

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 16

Entscheid vom 16. Mai 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ und
Rechtsanwältin MLaw C. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (psychiatrische Oberbegutachtung)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1971) hat nach der Matura (Typus C) im Jahre 1996 an der ETH Zürich die Ausbildung als dipl. Architekt ETH/SIA abgeschlossen und ab Dezember 1998 bis 31. März 2016 als Projektmanager für D._____ (100%) gearbeitet. Zusätzlich hat er sich von 2007 bis 2011 an der ETH Zürich als Energiewissenschaftler (MSc ETH ES) ausbilden lassen (vgl. IV-act. 85-65/157).

B. Am 31. März 2015 ging bei der IV-Stelle eine von A._____ am 25. März 2015 unterzeichnete IV-Anmeldung ein. Darin umschrieb er seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie folgt (IV-act. 1-4/5 oben):

Burnout - Krankheit - Begleit: Tinnitus, Magen, Husten, Kopfweh, Konzentrationsstörungen - Unfall

Burnout Herbst 2014 / Auffahrunfall 25.02.2015

Am 11. Mai 2015 erfolgte ein Abklärungsgespräch (vgl. IV-act. 28).

C. Vom 3. Juli 2015 bis 5. August 2015 hielt sich A._____ im E._____ (Rehabilitationsklinik) auf (IV-act. 14). Ab 25. November 2015 folgte eine stationäre Behandlung in der Privatklinik F._____ (bis 8.2.2016, vgl. IV-act. 36). Am 9. Dezember 2015 kündigte die Arbeitgeberin (D._____) das Arbeitsverhältnis per 31. März 2016 (IV-act. 16). Am 30. Mai 2016 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Coaching durch eine spezialisierte Firma (Frühinterventionsmassnahme, vgl. IV-act. 20 bis 25).

D. Die erste Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik G._____ dauerte vom 4. August 2016 bis 31. Oktober 2016 (IV-act. 37). Die ambulante Behandlung bei der Psychiaterin H._____ (I._____) wurde am 18. Juli 2017 beendet (IV-act. 49). Zur weiteren ambulanten Behandlung erstattete die Psychiaterin Dr.med. J._____ (K._____) am 28. Dezember 2017 ihren Verlaufsbericht (IV-act. 51). In der Zwischenzeit war A._____ vom 23. November 2017 bis 29. Dezember 2017 erneut in der Klinik G._____ hospitalisiert (IV-act. 57). Anschliessend war A._____ vorübergehend bei der Psychiaterin Dr.med. L._____ in ambulanter Behandlung (IV-act. 63). Nach Prüfung der medizinischen Aktenlage empfahl der Regionale Ärztliche Dienst (RAD Zentralschweiz, Dr.med.univ. Dr.phil. M._____ , FMH Psychiatrie/ Psychotherapie) am 19. Januar 2018 die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 54-8/8). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle "N._____ " zugewiesen (IV-act. 64).

E. Am 18. Oktober 2018 ging das per 8. Oktober 2018 datierte polydisziplinäre Gutachten der N._____ bei der IV-Stelle ein (IV-act. 85). Nach einer Würdigung dieses Gutachtens durch die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. M._____ vom 10. Dezember 2018 (= IV-act. 86-10/15) teilte die IV-Stelle am 18. Dezember 2018 mit, dass ein psychiatrisches Obergutachten vorgesehen sei (IV-act. 87). Dagegen opponierte der von A._____ beigezogene Rechtsvertreter in einer Eingabe vom 14. Januar 2019 (IV-act. 95).

F. Am 25. Januar 2019 verfügte die IV-Stelle, dass an einer psychiatrischen Oberbegutachtung (durch Dr.med. O._____, P._____) festgehalten werde (IV-act. 98). Gegen diese am 29. Januar 2019 eingegangene Verfügung liess A._____ rechtzeitig am 28. Februar 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Zwischenverfügung vom 25.1.2019 aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass die angekündigte psychiatrische Oberbegutachtung eine unzulässige 'second opinion' darstellt, derer sich der Beschwerdeführer nicht zu unterziehen braucht.
3. Eventualiter seien Rückfragen an med.pract. Q._____ zu richten.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegenerin.

Mit Vernehmlassung vom 28. März 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Dazu nahm der Beschwerdeführer in einer Eingabe vom 29. April 2019 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Seit dem 31. März 2015 ist der Beschwerdeführer zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Die Abklärung des Leistungsanspruchs verzögerte sich unter anderem dadurch, dass der Versicherte mehrfach in verschiedenen Kliniken hospitalisiert war (vgl. Ingress lit. C und D). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung, wobei der Begutachtungsauftrag der N._____ zugestellt wurde. Das entsprechende Gutachten ging am 18. Oktober 2018 bei der Vorinstanz ein mit dem Hauptergebnis, dass der Versicherte aufgrund des psychiatrischen Teilgutachtens zu 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 85-12/157). Die mit der Auswertung des psychiatrischen Teilgutachtens betraute RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. M._____ empfahl in einer Stellungnahme vom 10. Dezember 2018 die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens bei Dr.med. O._____ (P._____, vgl. IV-act. 86-10 f./15), was von der IV-Stelle im Ergebnis übernommen wurde. Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet mithin die Fragestellung, ob die vorinstanzliche

Zwischenverfügung, mit welcher an einer psychiatrischen Oberbegutachtung festgehalten wird, einer gerichtlichen Überprüfung standhält.

1.2 Der Versicherungsträger hat nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist laut dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7.3.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf das Urteil 8C_481/2013 vom 7.11.2013 Erw. 3.4, nicht publ. in BGE 139 V 585, aber in: SVR 2014 UV Nr. 7 S. 21). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der konkreten Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zu dem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht (vgl. BGE 141 V 330 Erw. 5.2 S. 339; 138 V 271 Erw. 1.1 S. 274 f.). Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (vgl. zit. Urteil 9C_57/2019 vom 7.3.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf das Urteil U 571/06 vom 29.5.2007 Erw. 4.2, in: SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111).

2. Aus den vorliegenden Akten sind zu den hier im Vordergrund stehenden psychischen Befunden und daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen unter anderem die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen, wobei jeweils auch darauf Bezug genommen wird, inwiefern der im Rahmen der MEDAS-Begutachtung mit dem psychiatrischen Teilgutachten betraute Psychiater (med. pract. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertif. med. Gutachter SIM, Vertrauensarzt SBV) sich hinreichend mit Erkenntnissen der behandelnden Fachpersonen befasst hat.

2.1.1 Dr.med. R._____ (FMH Allgemeinmedizin, AA._____) führte in einem Bericht vom 30. Januar 2015 (= UV-act. 2-2/16) an den Unfallversicherer Allianz Suisse u.a. was folgt aus:

2. Anamnese, Beschreibung der Krankheitsentwicklung

Konsultation bei mir 23.09.2014: psychosomatischer Husten seit mind. 2 Monaten, starker Müdigkeit, Erschöpftheit, schlaflose Nächte, Konzentrationsstörungen, Nervosität, angetrieben sein, Fehlleistungen.

3. Erschöpfungssymptomatik mit geistigen, emotionalen und körperlichen Symptomen. Beginn der Behandlung am 23.09.2014 mit Überweisung zur psychotherapeutischen Behandlung.

2.1.2 In seinem psychiatrischen Teilgutachten nahm Dr.med. Q._____ auf die vorgenannte Ziffer 2 (Anamnese) Bezug, derweil die Überweisung zur psychotherapeutischen Behandlung unerwähnt blieb (IV-act. 85-107/157; auch in IV-act. 85-19/157). Obwohl Dr.med. R._____ unter Ziffer 1 ihres Berichts vom 30. Januar 2015 ausdrücklich die psychotherapeutische Behandlung des Versicherten bei lic.phil. S._____ (AB._____) erwähnte (UV-act. 2-2/16 ab initio) und von diesem Fachpsychologen ein zweiseitiger Bericht vom 20. Mai 2015 in den IV-Akten vorhanden ist (= IV-act. 11-6 f./12), fand dies in der Aktenzusammenfassung des MEDAS-Psychiaters Dr.med. Q._____ keine Erwähnung (vgl. IV-act. 85-107/157). Hingegen ist im allgemeinen Teil des MEDAS-Gutachtens der Bericht zur psychotherapeutischen Behandlung bei lic.phil. S._____ enthalten (vgl. IV-act. 85-22/157), wobei unklar bleibt, ob sich der MEDAS-Psychiater damit befasst hat, nachdem er in seinem Teilgutachten darauf nicht Bezug nimmt.

2.2 Das in den Akten der IV vorhandene versicherungspsychiatrische Konsilium von Dr.med. T._____ (Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom 17. April 2015, wonach klinisch-phänomenologisch im Rahmen der aktuellen Momentaufnahme keine schweren affektpsychopathologischen Alterationen objektiviert werden konnten (Antrieb, Spontanreaktivität, Gestik, Mimik, Gangbild, Ich-Stärke, pragmatisches Kommunikationsverhalten, Denken, siehe UV-act. 2-5/16), blieb in der Aktenzusammenstellung des MEDAS-Psychiaters unerwähnt (hingegen ist im allgemeinen Teil des MEDAS-Gutachtens dieser Bericht enthalten, vgl. IV-act. 85-21/157, wobei unklar bleibt, ob sich der MEDAS-Psychiater damit auseinandergesetzt hat, weil im psychiatrischen Teilgutachten darauf nicht Bezug genommen wird).

2.3 Die weiteren Berichte der Ärztin Dr.med. R._____ vom 15. und 19. Juni 2015, welche die Burnout-Episode mit kompliziertem Verlauf sowie die HWS-

Distorsionen vom 26.2.2015 und aus den Jahren 1999 sowie 2008 betreffen, wurden vom MEDAS-Psychiater berücksichtigt (vgl. IV-act. 85-107/157).

2.4 Analog befasste sich der MEDAS-Psychiater auch mit dem Untersuchungsergebnis des Psychiaters PD Dr.med. U. _____ (P. _____) vom 25. Juni 2015, welcher das Vorliegen einer schweren Depression (F32.2) diagnostizierte und eine vollständig fehlende Arbeitsfähigkeit veranschlagte sowie einen Eintritt in eine _____ Höhenklinik befürwortete (IV-act. 11-8 f./12 i.V.m. IV-act. 85-107/157 unten; siehe auch IV-act. 85-24/157).

2.5 Der Bericht von Dr.med. V. _____ (Chefärztin des E. _____, wo sich der Versicherte vom 3.7.15 bis 5.8.15 aufgehalten hatte), wurde in der Aktenzusammenstellung des MEDAS-Psychiaters wie folgt aufgeführt: "Unter Diagnosen wird unter 1. Burnout, Arbeitsvertragsauflösungsandrohung während der Krankenzeit auf psychiatrischem Gebiet angeführt."

2.6 Die seit 27. August 2015 den Versicherten behandelnde Psychiaterin med.pract. H. _____ (I. _____) stellte in ihrem Bericht vom 21. Dezember 2015 an die IV-Stelle die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1) mit Somatisierung, Tinnitus, Husten, diverse Schmerzen, was vom MEDAS-Psychiater mitberücksichtigt wurde (IV-act. 85-108/157 oben).

2.7 Dr.med. W. _____ (Leitende Ärztin Privatklinik F. _____), stellte im Bericht vom 5. Februar 2016 zur Hospitalisation des Versicherten vom 25. November 2015 bis 8. Februar 2016 die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) und eines Erschöpfungssyndroms (Z73.0, vgl. IV-act. 36), was vom MEDAS-Psychiater in seiner Aktenzusammenstellung erfasst wurde (IV-act. 85-108/157).

2.8.1 Im Rahmen der ersten Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik G. _____ vom 4. August 2016 bis 13. Oktober 2016 stellte die Leitende Ärztin Dr.med. X. _____ die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Episode bei beruflicher Überforderung (ICD-10 F33.1), eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) sowie Tinnitus, Schmerzstörung und chronischer Husten (= IV-act. 37), was vom MEDAS-Psychiater mitberücksichtigt wurde (IV-act. 85-108/157).

2.8.2 Allerdings liess der MEDAS-Psychiater in seiner Aktenzusammenstellung bzw. in seinem Teilgutachten die auffallende Tatsache unerwähnt, dass der Versicherte das Angebot einer medikamentösen antidepressiven Therapie ablehnte und sich nicht einmal auf einen Versuch einlassen wollte (IV-act. 37-4/5 oben).

Dass darauf im psychiatrischen Teilgutachten nicht eingegangen wurde, ist als klarer Mangel zu beurteilen. Anzuführen ist, dass auch im allgemeinen Teil des MEDAS-Gutachtens die Ablehnung einer medikamentösen antidepressiven Therapie ausgeblendet wurde (IV-act. 85-30 ff./157).

2.9.1 Der Verlaufsbericht von med.pract. H. _____ vom 10. November 2017 mit den Diagnosen "chronifizierte depressive Symptomatik, mittelgradig (ICD-10 F33.9) und kombinierte Persönlichkeitsstörung, narzisstisch, passiv-aggressiv (ICD-10 F61.0) wurde in der Aktenzusammenstellung des MEDAS Psychiaters aufgeführt (IV-act. 85-108/157 unten i.V.m. IV-act. 49).

2.9.2 Allerdings befasste sich der MEDAS-Psychiater in seinem Teilgutachten nicht näher mit den nachfolgend aufgeführten Auffälligkeiten aus dem Verlaufsbericht (welche zwar im allgemeinen Teil des MEDAS-Gutachtens mindestens teilweise erwähnt wurden, vgl. IV-act. 85-35 f./157 i.V.m. IV-act. 49-1 f./2; eine hinreichende Auseinandersetzung damit durch den Gutachter fehlt, was als Mangel zu beurteilen ist):

- dass der Versicherte von einer Person aus dem unterstützenden Umfeld "sehr schnell kränkbar und ziemlich schnell aus der Haut fahrend erlebt" wurde;
- dass der Versicherte an mehreren Sitzungen mit der behandelnden Psychiaterin "sehr laut monologisierend und zum Teil auch mich verbal angreifend redete";
- dass - wegen des bedrohlichen Verhaltens des Versicherten an den beiden letzten Sitzungen - die behandelnde Psychiaterin eine Fortführung der Behandlung (nach der letzten Sitzung vom 18.07.2017) ablehnte
- und dass in der prognostischen Beurteilung med.pract. H. _____ ausführte, es müsste an der zu Tage getretenen Persönlichkeitsstörung gearbeitet werden (IV-act. 49-2/2).

2.10 Die Psychiaterin Dr.med. J. _____ (K. _____), welche den Versicherten seit dem 4. August 2017 ambulant behandelte, stellte in ihrem Bericht vom 28. Dezember 2017 an die IV-Stelle die Hauptdiagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) und eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (IV-act. 51), was in der Aktenzusammenstellung des MEDAS-Psychiaters erfasst wurde (IV-act. 85-108/157 unten).

2.11.1 Analog wurden auch die auf psychiatrischem Fachgebiet im Austrittsbericht der Klinik G. _____ (zur 2. Hospitalisation vom 23.11.2017 bis 29.12.2017) aufgeführten Hauptdiagnosen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1) und Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0, vgl. IV-act. 57) in der Aktenzusammenstellung des MEDAS-Psychiaters aufgeführt (IV-act. 85-109/157 oben; siehe auch IV-act. 85-37 f./157).

2.11.2 Unerwähnt (auch im allgemeinen Teil, vgl. IV-act. 85-37 ff./157) blieben Auffälligkeiten, wie einerseits, dass der Versicherte sich auf eigenen Wunsch nicht psychopharmakologisch behandeln liess (IV-act. 57-5/7 oben; das psychiatrische Teilgutachten setzt sich damit nicht hinreichend auseinander). Andererseits wurde im Austrittsbericht vermerkt, dass bei Austritt nur "noch leichte Ermüdbarkeit und Überforderung, gelegentliche Dünnhäutigkeit und Kränkbarkeit, sowie Niedergestimmtheit und somatische Beschwerden" bestanden (IV-act. 57-6/7, womit sich das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls nicht hinreichend auseinandersetzt). Sodann fällt auf, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbehandlung auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten nicht durch die zuweisende Psychiaterin Dr.med. J._____, sondern neu durch Dr.med. L._____. (P._____) erfolgen sollte (IV-act. 57-6/7; diesbezüglich wäre im Explorationsgespräch zu erwarten gewesen, dass der MEDAS-Psychiater den Versicherten hinsichtlich der Gründe für diesen Wechsel befragt hätte).

2.12 Die Psychiaterin Dr.med. L._____, welche den Versicherten vom 2. Februar 2018 bis 22. März 2018 behandelte, stellte in ihrem Bericht vom 26. März 2018 die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung, vorbestehend bei Behandlungsbeginn, erste psychiatrische Hospitalisation 2015 (ICD-10 F33.1, vgl. IV-act. 63-1/5, Ziff. 1.1), was vom MEDAS-Psychiater in seiner Aktenzusammenstellung berücksichtigt wurde (IV-act. 85-109/157).

2.13 In einem Bericht vom 10. April 2018 an die IV-Stelle erwähnte Dr.med. Y._____ (FMH Rheumatologie) unter Ziffer 2 der Diagnosen eine anhaltende Depression (IV-act. 69-1/7), was vom MEDAS-Psychiater in seiner Aktenzusammenstellung ebenfalls berücksichtigt wurde (IV-act. 86-109/157).

2.14.1 In der Folge war der Versicherte *ab 4. April 2018* in ambulanter Behandlung beim Psychiater med.pRACT. Z._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, P._____), welcher in mehreren ärztlichen Zeugnissen eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit von 80% bzw. e contrario eine Arbeitsfähigkeit von 20% bescheinigte (vgl. IV-act. 95-19/25 bis 95-24/25). Ein solcher Arbeitsunfähigkeitsgrad von 80% wurde auch von Dr.med. L._____ (am 24.4.2018) bescheinigt (IV-act. 95-18/25).

2.14.2 Anzufügen ist, dass dieser Arbeitsfähigkeitsgrad von 20% mit der Tatsache korrespondiert, dass der Versicherte nach eigenen Angaben zwischen Dezember 2016 und April 2018 eine Teilzeitbeschäftigung mit Archiv- und Büroarbeiten in einem Pensum von rund 20% ausübte, was der MEDAS-Psychiater in seinem Teilgutachten unter Ziffer 3.2.7 in fine als Arbeitsversuch festgehalten hat

(vgl. IV-act. 85-114/157 Mitte). Was hingegen vom MEDAS-Psychiater übersehen bzw. nicht gewürdigt wurde, ist, dass der Versicherte diese Beschäftigung nach eigenen Angaben wegen einer ungerechten Entlohnung ("eines ungerechten Arbeitslohns") aufgegeben hat (IV-act. 85-110/157, 5. Absatz von unten). Daraus resultiert offenkundig grundsätzlich eine verbliebene Restarbeitsfähigkeit. Im Einklang damit steht zum einen, dass der Versicherte (im Rahmen des Explorationsgesprächs vom 13.6.2018) gegenüber dem MEDAS-Psychiater erklärte, "sich für 2-3 Stunden" pro Tag leistungsfähig zu fühlen (IV-act. 85-110/157 Mitte; siehe dazu auch IV-act. 85-114/157, Ziff. 3.2.8, wonach gemäss der Einschätzung des Versicherten ein Pensum von etwa 30% in Frage komme; siehe auch IV-act. 85-116/157 Ziff. 3.2.15). Zum andern erklärte der Versicherte beim neuropsychologischen Abklärungsgespräch vom 10. Juli 2018, sich zurzeit wieder zu bewerben, könne aber keine Vollzeitstelle annehmen; er habe nur noch Teilzeit gearbeitet (siehe IV-act. 85-133/157). In diesem Zusammenhang ist als weiterer Mangel des psychiatrischen Teilgutachtens festzuhalten, dass eine plausible Begründung fehlt, wie die wegen schlechter Entlohnung aufgegebenen (über ein Jahr dauernde) Teilzeitbeschäftigung (von rund 20%) mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zu vereinbaren sei, obwohl sich der Versicherte in diesem Umfang selber als leistungsfähig fühlt.

2.14.3 Eine lege-artis-Begutachtung hätte erfordert, dass der MEDAS-Psychiater anlässlich des Explorationsgesprächs vom 13. Juni 2018 den aktuell behandelnden Psychiater vom Versicherten erfragt und diesbezüglich Angaben zum aktuellen Verlauf eingeholt hätte. Dies ist offenkundig unterblieben, denn die nach der Aktenlage ab dem 4. April 2018 (mithin etwas mehr als 2 Monate vor dem Explorationsgespräch) aufgenommene Behandlung beim Psychiater med.pract. Z. _____ (IV-act. 95-19/25 bis 95-24/25) bleibt im psychiatrischen Teilgutachten unerwähnt (siehe dazu auch die in der Beschwerde, S. 7, bestätigten Behandlungen bei med.pract. Z. _____ ab 4.4.2018). Damit liegt eindeutig ein zusätzlicher, hier schwerwiegender Mangel vor. Anzuführen ist, dass in diesem Kontext das psychiatrische Teilgutachten widersprüchlich ist. Unter Ziffer 3.2.14 wird ausgeführt (IV-act. 85-116/157, Kursivdruck nicht im Original):

Der Versicherte befinde sich *aktuell nicht in ambulanter psychiatrisch, psychotherapeutischer Behandlung*, sondern auf der Suche nach einem Therapieplatz (...)

Vier Seiten später schreibt der gleiche psychiatrische Gutachter (IV-act. 85-120/157, Kursivdruck nicht im Original):

Auch befindet sich der Versicherte *in ambulanter Behandlung* (...)

Ein solcher Widerspruch gilt als weiterer Mangel.

2.15 Des Weiteren fällt auf, dass im neuropsychologischen Teilgutachten (von der Neuropsychologin MSc AC._____, unterstützt von der Fachpsychologin AD._____, Neuropsychologie FSP), welches auf einem Abklärungsgespräch vom 10. Juli 2018 basiert und damit rund einen Monat nach dem psychiatrischen Explorationsgespräch erfolgte, unmissverständlich von einem insgesamt verbesserten psychischen Zustandsbild gesprochen wurde (vgl. IV-act. 85-143/157 Mitte und unten). Dennoch sah sich der MEDAS-Psychiater im Rahmen der interdisziplinären konsensualen Beurteilung nicht veranlasst, auf seine von ihm (früher, vor der zeitlich später von Gutachter-Kolleginnen festgestellten Zustandsverbesserung) vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (von 0%) zurückzukommen bzw. diesbezüglich noch eine Überprüfung vorzunehmen, was als weiterer Mangel zu beurteilen ist.

3. Die Vorinstanz führte als Gründe für eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung in ihrer Vernehmlassung u.a. (zusammengefasst) sinngemäss aus,

- dass die RAD-Ärztin Dr.med.univ. Dr.phil. M._____ in ihrer Stellungnahme vom 10. Dezember 2018 ausführlich dargelegt habe, weshalb das psychiatrische Teilgutachten nicht schlüssig sei (zit. Vernehmlassung, Ziff. 2);
- dass sich aus den beschriebenen Befunden nicht überzeugend eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse (Ziff. 3);
- dass der MEDAS-Psychiater im psychischen Befund keine eindeutige depressive Symptomatik erkennen konnte (die depressive Symptomatik erscheine deutlich larviert, hinter einer Maske versteckt und somatisiert, IV-act. 85-121/157);
- dass gemäss der erwähnten RAD-Ärztin der MEDAS-Psychiater bis auf eine herabgesetzte Stimmung einen Normalbefund beschreibe (IV-act. 86-10/15);
- dass der Versicherte während der 2 Stunden und 40 Minuten dauernden psychiatrischen Exploration eine ungeschmälerte Konzentration aufwies, analog auch bei der neuropsychologischen Exploration von 4 Stunden (Ziff. 6 der Vernehmlassung mit Verweis auf IV-act. 85-117/157 und 85-137/157);
- dass die vom Gutachter durchgeführten testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (HAMD17/ Mini-ICF-APP) gegen das Bestehen einer depressiven Störung bzw. nur für leichte bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen spreche (IV-act. 85-119/157);
- dass der MEDAS-Gutachter eine die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsleben einschränkende Persönlichkeitsstörung nicht diagnostizieren konnte (zit. Vernehmlassung, Ziff. 7 mit Verweis auf IV-act. 85-120 f./157);

- dass hinsichtlich der Konsistenz die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 100% mit dem erhobenen Aktivitätsniveau des Versicherten (Männerchor, Trachtentanzgruppe, Velofahren, Langlauf, Schwimmen, Führen eines eigenen Haushaltes ohne Hilfe, Autofahren etc.) nicht vereinbar sei (Ziff. 12 der Vernehmlassung);
- dass der Versicherte eine Medikation ablehne, was gegen einen erheblichen Leidensdruck spreche;
- und dass die angesprochenen Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten sich nicht durch Rückfragen an den Gutachter ausräumen liessen.

4. Eine gerichtliche Würdigung all dieser in den Erwägungen 2.1 ff. und 3 aufgeführten Aspekte führt zum Ergebnis, dass entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hier in der vorinstanzlich beabsichtigten Durchführung einer psychiatrischen Oberbegutachtung (durch Dr.med. O. _____) keine unzulässige second opinion zu erblicken ist. Für dieses Ergebnis sprechen zusätzlich auch die nachfolgenden Ausführungen. Beim vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten fällt massgeblich ins Gewicht, dass der Gutachter selber seine Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf "die nächsten 12 bis 24 Monate" beschränkte mit der Empfehlung, dass danach ein Arbeitsversuch vorzunehmen sei und alsdann gegebenenfalls eine erneute monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung folgen solle (vgl. IV-act. 85-127/157 Ziff. 8.2.1 und 8.2.2, analog auch in IV-act. 85-128/157 Ziff. 8.2.3 bis 8.2.5). Damit verhält es sich so, dass der begutachtende Psychiater seine Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von 100% zum Vornherein auf einen Zeitraum von 12 bis 24 Monate befristet hat mit der Empfehlung, nach einem Arbeitsversuch nochmals eine monodisziplinäre psychiatrische Untersuchung in Betracht zu ziehen. Damit unterscheidet sich das Vorgehen der Vorinstanz im Verhältnis zum MEDAS-Psychiater faktisch dahingehend, dass das geplante psychiatrische Zusatzgutachten direkt (nicht erst nach einem Arbeitsversuch nach 12 bis 24 Monaten mit weiteren Behandlungen) in Auftrag gegeben werden soll. Dies ist entgegen der Meinung des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden, zumal der MEDAS-Psychiater in seinem Teilgutachten die Antwort schuldig blieb, weshalb die vom Versicherten nach eigenen Angaben aus Lohngründen aufgegebene Teilzeitbeschäftigung als vollständige Arbeitsunfähigkeit zu werten sei.

Zusammenfassend ist im Einklang mit der Vorinstanz festzuhalten, dass im konkreten Fall der weitere Abklärungsbedarf durch ein psychiatrisches Obergutachten (Zusatzgutachten) abzudecken ist. An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich die Argumentation in der Beschwerde (S. 8, Ziff. 17), dass der

MEDAS-Psychiater den "Sachverhalt, insb. die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die möglichen Therapieoptionen" (vgl. IV-act. 85-122/157: "weitere Therapiemassnahmen in den nächsten 12 bis 24 Monaten, gegebenenfalls auch teilstationär", zudem "eine neuerliche Psychopharmako-Medikation") hinreichend abgeklärt habe, zumal der Gutachter sich zum einen mit der aktenkundigen mehrfachen Ablehnung einer antidepressiven Medikation nicht befasste (vgl. Erw. 2.8.2 und 2.11.2). Zum andern argumentierten die Rechtsvertreter in der Eingabe vom 29. April 2019 (S. 2, Ziff. 3) selber expressis verbis, dass "seitens Behandler Therapiemassnahmen sodann gerade keine Erfolgsaussichten eingeräumt" wird; weshalb angesichts dieser von Seiten des Versicherten geltend gemachten Erfolgslosigkeit von Therapiemassnahmen die vom MEDAS-Psychiater sinngemäss "vorgeschlagene vollständige Arbeitsunfähigkeit für 12 bis 24 Monaten für weitere Therapiemassnahmen" Sinn machen sollte, lässt sich grundsätzlich nicht nachvollziehen, weshalb der vorinstanzlichen Vorgehensweise der Vorrang gebührt.

5. Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Das Verwaltungsgericht vertritt in seiner Rechtsprechung den Standpunkt, dass auch ein Streit um eine Begutachtung, welche zur Klärung eines IV-Leistungsanspruchs nötig ist, unter diese Bestimmung zu subsumieren ist (vgl. VGE I 2017 8 vom 16.5.2017; VGE I 2015 114 vom 6.4.2016; VGE I 2016 37 vom 25.7.2016; auf eine gegen den zuletzt genannten VGE erhobene Beschwerde ist das Bundesgericht mit Urteil 8C_612/2016 vom 6.10.2016 nicht eingetreten). Für das vorgenannte Ergebnis bzw. den engen Konnex spricht schliesslich, dass das Bundesgericht die Bundesrechtskonformität einer Gutachtensanordnung grundsätzlich erst mit dem Endentscheid prüft, siehe zit. Urteil 8C_612/2016, siehe auch noch nachfolgend Erwägung 6). Dass das Verwaltungsgericht Schwyz mit der dargelegten Rechtsprechung nicht allein ist, belegt der publizierte Entscheid des Bundesgerichts in BGE 138 V 273, 2. Abs. in fine).

6. Kantonale Entscheide über Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stellen betreffend die Einholung von medizinischen Gutachten sind nicht an das Bundesgericht weiterziehbar, sofern nicht Ausstandsgründe beurteilt worden sind (vgl. Regeste zu BGE 138 V 271). Nachdem hier keine Ausstandsgründe vorgebracht wurden und solche nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden, fällt es nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ausser Betracht, gegen diesen VGE eine Beschwerde ans Bundesgericht erheben zu können. Damit wäre im Dispositiv dieses Entscheides an sich keine Rechtsmittelbe-

lehrung aufzuführen. Hingegen ist davon auszugehen, dass gegen die Verlegung der Verfahrenskosten eine Rechtsmittelmöglichkeit gegeben ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 des Verwaltungsgerichts zu überweisen.
3. Gegen diesen Entscheid kann (soweit er die Kostenverlegung betrifft, siehe Erwägung 6) 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).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R, inkl. Eingabe des Bf vom 29.4.2019)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 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: 17. Mai 2019