dem Eingliederungsversuch), dass man mit diesen Schmerzen doch nicht arbeiten und mit der Depression keinen Arbeitsversuch machen könne. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Versicherte vom R. \_\_\_\_\_ (Spital) jedoch als zu 50% arbeitsfähig beurteilt (vgl. vorstehende Erw. 3.3). Da beim Versicherten im Gegensatz zum Zeitpunkt der Beurteilung beim R. \_\_\_\_\_ (Spital) nicht (mehr) von einer Depression auszugehen ist, wäre dem Versicherten ein Arbeitsversuch (erst recht) zumutbar. Nachdem der Versicherte sich selbst jedoch als vollumfänglich arbeitsunfähig erachtet, ist im konkreten Fall von einer ungenügenden Eingliederungsbereitschaft auszugehen. Eine Eingliederungsresistenz liegt somit nicht vor.

Aus somatischer Sicht liegt beim Versicherten ein chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor, weshalb ihm aufgrund einer verminderten Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes sämtliche körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind. Allerdings liegen keine weiteren relevanten somatischen Diagnosen vor, so dass vorliegend nicht von schwerwiegenden Komorbiditäten auszugehen ist. Dasselbe gilt auch aus psychiatrischer Sicht.

Wie bereits vorstehend mehrfach ausgeführt wurde, bestehen sodann Zweifel (nicht nur am Vorliegen sondern auch) an der Konsistenz der Auswirkungen einer allfälligen Gesundheitsschädigung unter Berücksichtigung des Aktivitätsniveaus des Versicherten. Zwar wird ein gewisser Rückzug aus dem Bekanntenkreis geschildert. Demgegenüber steht jedoch ein guter Kontakt zu seiner Familie sowie jährlich mehrmals mögliche Reisen in das Heimatland des Versicherten. Daraus kann somit geschlossen werden, dass der Versicherte auch über erhebliche Ressourcen für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit verfügt. Was die Per-

sönlichkeit des Versicherten anbelangt, so ergeben sich aus dem psychiatrischen Gutachten mit den drei Z-Diagnosen (Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, Z56.-; Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen, Z59.-; Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände, Z60.0) immerhin Anhaltspunkte für Einschränkungen der Ressourcen des Versicherten, auch wenn diese Diagnosen für sich allein rechtsprechungsgemäss keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu haben vermögen.

**4.3** Aus diesen dargelegten Gründen und unter Einbezug des auf den konkreten Fall adaptierten strukturierten Beweisverfahrens (wie es in BGE 141 V 281 i.V.m. der jüngsten Rechtsprechung vom 30.11.2017 definiert wurde) ergibt eine Gesamtbetrachtung unter Berücksichtigung aller in Frage kommenden Aspekte, insbesondere der früheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Anpassungsstörung (welche nicht mehr vorliegt) von maximal 20% und des Berichts des R. \_\_\_\_\_ vom August 2012 (vorstehende Erw. 3.3), welcher bei einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einem chronischen Schmerzsyndrom cervicocephal von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen ist, dass sich wenn überhaupt (soweit vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist) maximal eine Arbeitsunfähigkeit von 20% rechtfertigt. Nachdem vorliegend wie bereits ausgeführt keine Depression (mehr) vorliegt, kann unter Berücksichtigung der weiteren Beschwerden des Versicherten sowie seiner Ressourcen von einer (im Vergleich zum Bericht des R. \_\_\_\_\_) höheren (wenn nicht gar vollumfänglichen) Arbeitsfähigkeit (in einer angepassten Tätigkeit) ausgegangen werden.

**5.1** Die erwerblichen Auswirkungen des oben hergeleiteten, maximalen Arbeitsunfähigkeitsgrades sind wie folgt zu beurteilen. Das jährliche Valideneinkommen ist gemäss der Arbeitgeberbescheinigung des letzten Arbeitgebers des Versicherten (als Hilfsisoleur) vom 22. Februar 2007 auf Fr. 56'940.-- (per 2006) zu veranschlagen (4'380.-- x 13; vgl. IV-act. 9-2/6), was nach der Entwicklung der Nominallöhne (Indexstand für Männer per 2006 von 2014 und per 2013 von 2204) für das Jahr 2013 Fr. 62'311.70 ergibt (56'940.-- : 2014 x 2204). Nachdem dieser tatsächlich erzielte Verdienst vom branchenspezifischen Tabellenlohn (TA1 LSE 2012, 41-43 Baugewerbe für männliche Hilfsarbeiter im Kompetenzniveau 1, angepasst an die branchenübliche Arbeitszeit und auf 2013 hochindexiert, von 68'097.86 [5'430 : 40 x 41.5 : 2188 x 2204 x 12]) um 8.5% ([68'097.86 - 62'311.70] x 100 : 68'097.86) abweicht, ist eine Parallelisierung um 3.5% (8.5% - 5%) vorzunehmen (BGE 135 V 297). Das parallelisierte Valideneinkommen beträgt somit Fr. 64'571.71 ([62'311.70 / (100 - 3.5)] x 100).

**5.2** Beim Invalideneinkommen ist, nachdem der Versicherte nach der Aktenlage aktuell keine Tätigkeit ausübt und ihm körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind, auf die Tabellenlöhne nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des Bundesamtes für Statistik abzustellen, wonach das Durchschnittseinkommen für Männer im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) Fr. 5'210.-- betrug, was umgerechnet auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche und nach Massgabe der Entwicklung der Nominallohne (Indexstand für Männer per 2012 von 2188 und per 2013 von 2204) einen hochgerechneten Jahresverdienst per 2013 von Fr. 65'653.71 ( $5210.-- : 40 \times 41.7 : 2188 \times 2204 \times 12$ ) ergibt, was bei einer Mindestarbeitsfähigkeit von 80%, bezogen auf ein Jahr, einen hypothetischen Verdienst von Fr. 52'522.97 ergibt ( $65'653.71 \times 0.8$ ).

**5.3** Stellt man dem oben hergeleiteten Valideneinkommen von Fr. 64'571.71 das vorstehend ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 52'522.97 gegenüber, resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 19% ( $[64'571.71 \text{ minus } 52'522.97] : 64'571.71 \times 100 = 18.66$ ). Daraus ergibt sich somit kein Anspruch auf eine IV-Rente, selbst wenn beim Versicherten vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung und einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgegangen würde. Auch wenn man beim Invalideneinkommen, unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Versicherte nur noch körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung ausüben kann, einen leidensbedingten Abzug von 10% gewähren würde, resultierte weiterhin kein rentenbegründender IV-Grad ( $52'522.97 \times 0.9 = 47'270.67$ ;  $[64'571.71 \text{ minus } 47'270.67] : 64'571.71 \times 100 = 26.79\%$ ). Zusammenfassend besteht somit kein Anspruch auf eine IV-Rente.

**6.** Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt.

**7.** Zu prüfen ist noch das Begehren um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht. Nach ständiger Rechtsprechung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Bedürftigkeit, fehlende Aussichtslosigkeit und sachlich gebotene bzw. notwendige Vertretung (vgl. statt vieler VGE I 2014 37 vom 6.8.2014 Erw. 6). Im vorliegenden Fall sind die Voraussetzungen hierfür erfüllt. Die Bedürftigkeit ist durch die aufgelegten URP-Akten ausgewiesen. Sodann kann das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren - auch nachdem auf dieser Stufe weniger strenge Anforderungen (als im Verwaltungsverfahren) gelten - nicht als aussichtslos bezeichnet werden - daran vermögen auch die Ausführungen der IV-Stelle nichts zu ändern - und auch die Gebotenheit einer Vertretung ist gegeben. Dem Beschwerdeführer ist in der Person von Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_ ein unentgeltlicher Rechts-

beistand zu bestellen. In Beachtung des Gebührentarifs für Rechtsanwälte (Geb-TRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'400.-- festgelegt.

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

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt.
3. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtspflege (inkl. Rechtsverbeiständung) gewährt. Die Verfahrenskosten gemäss Dispositivziffer 2 werden auf die Gerichtskasse genommen. Zudem wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar von Fr. 2'400.-- (inkl. Auslagen und MwSt) zu entrichten.
4. Der Beschwerdeführer hat die Beträge von Fr. 500.-- (unentgeltliche Prozessführung) und Fr. 2'400.-- (unentgeltliche Rechtsverbeiständung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
6. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 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: 28. Mai 2018