

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 99

Entscheid vom 18. Januar 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.iur. Vital Zehnder, Richter
MLaw Manuel Gamma, 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. C._____ 1965, gelernter Betriebsmechaniker, verheiratet und Vater von zwei Söhnen mit Jahrgang 1999 und 2001, seit November 2013 Schweizer Bürger) hatte seit September 1989 als AA._____ für die Firma AB._____ gearbeitet. In den Jahren 1994 bis 1998 zog er sich bei 3 Unfällen Verletzungen an beiden Knien zu. Die Suva übernahm die Kosten der Heilbehandlung und entrichtete Taggeldleistungen (siehe Suva-act. 12-2/8, oben lit. A).

Dr.med. D._____ bescheinigte ab 2. Dezember 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; am 17. Januar 2012 erfolgte eine Meniskus-Operation (IV-act. 2), worauf am 29. Februar 2012 bei der IV-Stelle eine Meldung zur Früherfassung einging (IV-act. 1). Am 21. August 2012 unterzeichnete A._____ eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen umschrieb er im Wesentlichen mit Kniegelenksschaden und medialer Gonarthrose (IV-act. 6).

B. Nach Abklärungen kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 20. Februar 2013 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 27). Ungeachtet von Einwendungen verfügte die IV-Stelle am 7. Mai 2013, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 36).

Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit Entscheid I 2013 76 vom 4. Dezember 2013 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde. In Erwägung 3.3 führte das Gericht aus, dass sich die gesundheitliche Situation des Versicherten im Kniebereich im Zeitpunkt des Verfügungserlasses derart verschlechtert habe, dass nicht nur eine zusätzliche MRI-Abklärung nötig wurde, sondern das Abklärungsergebnis Anlass für eine innert Wochen geplante Operation gab. Daraus folgerte das Gericht, die IV-Stelle habe zu früh über die Leistungsansprüche befunden (siehe IV-act. 68).

C. Mit Verfügung vom 13. Januar 2015 und Einspracheentscheid vom 6. Juli 2015 hat die Suva A._____ eine UVG-Invalidenrente auf der Basis einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 14% sowie eine Integritätsentschädigung für eine mässige Femorotibialarthrose rechts von 15% zugesprochen (vgl. Suva-act. 12-2/8 oben). Die dagegen beim Verwaltungsgericht und beim Bundesgericht erhobenen Beschwerden wurden als unbegründet beurteilt und abgewiesen (vgl. Verwaltungsgerichtsentscheid VGE I 2015 83 vom 13.1.2016 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_168/2016 vom 9.5.2016 = Suva-act. 12).

D. Mit Vorbescheid vom 16. März 2016 teilte die IV-Stelle mit, es sei vorgesehen, für den Zeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. Dezember 2013 sowie für den Zeitraum ab 1. Juni 2014 bis zum 31. Oktober 2014 eine ganze IV-Rente zu gewähren (IV-act. 113). Dagegen liess A._____ mit Eingabe vom 2. Mai 2016 einwenden, dass ihm ab April 2013 ununterbrochen eine ganze IV-Rente auszurichten sei (IV-act. 115).

Nach weiteren Abklärungen teilte die IV-Stelle A._____ am 3. März 2017 mit, dass eine medizinische Abklärung mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beim Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH Zürich) vorgesehen sei (IV-act. 134).

Das entsprechende AEH-Gutachten wurde am 23. August 2017 erstattet (IV-act. 145). Der konsultierte RAD-Arzt Dr.med. E._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) empfahl in einer Stellungnahme vom 5. Oktober 2017, auf das AEH-Gutachten abzustellen (IV-act. 147-5/5).

E. Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2017, welche den ursprünglichen Vorbescheid vom 16. März 2016 ersetzte, kündigte die IV-Stelle an, für den Zeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. Dezember 2013 eine befristete ganze IV-Rente zuzusprechen (IV-act. 149). Dagegen opponierte A._____ in einer Eingabe vom 27. November 2017 (IV-act. 155). In weiteren Eingaben vom 3. Januar 2018 und vom 31. Januar 2018 machte der Rechtsvertreter u.a. geltend, dass zwischenzeitlich eine schwere chronische Polyneuropathie unklarer Genese diagnostiziert worden sei; zudem werde das beeinträchtigte Sehvermögen augenärztlich untersucht (IV-act. 156) und neu sei ein Diabetes mellitus festgestellt worden (IV-act. 159). Mit Einschreiben vom 26. März 2018 eröffnete die IV-Stelle ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren hinsichtlich einer fachärztlichen Einstellung des Diabetes mellitus und einer Operation des Katarakts (IV-act. 168). Daraufhin liess A._____ am 17. April 2018 der IV-Stelle mitteilen, dass er uneingeschränkt mitwirken und die Auflagen vollständig einhalten bzw. erfüllen werde (IV-act. 172).

F. Nach weiteren Abklärungen/ Schriftenwechsel und einer Beurteilung der Aktenlage durch den RAD-Arzt Dr.med. F._____ (Allgem. Innere Medizin) vom 15. Juni 2018 (IV-act. 185) verfügte die IV-Stelle am 11. Oktober 2018, dass A._____ vom 1. April 2013 bis zum 31. Dezember 2013 einen befristeten Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe.

G. Gegen diese Verfügung liess A. _____ fristgerecht am 7. November 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 11. Oktober 2018 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei zur ergänzenden Abklärung und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Eventuell sei dem Beschwerdeführer eine unbefristete, ab Januar 2014 fort-dauernde, ganze Invalidenrente auszurichten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

H. Mit Vernehmlassung vom 6. Dezember 2018 stellte die IV-Stelle folgende Anträge:

1. In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei die Sache zur ergänzenden Abklärung hinsichtlich der gemäss Arztbericht von Dr.med. G. _____ vom 18. September 2018 diagnostizierten depressiven Symptomatik an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen.
3. Unter anteilmässiger Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Innert der angesetzten Frist hat sich der Beschwerdeführer nicht mehr vernehmen lassen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Welche Bestimmungen und Regelungen für die Zusprechung einer IV-Rente von Bedeutung sind, wurde grundsätzlich bereits im Verwaltungsgerichtsentscheid (VGE) I 2013 76 vom 4. Dezember 2013 dargelegt (vgl. IV-act. 68). Es kann darauf verwiesen werden. Zu ergänzen ist, dass das Administrativverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist. Es ist Aufgabe des Versicherungsträgers, nach Eingang der Anmeldung zum Leistungsbezug die Verhältnisse abzuklären (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; siehe auch Art. 57 IVG i.V.m. Art. 69ff. IVV). Nach Art. 72^{bis} Abs. 1 IVV sind medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle einzuholen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV). Auf der Grundlage des auf den 1. März 2012 in Kraft getretenen, neu gefassten Art. 72^{bis} IVV hat das BSV das Zuweisungssystem "SuisseMED@P" etabliert, dem alle Gutachteninstitute angeschlossen sind, die über eine entsprechende Vereinbarung mit dem Bundesamt verfügen (vgl. BGE 138 V 274 Erw. 1.1).

1.2 Im vorliegenden Verfahren ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf IV-Rentenleistungen zusteht. Streitig und näher zu prüfen ist an sich, ob es sich lediglich um einen befristeten Rentenanspruch handelt (für den Zeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. Dezember 2013 = Standpunkt der Vorinstanz gemäss Verfügung vom 11.10.2018), oder ob der Rentenanspruch unbefristet sei (= sinngemässer Standpunkt des Beschwerdeführers). Sodann ist zu beachten, dass die Vorinstanz in der Vernehmlassung eine Rückweisung der Angelegenheit zur Prüfung der von Dr.med. G._____ in einem Bericht vom 18. September 2018 diagnostizierten depressiven Symptomatik beantragt hat.

2. Aus den vorliegenden Akten sind zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1.1 Im erwähnten VGE I 2013 76 vom 4. Dezember 2013 wurde als Ausgangslage festgehalten, dass der Hausarzt Dr.med. D._____ gemäss seinem Bericht vom 29. August 2012 einen posttraumatischen Kniegelenkschaden rechts (Kreuzband- + Meniskusruptur) diagnostizierte, welcher zweimal operiert worden sei (und eventuell noch eine weitere Operation "RE-OP" zur Folge habe). Der Versicherte sei bei ihm seit Mai 2010 und weiterhin in Behandlung. Er habe 1996 einen Unfall erlitten. Er sei seit 17. Januar 2012 zu 100% arbeitsunfähig. Leichte Arbeiten im Sitzen seien zu 100% möglich. Arbeiten wie das Heben und Tragen von mehr als 8 kg, häufiges Bücken, langes Stehen und Laufen und Arbeiten in Nässe oder Kälte könne er nicht ausführen (IV-act. 68-5/11 i.V.m. IV-act. 12).

2.1.2 Auf Zuweisung des Hausarztes Dr.med. D._____ wegen akuter massiver Lumbalgie und Lumboischialgie rechts wurde beim Beschwerdeführer am 16. Mai 2012 ein MRI der LWS durchgeführt. Gemäss Beurteilung des Radiologen Dr.med. H._____ fand sich ein frischer Schmorl'scher Knoten der Deckplatte LWK4 (kein Nachweis einer Diskushernie; IV-act. 68-5/11 i.V.m. IV-act. 15).

2.1.3 Der Beschwerdeführer wurde im Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH, Zürich) untersucht und es wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Am 22. August 2012 erstatteten Dr.med. I._____ Lanz (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation), PD Dr.med. J._____ (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie) sowie Physiotherapeutin AC._____ ein AEH-Gutachten mit u.a. folgenden Angaben (IV-act. 1-3/91ff.):

1. Diagnose

Medial betonte Gonarthrose rechts bei/mit:

- Status nach Teilmeniskektomie medial rechts, Plicaresektion rechts 17.1.2012
- Anamnestisch St. n. Teilmeniskeitomie medial bereits 2000 bds. (...)

- bei medialer Meniskusläsion, degenerativer vorderer Kreuzbandveränderung ohne Ruptur

Chronisches Zervikovertebralsyndrom bei/mit:

- Wirbelsäulenfehlform (protrahierte Kopfposition)
- rechtseitiger intraforaminaler Diskushernie auf Höhe C6/7 mit Foramenstenose
- zirkulärer Bandscheibenprotrusion Th2/T3

Aktenanamnestisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei/mit:

- Schmorl'schem Knoten Deckplatte LWK4
- sonst unauffälligem LWS-MRI 16.5.2012

2. Beurteilung

(...)

Im Vordergrund steht derzeit die Problematik belastungsabhängiger Knieschmerzen rechts bei einer medial betonten Gonarthrose sowie einem Zustand nach arthroskopischer Teilmenisektomie rechts (...).

Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zeigte der Versicherte eine fragliche Leistungsbereitschaft. Er limitierte sich bei einigen Tests selber, ohne an eine medizinisch plausibel nachvollziehbare funktionelle Grenze zu gelangen. Die Konsistenz war gut. Aufgrund der Selbstlimitierung bei einigen Tests kann die funktionelle Leistungsfähigkeit nicht rein mittels der EFL beurteilt werden, sie muss abschliessend unter Einbezug der medizinisch-theoretischen Aspekte erfolgen.

(...)

6. Arbeitsfähigkeit

6.1 Angestammte Tätigkeit

Die angestammte Tätigkeit als AD._____ ist als schwere Tätigkeit zu taxieren. (...) Diese angestammte, zuletzt ausgeführte Tätigkeit ist dem Versicherten aufgrund der gezeigten funktionellen Resultate und einer medizinisch plausibel nachvollziehbar Minderbelastbarkeit des Knies rechts, nicht mehr zumutbar.

Keinerlei Einschränkung ist von Seiten der LWS gegeben bei weder subjektiv beklagten Beschwerden und auch funktionell objektiv nicht verifizierbaren Funktionsdefiziten. Die HWS-Beschwerden sind seit Jahren vorhanden (erstes MRI 2000) und führten nie zu einer Arbeitsunfähigkeit, eine vorübergehende jeweils rezidivierende Intensivierung der HWS-Beschwerden, die dann wieder abklingen, kann jedoch angenommen werden. (...)

6.2 Angepasste Tätigkeit

Für eine mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, mit den Einschränkungen wie unter Punkt 3.3 beschrieben (aufgrund einer medizinisch plausibel nachvollziehbaren Minderbelastbarkeit des rechten Knies sowie einer statisch bedingten Minderbelastbarkeit des HWS/BWS-Übergangs und der unteren HWS infolge der ausgewiesenen degenerativen HWS-Veränderung) ist der Versicherte ab der jetzigen Beurteilung 100% arbeitsfähig.

2.1.4 Dr.med. K._____ (Chefarzt Chirurgie, Spital AE._____) hielt im Bericht vom 24. Oktober 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Mediale Meniskushinterhornläsion rechts, St. n. mehrmaliger Meniskusresektion, beginnende mediale Gonarthrose Outerbrigde II bis III und eine Chronifizierungstendenz der Schmerzen. Die Prognose sei ungünstig und die

Compliance sei schlecht. Er spreche nur kurzzeitig auf die Infiltration an. Somit müsse mittelfristig entweder eine Tibiakopfeosteotomie oder aber eine Hemiprothese ins Auge gefasst werden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei möglich, falls die Arbeitsplatzabklärung "stimme" und der Patient auch gewillt sei, eine partielle Umschulung ins Auge zu fassen. Die Compliance sei jedoch fraglich (IV-act. 16).

2.1.5 Der Beschwerdeführer wurde am 25. März 2013 im Spital AE. _____ von Dr.med. L. _____ AF. _____ (Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/ Oberarzt Orthopädie) untersucht, welcher u.a. eine Persistenz der massiven Beschwerden im Bereich des medialen Gelenkkompartiments notierte und ein erneutes MRI des Kniegelenkes rechts anordnete, um Veränderungen im Tibiaplateau oder im Gelenk feststellen zu können. Diese ursprünglich für 30. April 2013 vorgesehene MRI-Abklärung wurde dann vorgezogen und am 19. April 2013 durchgeführt mit dem Ergebnis, dass sich das tibiale Ödem im Vergleich zu den Voraufnahmen vor rund 3/4 Jahren "massivst vergrössert" zeigte, was die persistierenden Beschwerden erkläre. Zur Beschwerdebesserung wurde eine mediale Teilprothese empfohlen und am 13. Juni 2013 eingesetzt (unikompartimentäre Knieprothese rechts bei Osteonekrose, medialer Gonarthrose, vgl. Bericht Spital AE. _____ vom 14.8.2013, S. 3 = IV-act. 49-3/4 i.V.m. IV-act. 54-1/4). Diese aktuellste Entwicklung gab dem Gericht im VGE I 2013 76 vom 4. Dezember 2013 Anlass zu einer Rückweisung an die Vorinstanz (IV-act. 68).

2.2 In der Folge berichtete Dr.med. L. _____ AF. _____ nach einer ambulanten Untersuchung (mit MRI-Abklärung) mit Bericht vom 10. April 2014 dem Hausarzt Dr.med. D. _____ von unklaren persistierenden suprapatellaren Schmerzen medial (postoperative Verklebung des Rezessus suprapatellaris möglich, vgl. IV-act. 94-15/19). In diesem Bericht wurde umgehend eine geeignete Umschulungsmassnahme empfohlen (IV-act. 94-16/19). In einem weiteren Sprechstundenbericht vom 27. Mai 2014 erwähnte Dr.med. M. _____ einen Verdacht auf Narben-/ Plica Impingement im Bereich des rechten Kniegelenks und hinsichtlich des linken Kniegelenks eine Meniskus medialis Hinterhorn-Läsion (degenerativ) mit beginnender Gonarthrose. Zudem diagnostizierte er eine Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein (IV-act. 95-2/3). Daraufhin folgte am 30. Juni 2014 eine Kniearthroskopie rechts (mit Debridement des Kniegelenks, Plica-, Narben- und Knorpelshaving, vgl. IV-act. 98-2/5). Nach dem Kontrollbesuch vom 23. Juli 2014 berichtete Dr.med. N. _____ dem Hausarzt von einem schmerzarmen postoperativen Verlauf (IV-act. 99-2/3). Nachdem im Bereich beider Vorfüsse neue Beschwerden aufgetreten waren, empfahl Dr.med.

N._____ im Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2014 hinsichtlich der deutlich degenerativen LWS mit Bandscheibenprotrusionen den Beizug eines Wirbelsäulenspezialisten (vgl. IV-act. 102-16/31).

2.3 Zur Beurteilung chronischer Nackenschmerzen wies Dr.med. M._____ den Beschwerdeführer der Schulthess Klinik zu. Dr.med. O._____ (Stv. Oberärztin Neurologie) stellte im Bericht vom 15. Juli 2016 die Diagnose eines chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms mit primärer myofaszialer Komponente (klinisch-neurologisch: keine fokalen Defizite/ MRI HWS 2011: Intraforaminale Diskushernie C6/7 mit Foramenstenose, vgl. IV-act. 122-1/5). Am 17. August 2016 folgte an der Schulthess Klinik eine ergänzende Bildgebung (CT Spect HWS), welche keine relevanten Auffälligkeiten zeigte (IV-act. 122-3/5). In einem Bericht vom 26. Dezember 2016 veranschlagte Dr.med. M._____ für angepasste, sitzende Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% (IV-act. 127-6/16).

2.4 Daraufhin erachtete die IV-Stelle (gestützt auf eine RAD-Beurteilung vom 3.1.2017) eine erneute EFL-Abklärung als nötig (IV-act. 131 i.V.m. 134), welche am 6. und 7. Juli 2017 durchgeführt wurde (IV-act. 143-2/4). Im entsprechenden Bericht des AEH vom 23. August 2017, an welchem med.pract. P._____ (Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin), PD Dr.med. Q._____ (MSc FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Rheumatologie) sowie der Physiotherapeut AG._____ (MSc) mitwirkten (IV-act. 145-27/35), wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (IV-act. 145-24/35):

Status nach Knie-Uniprothese rechts 06/2013
Bekannte Meniskus medialis-Läsion linkes Kniegelenk
Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie links bei
- Foraminalstenose C6/7 rechts
Chronifizierende Lumbalgien bei
- Multisegmentale Degeneration mit fraglicher Nervenwurzelirritation L4 rechts
aktenmässig

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Sachverständigen was folgt aus (IV-act. 145-24/35):

Ausgeprägtes dysfunktionales Krankheitsverhalten
Varikosis unter Extremitäten bds.
Senk-/Spreizfüsse bds., durch orthopädische Einlagen korrigiert
Zustand nach Metacarpaleköpfchen-Fraktur Dig. V links 02/2016
Beginnende Dupuytren'sche Erkrankung mit beginnender Beugekontraktur Dig. IV links und III rechts

In der Beurteilung führten die Sachverständigen u.a. was folgt aus:

Zusammengefasst besteht eine degenerative Erkrankung des rechten Kniegelenkes mit strukturellen Veränderungen, tws. nach Einbringen von einer Knie-Uniprothese korrigiert. Beginnende, noch ohne klinisch relevanter Ausprägung Veränderung im linken Kniegelenk, multisegmentale Veränderung im LWS und Foramenstenose C6/7 rechts (klinische Beschwerden links).

Diese Veränderungen sind radiologisch bestätigt, dennoch erklären sie das Ausmass der vom Versicherten beklagten Beschwerden und die demonstrierten Bewegungs- und Belastungseinschränkungen nicht. Es wurden unsererseits bei der klinischen Untersuchung und Durchführung der Tests mehrere Diskrepanzen beobachtet und festgehalten. Die Schmerzzunahme am zweiten Testtag lässt sich mit den Belastbarkeitstests in keiner Weise erklären, da gar keine wirklichen physischen Belastungen stattgefunden haben.

Aufgrund der ausgeprägten Selbstlimitierung folgt die Einschätzung der Beurteilung Zumutbarkeit auf medizinisch-theoretischer Basis.

(...)

5.2 Angepasste Tätigkeit

Medizinisch-theoretisch aus rein orthopädisch-rheumatologischer Sicht bei bekannten funktionellen Einschränkungen durch eingebaute Knie-Uniprothese rechts und degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenks sowie lokale Veränderung im HWS-Bereich und multisegmentaler Degeneration im LWS-Bereich ist dem Versicherten medizinisch-theoretisch eine leichte bis mittelschwere, wechselpositionierende Tätigkeit, teilweise im Sitzen, teilweise im Stehen, teilweise im Gehen zumutbar. Zusätzlich bestehen folgende Einschränkungen: keine Arbeiten auf Gerüsten, kein Leitersteigen, Treppensteigen mit Möglichkeit sich zur Sicherheit an den Handläufen zu halten manchmal, Knien, Kriechen, Hocken manchmal, Zwangshaltungen für die Wirbelsäule manchmal. Diese angepasste Tätigkeit medizinisch-theoretisch aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht ist zur gegebenen Zeit ganztags mit vermehrten Pausen von 2 Stunden über den Tag verteilt zumutbar. Die Pausen ergeben sich aufgrund der doch relevanten klinischen Befunde und Beschwerden in verschiedenen Körperregionen, welche auch in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht vollständig kompensiert werden können.

Insgesamt veranschlagten die AEH-Sachverständigen nach einer Aufbauphase (zunächst Halbtagestätigkeit, innert 3 Monaten kontinuierliche Steigerung) eine zumutbare Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten von 75% (ganztags, 2 h vermehrte Pausen, vgl. IV-act. 145-26/35).

Diesem Ergebnis pflichtete der RAD-Arzt Dr.med. E._____ in einer Stellungnahme vom 5. Oktober 2017 bei (IV-act. 147-5/5).

2.5 In einem Sprechstundenbericht vom 7. September 2017 an den neuen Hausarzt (Dr.med. R._____, FMH Allg. Medizin) empfahl Dr.med. M._____ eine neurologische Abklärung der Vorfussproblematik bei Verdacht auf Neuropathie (vgl. IV-act. 155-13/14). Dr.med. S._____ (Fachärztin für Neurologie) untersuchte den Beschwerdeführer am 20. Dezember 2017. Im gleichentags verfassten Bericht stellte sie die Diagnose einer schweren chronischen, vorrangig demyelinisierenden Polyneuropathie unklarer Genese (IV-act. 157-2/6).

2.6 In einem Verlaufsbericht vom 22. Januar 2018 an die IV fasste Dr.med. M._____ die aktuellen Diagnosen wie folgt zusammen (IV-act. 160):

- Degenerative HWS mit Spondylarthrosen, sowie Discopathien C5 bis C7 mit Nervenkomprimierung und ausstrahlende Schmerzen in beide Arme bis zur Hand.
- C6/C7 Foramen Stenose rechts, seit 2011 bekannt.
- Bekannte degenerative LWS Symptomatik mit multisegmentaler Degeneration und Nervenwurzelirritationen L4
- Status nach Uni-Knieprothese rechtsmedial Juni 2013
- Bekannte Meniskus medialis Läsion am linken Kniegelenk degenerativ
- Neu entdeckter Diabetes mellitus Typ II mit ausgeprägter, schwerer demyelinisierender Polyneuropathie an beiden Füßen (siehe Neurologiebericht).

In seiner Beurteilung erachtete Dr.med. M._____ dem Beschwerdeführer wechselbelastende Tätigkeiten mit Sitzen, Stehen und Gehen (sowie ohne schweres Heben/ Tragen oder andere die Wirbelsäule oder die Knie belastende Arbeiten) im Umfange von noch ca. 20% bis 30% als zumutbar (IV-act. 160-1/6).

2.7 Dr.med. T._____ (Augenärztin FMH) stellte in ihrem bei der IV-Stelle am 6. März 2018 eingegangenen Bericht die Diagnose einer Cataracta praeseniilis bei Neurodermitis links > rechts und Blepharitis beidseits (IV-act. 162-1/6). Aus ophthalmologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht eingeschränkt. Es sei eine Kataraktoperation links geplant (IV-act. 162-2/6). Mit Bericht vom 10. April 2018 wies die Augenärztin auf starke Blutzuckerschwankungen und darauf hin, dass bei der Netzhautuntersuchung nun intraretinale Blutungen und Exsudate zu sehen seien. Vor einer Kataraktoperation müsse nun die Behandlung der diabetischen Retinopathie erfolgen (IV-act. 172-2/2).

2.8 Am 16. April 2018 bestätigte der Hausarzt Dr.med. U._____, dass der Beschwerdeführer wegen eines Diabetes mellitus mit Insulin eingestellt werde und er deswegen aktuell keiner spezialärztlichen Behandlung bedürfe (IV-act. 173). In einem weiteren Schreiben vom 17. Mai 2018 berichtete der Hausarzt der IV-Stelle, nach eingehender Instruktion des Beschwerdeführers und Eintitrierung seien nun die Blutzuckerwerte sukzessive besser; mittels HbA1c werde der Verlauf kontrolliert (IV-act. 181).

2.9 Mit Bericht vom 11. Juni 2018 beschrieb Dr.med. V._____ (Assistenzärztin Augenklinik LUKS) die Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers dahingehend, dass eine Sehinderung beidseits bei diabetischem Makulaödem vorliege (IV-act. 184-4/7, Ziff. 3.4).

2.10 Der RAD-Arzt Dr.med. F._____ (Allg. Innere Medizin) fasste seine Beurteilung in einer Stellungnahme vom 15. Juni 2018 wie folgt zusammen (IV-act. 185-8/8):

Auf das Ergebnis der Begutachtung vom 23.08.2017 (AEH-Zentrum) kann weiterhin abgestellt werden.

Laut ophthalmologischem Zeugnis (Dr. A. AH._____, 06.03.2018) ergeben sich aus ophthalmologischer Sicht keine Einschränkungen; ebenso sei die bisherige Tätigkeit aus ophthalmologischer Sicht weiterhin zumutbar. Zudem könne die Sehverschlechterung operativ behoben werden.

Auf Grund des behandelten, oder zumindest behandelbaren Diabetes mellitus ergeben sich nachstehende zusätzliche Funktionseinschränkungen: keine Tätigkeiten unter Gefahr oder mit besonderer Verantwortung für Menschen, Maschinen oder komplexe Prozesse.

Die Möglichkeit für vermehrte Pausen (Essen, Blutzucker-Kontrollen u.a.) sollte gegeben sein. Regelmässige Arbeitszeiten sind zu bevorzugen; Nachtschichten sollten vermieden werden.

Ansonsten gilt weiterhin, dass die im GA beschriebene Tätigkeit im Umfang von 75% (vollschichtig mit zwei Stunden Pause) möglich ist. Das dort formulierte und hier ergänzte Anforderungsprofil gilt auch für die möglichen Auswirkungen der jetzt neu vorgetragenen Polyneuropathie.

2.11 Am 25. September 2018 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von Dr.med. G._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) ein mit folgenden Diagnosen (IV-act. 195-2/2):

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10) F32.2
Persönlichkeit bei chronischen Schmerzen (ICD-10) F62.8
Generalisierte Angststörung (ICD-10) F41.1
Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10) F43-23
Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10) F45.3
Nichtorganische Insomnie (ICD-10) F51.0

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte die Psychiaterin in ihrem Bericht aus, aufgrund der ausgeprägten Spannungszustände und der depressiven Symptomatik bestünden Einschränkungen im Bereich der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und auch der Durchhaltefähigkeit. Er sei nicht in der Lage zur Anpassung an Regeln und Routinen, wie es eine regelmässige berufliche Tätigkeit erfordern würde. Aufgrund der kognitiven Defizite gebe es auch Einschränkungen im Bereich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben (IV-act. 195-2/2).

2.12 In einem Bericht vom 24. Oktober 2018 berichtete Dr.med. W._____ (Assistenzarzt Augenklinik LUKS) über den weiteren Verlauf der antiVEGF-Behandlung des Beschwerdeführers bei schwerer diabetischer Retinopathie (Bf-act. 4).

3.1 In der vorliegenden Beschwerde (S. 7 unten) wird u.a. vorgebracht, dass seit der EFL-Abklärung gemäss AEH-Gutachten vom 23. August 2017 sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Nebst den Knie-, HWS- und LWS-Beschwerden seien auch eine schwere Polyneuropathie, eine schwere depressive Episode sowie eine erhebliche Sehschwäche hinzugekommen. Daraus leitet der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sinngemäss ab, dass der Beweiswert des AEH-Gutachtens in Frage zu stellen sei (Beschwerde, S. 11).

3.2 Die Vorinstanz argumentiert in der Vernehmlassung unter anderem, dass der Beweiswert des AEH-Gutachtens weiterhin gegeben sei. Sodann vertritt sie den Standpunkt, dass die nach Erstattung des AEH-Gutachtens diagnostizierten Diabetes mellitus, die Polyneuropathien und die diabetische Retinopathie bzw. der Katarakt keinen Anlass geben würden, eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über die Angaben des RAD-Arztes Dr.med. X. _____ hinaus anzunehmen. Hingegen wurden die psychiatrischen Diagnosen von Dr.med. Y. _____ als neu und abklärungswürdig beurteilt, weshalb diesbezüglich eine Rückweisung für eine psychiatrische Zusatzabklärung beantragt wurde mit der Ergänzung, dass keine Anhaltspunkte für den Bedarf nach einem polydisziplinären Gutachten bestünden (zit. Vernehmlassung, Ziff. 19 in fine).

3.3 Wollte man der zuletzt erwähnten Argumentation der Vorinstanz folgen, würde dies darauf hinauslaufen, dass die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers letztlich separat aus verschiedenen Fachdisziplinen beurteilt würde, ohne dass die involvierten Fachärzte einen Austausch hinsichtlich ihrer aus der eigenen medizinischen Disziplin gewonnenen Einschätzung vorgenommen hätten. Mit anderen Worten würde sich (nach vorinstanzlicher Argumentation) die Beantwortung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades faktisch aus einer Addition folgender (separater) Beurteilungen zusammensetzen:

- AEH-Gutachten vom 23.8.2017 (aus der Sicht der Physikalischen Medizin/ Rheumatologie);
- aus neurologischer Sicht (Dr.med. Z. _____);
- aus ophthalmologischer Sicht (Dr. AH. _____ und Dr. AI. _____);
- aus psychiatrischer Sicht (noch ausstehend).

Festzuhalten ist, dass die in den Akten angesprochene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers noch vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2018 eingetreten ist.

Im Lichte all dieser Aspekte drängt es sich auf, im vorliegenden Fall anstelle der von der Vorinstanz (im Rahmen der Rückweisung) geplanten separaten psychiatrischen Abklärung ein polydisziplinäres Gutachten nach Massgabe von Art. 72^{bis} IVV vorzusehen. Dafür spricht insbesondere auch, dass das psychiatrische Gutachten erfahrungsgemäss noch einige Zeit benötigen wird bis es vorliegt und somit davon ausgegangen werden kann, dass das letzte AEH-Gutachten dannzumal rund 2 Jahre alt sein wird, mithin dann die Aktualität des AEH-Gutachtens in Frage zu stellen wäre.

3.4 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung (soweit sie einen Leistungsanspruch nach dem 31.12.2013 verneint) aufgehoben und die Sache zur Vornahme eines polydisziplinären Gutachtens an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Hinsichtlich der Festlegung der zu untersuchenden Fachdisziplinen wird die Vorinstanz dem Beschwerdeführer bzw. seinem Rechtsvertreter noch das rechtliche Gehör zu gewähren haben.

4. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C_78/2009 vom 31.8.2010, teilw. publ. in BGE 136 II 393ff. Erw. 12.1, mit Verweis auf BGE 132 V 235 Erw. 6.1). Dementsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt, derweil der Beschwerdeführer Anspruch auf Rückzahlung des von ihm bezahlten Kostenvorschusses hat.

Zudem wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung 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 Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 2'200.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2018 (soweit sie einen Leistungsanspruch über den 31.12.2013 hinaus verneint) aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehen und neu über den Leistungsanspruch befinden kann.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so abgewickelt, dass das Verwaltungsgericht den vom Beschwerdeführer einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihm (bzw. seinem Rechtsvertreter) Fr. 500.-- durch die Vorinstanz zu bezahlen sind.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- zugesprochen (Auszahlung an den Rechtsvertreter).
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 Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 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, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 22. Januar 2019