

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 43

Entscheid vom 11. September 2019

Besetzung

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

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
Korrespondenzadresse: c/o lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1962, aus der Türkei stammend, verheiratet und Vater von zwei Kindern (Jahrgang _____ und _____) arbeitete von 1990 bis zum 28. Februar 2011 als Produktionsmitarbeiter bei der C._____ AG. Nach einer IV-Anmeldung im Dezember 2010 (aufgrund einer posttraumatischen Arthrose des Grundgelenks am Zeigefinger rechts) und diversen Abklärungen gelangte die IV-Stelle mit Verfügung vom 20. Juni 2013 zum Ergebnis, dass der ermittelte IV-Grad 24% betrage und deswegen das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 59). Im anschliessenden Beschwerdeverfahren hat die IV-Stelle am 28. Januar 2014 (unter Hinweis auf ein als nötig erachtetes psychiatrisches Gutachten) die angefochtene Verfügung widerrufen, worauf der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts mit VGE I 2013 101 vom 28. Januar 2014 das gegenstandslos gewordene Beschwerdeverfahren am Protokoll abschreiben konnte (IV-act. 69).

B. Am 3. Juli 2014 ging bei der IV-Stelle das von Dr.med. D._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, E._____) verfasste Gutachten ein (IV-act. 78). Nach dem Vorbescheid vom 28. Juli 2014 und Gewährung des rechtlichen Gehörs verfügte die IV-Stelle am 6. November 2014, dass kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe (IV-act. 89). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Verwaltungsgericht mit VGE I 2014 124 vom 11. März 2015 abgewiesen. Dieser Verwaltungsgerichtsentscheid (VGE) ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

C. Am 25. April 2017 ging bei der IV-Stelle eine neue Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein, wobei die seit April 2010 bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen mit "Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schulterschmerzen, Magenschmerzen, Hände-, Knieschmerzen" umschrieben wurden (IV-act. 98-6/8, Ziff. 6.1). Der konsultierte RAD-Arzt regte die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an (IV-act. 108-5/7).

D. Der Begutachtungsauftrag wurde der F._____ zugewiesen (IV-act. 111ff.). Am 22. Januar 2018 teilte die IV-Stelle A._____ die einzelnen Gutachter mit (IV-act. 114). Am 15. Mai 2018 ging bei der IV-Stelle das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2018 ein (IV-act. 117). Eine Rückfrage der IV-Stelle vom 20. Juli 2018 (= IV-act. 119) wurde von der Gutachterstelle am 24. September 2018 beantwortet (IV-act. 122).

E. Mit Vorbescheid vom 22. Januar 2019 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 125). Dagegen reichte A._____ am

25. Februar 2019 Einwände ein (IV-act. 126). Mit Verfügung vom 10. Mai 2019 hielt die IV-Stelle daran fest, dass das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 128).

F. Gegen diese am 14. Mai 2019 eingegangene Verfügung reichte A._____ rechtzeitig am 12. Juni 2019 beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein mit den Begehren, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen sei; zudem wurde um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung nachgesucht.

G. Mit Vernehmlassung vom 12. August 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

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

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

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob

die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

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

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

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

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei

der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (vgl. z.B. Urteil BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete, mehrfach bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungs-

rechtspflege des Bundes, 3. A., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3; BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten wurden bis zum Erlass des Verwaltungsgerichtsentscheides I 2014 124 vom 11. März 2015 wie folgt zusammengefasst:

2.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 17. Januar 2006 einen Arbeitsunfall. Dabei kam es zu einer Traumatisierung des Grundgelenks des rechten Zeigefingers. Am 1. November 2009 wurde ein Rückfall gemeldet (...). In der Folge wurde der Beschwerdeführer von Dr.med. G._____ (FMH Chirurgie) kreisärztlich untersucht. Im Bericht vom 2. März 2011 hielt der Kreisarzt folgende Diagnosen fest (...):

Chronische Schmerzen Hand rechts (dominant) mit/bei:

- posttraumatische Subluxation MCP II
- St. n. Arthrodese MCP II am 14.04.2010
- St. n. Revision infolge Insuffizienz am 10.08.2010

Chronische Beschwerden im Bereich der linken Hand seit ein bis zwei Wochen
Chronische Rücken-/Kopf-/Schulderschmerzen

Zudem führte der Kreisarzt aus, dass dem Versicherten infolge der Arthrodese mindestens eine leichte bis mittelschwere, partiell mittelschwere Arbeit zuzumuten sei. Das krafterheischende Zugreifen sei aufgrund der Arthrodese mit der rechten Hand nur erschwert möglich. Ebenfalls seien feinmotorische Arbeiten rechts nicht mehr zumutbar. Hämmernde und vibrierende Arbeiten seien zu vermeiden. Ebenfalls sei das Bearbeiten von schwer zugänglichen Stellen nicht zumutbar (...).

2.2 Dr.med. H._____ (Spezialarzt FMH Chirurgie und Handchirurgie, I._____) hielt im Bericht, welcher bei der IV-Stelle am 24. Dezember 2010 einging, einen Status nach definitiver Arthrodese des Zeigefingergrundgelenks am 10. August 2010 bei posttraumatischer Arthrose (Unfalldatum 17.1.2006) fest. Er führte aus, dass dem Patienten eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar sei. Es bestünden – bis auf das Steigen auf Leitern/ Gerüste, Einschränkungen in der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit – keine weiteren Einschränkungen (IV-act. 11-2ff./15).

2.3 Prof. Dr.med. J._____ (Teamleiter Handchirurgie der K._____ (Klinik)) hielt im Bericht vom 4. Juli 2011 als Befund fest, dass der trophische Zustand der linken Hand äusserlich normal sei, die Beweglichkeitsuntersuchung für Handgelenk und Langfinger zeige keine Einschränkungen, allerdings fahre der Patient bei jeder Berührung an jeglicher Lokalisation der linken Hand zusammen und sage "Schmerz". Die an die Untersuchung mitgebrachten Röntgenbilder des Vorjahres würden unauffällige ossäre Strukturen an der linken Hand, rechts eine Gelenkspaltverschmälerung des MP II zeigen (IV-act. 20-5f./7).

2.4 Im ärztlichen Bericht vom 9. August 2011 diagnostizierte Dr.med. L._____ (Spez. Arzt FMH Chirurgie, M._____) einen Status nach Unfall, unklare Handgelenksschmerzen links, einen Status nach Arthrodese MP-Gelenk rechts sowie psychosoziale Probleme (IV-act. 20-1/7).

2.5 Dr.med. N._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, O._____) diagnostizierte im Bericht vom 22. März 2012 eine "V.a. mittelgradige depressive Episode F 32.1". Weiter hielt der Facharzt fest, dass der Beschwerde-

fürher lediglich 4-mal bei ihm (von Oktober bis Dezember 2011) in Behandlung gewesen sei. Die Beurteilung einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit sollte durch einen versicherungsmedizinischen Experten vorgenommen werden (IV-act. 30).

2.6 In einem weiteren medizinischen Bericht vom 31. Mai 2012 hielt Dr.med. H._____ folgende Diagnosen fest (IV-act. 40-2/4):

Zunehmend prekäre soziale und finanzielle Situation bei Langzeitarbeitslosigkeit, frühzeitige körperliche Alterung und fehlender Flexibilität bei der beruflichen Anpassung (Sprache, Ausbildung, Intelligenz)
Fragliche Kompressionsneuropathie des N. ulnaris bds.

Guter Heilungsverlauf bei Status nach 2-maliger, definitiver Versteifung am Zeigefingergrundgelenk rechts am 10.8.2010 (als Traumafolge anerkannt)

Unfallfremde, persistierende und zunehmende Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat (Hände bds, Schulter, Kopf, Rücken)

Weiter führte Dr.med. H._____ u.a. aus, er sei nicht bereit, an irgendeiner Stelle eine Operation durchzuführen (keine Metallentfernung am Metacarpale II, keine Neurolysen ohne nachgewiesene, schwere Schädigung eines peripheren Nervs und gleichzeitiger klassischer Symptom-Angabe, keine weiteren Gelenkeingriffe an schmerzhaften, degenerativen leicht geschädigten Gelenken). Er werde "momentan" auch keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausstellen. Eine sinnvolle, leichte Tätigkeit sei für den Patienten erstrebenswert, dies müsste evtl. an einer geschützten, subventionierten Arbeitsstelle geschehen, da eine Eingliederung in den normalen, wirtschaftlich unter Druck stehenden Arbeitsprozess wohl illusorisch sei (IV-act. 40-4/4).

2.7 Dr.med. P._____ (Chefarzt) und Q._____ (Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) M._____ hielten im Bericht vom 3. Oktober 2012 an die IV-Stelle eine depressive Reaktion aufgrund schwieriger beruflicher sowie privater Situation (ICD-10 F43.21) seit November 2010 fest. Prognostisch wurde ausserdem festgehalten, dass die anhaltende Arbeitslosigkeit die depressive Symptomatik noch verstärke. Aus psychiatrischer Sicht bestehe "eine Höchstarbeitsunfähigkeit von 50%" (IV-act. 43-2/5 f.).

2.8 Der Beschwerdeführer wurde am 11. März 2013 von Dr.med. R._____ (FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, E._____) untersucht. Dr.med. R._____ hielt im diesbezüglichen Gutachten vom 18. März 2013 folgende Diagnosen fest (IV-act. 49-8/24):

mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Arthrodesierung des MCP-Gelenks II rechts in 25° Flexionshaltung und leichtgradige, altersentsprechende DIP-Arthrosen aller Langfinger

ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

2. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom

- nicht ausreichend somatisch abstützbar
- primäres Fibromyalgie-Syndrom
- betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte
- Panalgie
- diffuse Druckschmerzangaben
- Polyarthralgien aller axialen und aller peripheren Gelenke
- Schlafstörungen

3. Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in die Extremitäten
4. Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose
5. Nikotinkonsum von circa 25 pack years
6. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom
7. 02/13 Vitamin D-Mangel
8. Subklinische Hypothyreose

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, dass aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die vom Versicherten langjährig ausgeübte Tätigkeit in der Firma C._____ AG (mit dem Vorreinigen leerer Gebinde und der anschliessenden Befüllung der automatischen Waschanlage mit den leeren Gebinden, bei der technische Hilfsmittel zum Bewegen der Gebinde eingesetzt werden konnten) seit der ersten Operation vom 15. April 2010 zunächst eine vollständige Einschränkung bestanden habe. Nach dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase der zweiten Operation vom 10. August 2010 sei die Arbeitsfähigkeit – bei grosszügiger Auslegung – und damit seit anfangs Januar 2011 zu maximal 20% eingeschränkt. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den ganzen Tag verteilt geleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Eine zeitlich befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit resultiere im Zeitraum vom 15. April 2010 bis Ende Dezember 2010.

2.9 Die RAD-Ärztin S._____ (Allgemeinmedizin) äusserte sich dazu in ihrer handschriftlichen Stellungnahme vom 5. April 2013 wie folgt: Das Gutachten von Dr.med. R._____ sei nachvollziehbar und schlüssig. Aufgrund der psychiatrischen Problematik könne nicht von einer dauerhaften Einschränkung ausgegangen werden, da es sich nur um ein behandelbares, reaktives Geschehen handle (IV-act. 50-4/4).

2.10 Im ärztlichen Bericht vom 31. Mai 2013 führte Dr.med. T._____ (Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, U._____) u.a. aus, dass der Patient wiederholt über chronisch bestehende Kopfschmerzen und diffuse Schmerzen am ganzen Körper geklagt habe. Am 6. Februar 2013 habe sie einen Check-up veranlasst, wobei der Patient hämodynamisch stabil sei, kardiopulmonal kompensiert und die neurologische Untersuchung keine Hinweise für neurologische Ausfälle ergeben habe. Die laboranalytische Untersuchung habe bis auf einen subklinische Hypo-thyreose und einen Vitamin-D-Mangel keine weiteren Pathologien gezeigt. Eben-falls unauffällig seien das EKG und die radiologische Untersuchung des Thorax gewesen. Aufgrund der chronischen Kopfschmerzen habe sie am 6. Mai 2013 ein MRI des Schädels veranlasst, welches jedoch keine relevanten Pathologien ge-zeigt habe. Der Patient sei für sie aufgrund der somatischen Probleme (v.a. rechte Hand und Panvertebralsyndrom) sowie der psychischen Situation mit depressiver Symptomatik im Rahmen der chronischen Schmerzsymptomatik ab dem 14. August 2012 bis auf weiteres 100% arbeitsunfähig (IV-act. 57-1/2).

2.11 Die RAD-Ärztin S._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 18. Juni 2013 zum Bericht von Dr.med. T._____ aus, dass sowohl diesem Bericht als auch den Einwänden aus der Eingabe vom 6. Juni 2013 (= IV-act. 54) keine weiteren Befunde oder auch nur Hinweise auf neue Fakten entnommen werde

könnten, die nicht bereits bekannt gewesen und nicht bereits ausführlich abgeklärt und diskutiert worden seien. Daher ergebe sich keine Änderung der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 58-6/6).

2.12 Im Bericht vom 2. Oktober 2013 des V._____ (Klinik für Rheumatologie, visiert von Dr.med. W._____, Oberarzt) wurde u.a. zur Arbeitsfähigkeit was folgt festgehalten (vgl. IV-act. 67-2/3):

Aus rein somatischer Sicht kann ich mich den somatisch vorbeurteilenden Ärzten anschliessen, dass für eine mindestens leichte, wechselbelastende Tätigkeit in temperierten Räumen unter Vermeiden eines hochrepetitiven Handeinsatzes eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Zusätzlich besteht eine Leistungsminderung auf Grund einer psychiatrischen Diagnose (mittelgradige Depression), welche eine relevante Leistungseinschränkung bewirkt. Diese ist letztlich aus psychiatrischer Sicht genau zu quantifizieren. Erfahrungsgemäss begründet eine mittelgradige Depression allerdings eine Leistungseinbusse von ca. 30 bis 50% auch für körperlich angepasste Tätigkeiten. Auf Grund der comorbid bestehenden chronischen Schmerzstörung, welche das Beschwerdebild der Depression zu modulieren vermag und der residuellen somatischen Restbeschwerden ist die Gesamtheit der medizinisch begründbaren Leistungseinschränkung eher im höheren Bereich (gegen 50%) anzusetzen. Letztlich müsste dies im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung definiert werden. (...)

2.13 Dr.med. X._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Y._____) führte in seinem ärztlichen Bericht vom 6. Dezember 2013 aus, dass beim Versicherten eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bestehe. Aktuell bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine knapp 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 78-36/37).

2.14 Der Beschwerdeführer wurde am 21. Mai 2014 psychiatrisch-psychotherapeutisch begutachtet. Im diesbezüglichen Gutachten vom 28. Juni 2014 diagnostizierte Dr.med. D._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, E._____) was folgt (IV-act. 78-16/37):

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

- Bei u.a. Arthrodesierung des MCP-Gelenks II rechts
- Mit rezidivierender niedergeschlagener Verstimmung

Der Gutachter führte u.a. aus, dass wie bereits in den Vorberichten der Jahre 2012 und 2013 dokumentiert, auch am 21. Mai 2014 anlässlich der aktuellen Untersuchung keine bis sehr geringe psychopathologische Befunde zu objektivieren seien. Der Versicherte trage seinen rechten Arm/ seine rechte Hand in Schonhaltung. In der Interaktion sei er sthenisch. Die Intelligenz sei wenig differenziert. Seine Formulierungen seien einfach. Auch mit Hilfe der MADRS sei kein klinisch relevantes depressives Syndrom zu erkennen. Die "Alles ist schlecht Haltung" des Versicherten sei als Verdeutlichungstendenz einzuordnen. Nach Stellungnahme zu den einzelnen Kriterien einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) kommt Dr.med. D._____ zum Schluss, dass die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorliegend überwiegend nicht erfüllt seien. Es sei stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD 10

F45.41 auszugehen. Zusammenfassend begründe aber die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie die damit verbundenen Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 78-18/37 ff.). Des Weiteren hielt der Gutachter fest, dass aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevanten krankheitsbedingten Defizite objektiviert worden seien. Die vom Versicherten geklagten Beschwerden würden fast vollständig im rein Subjektiven verbleiben. Dem Versicherten sei daher die bisherige Tätigkeit ganztags und ohne Einschränkungen zumutbar. Eine Willens-anstrengung zur Überwindung der Defizite sei dem Versicherten zumutbar (IV-act. 78-24/37).

2.15 Dr.med. T. _____ hielt in einem weiteren ärztlichen Bericht vom 7. Oktober 2014 u.a. fest, dass der Versicherte aufgrund der von ihm beschriebenen chronischen Schmerzen im cervicospondylogenen Bereich, beider Hände und der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode in seiner Arbeitsfähigkeit voll eingeschränkt sei (IV-act. 85-1/2).

2.16 Im ärztlichen Verlaufsbericht hielt Dr.med. X. _____ bei gleichbleibender Diagnose aus rein psychiatrischer Sicht erneut eine 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit fest (IV-act. 87-2/2).

3.1 Aus diesen vorstehenden Angaben folgte das Verwaltungsgericht im Entscheid I 2014 124 vom 11. März 2015 u.a., dass der Versicherte in den vergangenen Jahren sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht mehrfach und eingehend untersucht bzw. begutachtet worden sei, wobei die gestellten Diagnosen verschiedener Fachärzte mehrheitlich übereinstimmen, indes hinsichtlich des Arbeitsfähigkeitsgrades unterschiedlich gewürdigt würden. In somatischer (rheumatologischer) Hinsicht sei der Versicherte von Dr.med. R. _____ begutachtet worden. Diesem somatisch-rheumatologischen Gutachten sei volle Beweiskraft zuzubilligen. Darin lege der Gutachter schlüssig fest, dass in der angestammten Tätigkeit "bei grosszügiger Auslegung" eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% seit spätestens anfangs Januar 2011 bestehe, jedoch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden könne. Ebenso führe Dr.med. T. _____ in ihrem Bericht vom 31. Mai 2013 aus, dass sich keine klinisch-pathologischen Befunde objektivieren liessen. Die vom Versicherten anlässlich dieser Begutachtung demonstrierte schmerzvermittelnde Mimik und Gestik müsste, wenn diese schmerzvermittelnde Mimik und Gestik immer demonstriert würde, zwingend zu einer Muskelhypotrophie der Arme führen. Eine solche könne sie im Bereich der oberen Extremitäten nicht bestätigen. Die entsprechend der Rechtshändigkeit dieses Versicherten ausgebildete Muskulatur der oberen Extremitäten weise darauf hin, dass der Versicherte zumeist seine Arme funktionell unbehindert

einsetze. Ansonsten wäre die Entwicklung einer Muskelhypotrophie zwingend zu erwarten.

3.2 In psychiatrischer Hinsicht stützte sich das Gericht auf das Gutachten von Dr.med. D._____, welchem ebenfalls voller Beweiswert zugebilligt wurde. Hinsichtlich der unterschiedlichen Einschätzung der Einschränkungen durch die behandelnden Ärzte (insbes. Dres.med. T._____ und X._____) einerseits und der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters andererseits wurde auf die ständige Rechtsprechung hingewiesen, wonach bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc), oder dass sie deren pessimistische subjektive Einschätzung übernehmen. Dies gelte für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für behandelnde Spezialärzte (Urteil BGer 9C_794/2012 vom 4.3.2013 Erw. 2.1 mit Hinweisen). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag könne daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen). Anzuführen sei, dass Dr.med. T._____ Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und nicht für Psychiatrie ist. Selbst der behandelnde Psychiater gehe in psychiatrischer Hinsicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit aus als die Fachärztin für Allgemein Innere Medizin. Des Weiteren führte das Verwaltungsgericht im genannten Entscheid aus:

3.3.3 Wenn nicht gesundheitsbedingte, insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Umstände selbständig und insofern direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor. Soweit aber diese krankheitsfremden Faktoren zur Entwicklung wie auch zur Aufrechterhaltung eines verselbständigten psychischen Gesundheitsschadens beitragen, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2007 vom 13.2.2008 Erw. 2.2; Thomas Locher, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in: René Schaffhauser/ Franz Schlauri [Hrsg.]: Schmerz und Arbeitsfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 253).

Den vorliegenden ärztlichen Berichten und Gutachten kann mehrfach entnommen werden, dass u.a. psychosoziale Probleme bzw. Faktoren u.a. zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geführt haben. So hielt beispielsweise der SPD M._____ im Bericht vom 3. Oktober 2012 fest, dass die anhaltende Arbeitslosigkeit die depressive Symptomatik noch verstärke (...). Ebenso führte der Gutachter D._____ im Gutachten vom 28. Juni 2014 aus, dass "die Zunahme psychosozialer Belastung (z.B. Erwerbslosigkeit, finanzielle Sorgen)" "Folge des Schmerzsyndroms." ist (...). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass invaliditätsfremde bzw. psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers wesentlich beigetragen haben. Insoweit wird dadurch keine

relevante Invalidität begründet. Unbesehen davon spricht die in den Akten erwähnte limitierte Motivation (IV-act. 49-18/24), das aggravierende Verhalten (IV-act. 49-12/24) sowie die erwähnte Verdeutlichungstendenz (IV-act. 78-22/37) gegen die Annahme einer relevanten Invalidität.

3.4 Nach dem Gesagten bleibt es dabei, dass der Beschwerdeführer im konkreten Fall hinreichend abgeklärt worden ist und die Ergebnisse des rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens als vollumfänglich beweistauglich in der angefochtenen Verfügung von der Vorinstanz zu Recht berücksichtigt worden sind. Abgesehen davon ist im Rahmen einer (zulässigen) antizipierten Beweis-würdigung nicht davon auszugehen, dass durch eine zusätzliche medizinische Abklärung wesentliche neue Erkenntnisse zum Gesundheitszustand bis zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten wären (vgl. dazu BGE 134 I 140 Erw. 5.3 S. 148).

Im Übrigen macht der Beschwerdeführer nicht substantiiert geltend, weshalb nicht auf die beiden Gutachten abgestellt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer seither eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht, so gehört - wie bereits vorstehend (Erw. 1.6) erwähnt - die weitere Entwicklung nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zum Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens.

4.1 Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 Erw. 3.2.3) nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.4; 127 V 294 Erw. 4b/cc in fine und Erw. 5a unten). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien, und zwar wie chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Re-mission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (Urteil BGer 9C_545/2013 vom 29.10.2013 Erw. 3; BGE 132 V 65 Erw. 4.2.2 S. 71; 130 V 352 Erw. 2.2.3 S. 353 ff.; Urteil BGer 9C_1061/2009 vom 11.3.2010 Erw. 5.4.3.1.1; Ulrich Meyer/ Marco Reichmuth, a.a.O., N 36 ff. zu Art. 4 IVG).

4.2 Soweit auf die Diagnose einer leicht- bis mittelgradig depressiven Episode abgestellt werden kann (vgl. u.a. vorstehend Erw. 2.13), ist was folgt anzufügen: Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer depressiven Störung und selbst mittelgradige depressive Episoden

regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteile des BGer 8C_195/2014 vom 12.6.2014 Erw. 4.4, 8C_581/2013 vom 10.12.2013 Erw. 4.2; 8C_213/2012 vom 13. April 2013 Erw. 3.2, je mit Hinweisen).

4.3 Den medizinischen Akten kann mehrfach entnommen werden, dass zunächst seit mehreren Jahren psychosoziale Belastungsfaktoren (Erwerbslosigkeit, finanzielle Probleme etc.) im Vordergrund standen bzw. stehen, welche Faktoren sich nicht klar vom medizinischen Leiden selber trennen lassen. Wird das Beschwerdebild weitgehend durch solche psychosoziale Umstände bestimmt und unterhalten, kann grundsätzlich nicht von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden gesprochen werden (BGE 127 V 294 Erw. 5a; 8C_591/2009 vom 27.11.2009 Erw. 4.1). Auf jeden Fall stellen solche Belastungsfaktoren keine Komorbidität dar, welche für sich genügen würden, um die Schmerzproblematik als unüberwindbar erscheinen zu lassen.

4.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 28. Juni 2014 erklärte Dr.med. D. _____ nachvollziehbar, dass zwar gemäss Vorakten depressive Symptome postuliert worden sind, jedoch sind die ICD 10 Kriterien für eine depressive Episode mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt. Der Schweregrad hat das notwendige Ausmass nicht erreicht. Beim Beschwerdeführer bestehen objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine langdauernde depressive Episode gemäss ICD 10 F32/33 zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die rezidivierende Verstimmung des Versicherten erklärt sich vollständig durch das chronische Schmerzsyndrom und die psychosozialen Belastungen. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit wurde vom Gutachter aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit zu Recht zu keiner Zeit attestiert (IV-act. 78-21/77).

Im Weiteren führte der Gutachter nachvollziehbar aus, dass beim Versicherten kein "somatisches Syndrom" gegeben ist und im Verlauf der Störung vielfältige psychosoziale Faktoren vorliegen. Dr.med. D. _____ stellte darüber hinaus eine Verdeutlichungstendenz beim Beschwerdeführer fest (IV-act. 78-22/37). Insgesamt sind die Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung (aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht) nicht gegeben. Es liegt - wie vorstehend dargelegt - keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität vor. Die rezidivierende depressive Verstimmung des Beschwerdeführers erfüllt dieses Kriterium nicht. Des Weiteren wird im Gutachten nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer aktiv am sozialen Leben teilnimmt, wenn auch subjektiv beeinträchtigt. Es besteht jedoch kein vollständiger Verlust der sozialen Integration. So führt der Beschwerdeführer alltägliche Aktivitäten aus und kann soziale Kontakte pflegen (IV-act. 78-22/37 in fine). Auch sind weder aus den Akten noch gemäss Untersuchung vom 21. Mai 2014 durch Dr.med. D. _____ hinreichende (bzw. allfällig nur leicht ausgeprägte) Hinweise für einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung zu entnehmen. Von einem unbefriedigenden

Behandlungsergebnis und Rehabilitationsmassnahmen bei erforderlicher Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 136 V 279 Erw. 3.2.1) kann klarerweise nicht gesprochen werden. Ebenso ist an der Arbeitsmotivation des Beschwerdeführers zu zweifeln. So wurde im FI-Verlaufsprotokoll u.a. festgehalten, dass der Beschwerdeführer (eher) auf eine Rente eingestellt sei (IV-act. 13-2/4). Ebenso spricht Dr.med. R._____ im Gutachten vom 18. März 2013 von einer (möglicherweise) limitierten Motivation (vgl. IV-act. 49-18/24). Insgesamt kann vorliegend nicht der Schluss gezogen werden, dass die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zur Schmerzbewältigung ausnahmsweise zu verneinen wären.

4.5 Zusammenfassend durfte die Vorinstanz zu Recht gestützt auf die vorliegenden - insbesondere auch psychiatrische - Begutachtungen davon ausgehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer leichten Tätigkeit auf 100% zu veranschlagen ist.

Im anschliessenden Einkommensvergleich resultierte ein IV-Grad von 24%, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen wurde. Dieses Ergebnis wurde damals vom Versicherten konkludent anerkannt, da er darauf verzichtete, gegen die Ablehnung eines Rentenanspruchs beim Bundesgericht Beschwerde zu erheben.

4. Nach diesem unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Gerichtsentscheid vom 11. März 2015 meldete sich der Versicherte rund 2 Jahre später erneut zum Leistungsbezug an. Den seit diesem Gerichtsentscheid erstatteten Arztberichten sind u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen:

4.1 Dr.med. Z._____ (Oberärztin Klinik für Rheumatologie, Universitätsspital Zürich) und med.pract. AA._____ (Assistenzärztin, V._____) stellten im Bericht vom 6. Januar 2017 an den Hausarzt Dr.med. AB._____ (Facharzt für Allgem. Medizin, AC._____) folgende Diagnosen (IV-act. 101):

1. Vd. auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

- betont an beiden Händen bei
 - St.n. Arthrodeuse MCP II-Gelenk rechts 04 und 08/2010 nach Arbeitsunfall ca. 2006
 - St.n. Sulcus ulnaris-Syndrom links
- panvertebrales Schmerzsyndrom betont HWS und LWS mit muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz im Beckengürtelbereich
 - im Rahmen einer psychischen Grunderkrankung
- holokranielle Kopfschmerzen DD: Medikamenten-induziert

2. Vd.a. mittelgradige depressive Episode (F32.1)

3. Polyarthrose, mit/bei

- cervicale Spondylose

- HWS ap, lateral und Dens transbuccal vom 13.08.2013: Vgl. mit der konventionellen Fremduntersuchung vom 24.02.2006 in etwa stationäre Osteochondrose HWK 5/6 und weniger ausgeprägt HWK 6/7 mit anterior Spondylose und angedeuteter Retrolisthese von HWK 6 gegenüber HWK 7. In etwa stationäre Facettengelenksarthrose der oberen und mittleren HWS sowie Unkarthrosen der mittleren HWS. Dens mittelständig.
 - Polyarthrose der Finger mit Bouchard Knoten
 - V.a. Gonarthrose bds.
- 4. Untergewicht (BMI 17.6 kg/m²)**
- zunehmende Gewichtsabnahme seit 2010 von 65 kg auf aktuell 52 kg
 - bei anhaltender Appetitlosigkeit und Erbrechen
 - DD: im Rahmen einer depressiven Entwicklung
- 5. Anamnestisch Ulcus ventriculi**
- St.n. Helicobacter-Eradikationstherapie

In der Beurteilung hoben die Ärzte der Klinik für Rheumatologie (V. _____) u.a. hervor, dass sich im Rahmen der aktuellen Beurteilung keine neuen Aspekte im Vergleich zu der dokumentierten ausführlichen Vorbeurteilung an der gleichen Klinik im Jahre 2013 objektivieren liessen. Die ausgeprägte Schmerzsymptomatik sei weiterhin im Rahmen der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu sehen. Trotz schmerzdistanzierender Therapie sei anamnestisch keine eindeutige Linderung der Beschwerden bislang erreicht worden. Es werde als Hauptbehandlung die bereits eingeleitete psychologische bzw. psychiatrische Therapie empfohlen. Die bekannten degenerativen Veränderungen im Sinne der Fingerpolyarthrose, cervicale Spondyloarthrose und Verdacht auf Gonarthrose bds. stünden im Hintergrund und würden die ausgeprägten Schmerzen des Patienten nicht erklären. Eine Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurde nicht vorgenommen. Für das weitere Procedere wurde empfohlen, das Therapiekonzept mit dem betreuenden Psychiater aufzubauen und gegebenenfalls zusätzlich eine Ernährungsberatung in die Wege zu leiten (IV-act. 101-2f./3).

4.2 Der konsultierte RAD-Arzt AD. _____ (Facharzt Allg. Innere Medizin) konnte nach dem Aktenstudium eine mögliche Verschlechterung nicht ausschliessen und empfahl am 27. Juni 2017, von den behandelnden Fachpersonen Berichte einzuholen (u.a. vom Hausarzt einen Auszug der Krankengeschichte mit Gewichtsverlauf, vgl. IV-act. 102-5/5).

4.3 Der behandelnde Psychiater Dr.med. X. _____ diagnostizierte im bei der IV-Stelle am 7. September 2017 eingegangenen Bericht eine schwergradige therapierefraktäre rezidivierende depressive Störung mit somatisierender Symptomatik (ICD 10 F 32.2) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD 10 F 45). Die zumutbare Arbeitsfähigkeit veranschlagte er auf 0% und betonte die

Einschränkungen wie Kraftlosigkeit, Antriebsminderung, schwere kognitive Beeinträchtigung (vgl. IV-act. 104-1f./8). Das Konzentrationsvermögen sowie das Auffassungsvermögen seien mittelgradig sowie die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit schwergradig eingeschränkt, wobei diese Angaben seit Jahren bestünden (IV-act. 104-5/8).

4.4 Nachdem die IV-Stelle am 3. November 2017 zum dritten Male gemahnt hatte, einen Bericht einzureichen, unterzeichnete Dr.med. AB. _____ am 16. November 2017 einen Bericht, welcher folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit enthält (IV-act. 107-1/12):

Polyarthrose bei/mit
- cervicaler Spondylose, Polyarthrose der Finger, Gonarthrose bds.
Untergewicht
Depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte der Hausarzt chronische Kopfschmerzen und chronische abdominelle Beschwerden. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte der Hausarzt zum einen aus, dass keine sicheren Angaben möglich seien. Zum andern machte er geltend, dass für Tätigkeiten in der freien Wirtschaft "beinahe volle Arbeitsunfähigkeit" bestehe (IV-act. 107-2/12, Ziff. 1.6 und 1.7). Zum Gewichtsverlauf des Versicherten hielt der Hausarzt was folgt fest (IV-act. 107-3/12, Ziff. 1.11):

13.03.2015 :	1.69 m	50.6 kg, BMI: 17.7 kg/m ²
23.05.2016 :		51.2 kg, BMI: 17.9 kg/m ²
01.11.2017 :		50.9 kg, BMI: 17.8 kg/m ²

In einem Beiblatt (IV-act. 107-5/12) führte der Hausarzt aus, dass dem Versicherten rein sitzende Tätigkeiten sowie wechselbelastende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit "Rotation im Sitzen/ Stehen" ganztags ca. 2.5 h (Leistung ca. 30%) zumutbar seien, mit einer Gewichtslimite von ca. 5 kg körpernah. Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien (seit mehreren Jahren) eingeschränkt, derweil das Auffassungsvermögen des Versicherten uneingeschränkt sei. Abschliessend hielt der Hausarzt am 16. November 2017 fest, dass der Versicherte für eine geeignete, leichte Tätigkeit theoretisch maximal für 2.5 h im Tag einsatzfähig sei (IV-act. 107-7/12).

4.5 In der Folge erachtete der RAD Zentralschweiz (Dr.med. univ. Dr.phil. AE. _____ und AD. _____, Facharzt Allg. Innere Medizin) eine MEDAS-Begutachtung in den Disziplinen Allg. Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neuropsychologie als geboten (IV-act. 108-5ff./7).

4.6.1 Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle F. _____ zugestelt, welche folgende Sachverständigen einsetzte (vgl. IV-act. 117-3/82):

Rheumatologie	Dr.med. AF. _____ (Facharzt Rheumatologie/ Innere Medizin)
Neurologie	Dr.med. AG. _____ (Facharzt Neurologie) Dr.med. AH. _____ (Assistenzärztin Neurologie)
Neuropsychologie	Dr.phil. AI. _____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertif. neuropsychologische Gutachterin SIM)
Allg. Innere Medizin	Dr.med. AJ. _____ (FMH Innere Medizin)
Psychiatrie	Dr.med. AK. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie)

4.6.2 Die MEDAS-Sachverständigen stellten im Gutachten vom 14. Mai 2018 folgende Diagnosen (IV-act. 117-6/82):

4.2.1 Diagnosen **mit** Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
- Arthrodese MCP II rechts in 25° Flexionshaltung 15.04.2010 bei schmerzhafter posttraumatischer Arthrose MCP II rechts
 - o Operative Revision 10.08.2010 infolge Insuffizienz

4.2.2 Diagnosen **ohne** Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- V.a. Schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen (ICD-10 G44.4) DD. Chronische Spannungskopfschmerzen
- Chronifiziertes, diffuses, generalisiertes Schmerzsyndrom
 - o Somatisch nicht ausreichend abstützbar
 - o Betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte
 - o Panalgie
 - o Diffuse Druckschmerzangabe
 - o Polyarthralgien aller axialen und peripheren Gelenke
 - o Schlafstörungen
 - o Generalisierte muskuläre Hypotrophie
 - o Osteochondrose HWK 5/6 > HWK 6/7 mit ventraler Spondylose und angedeuteter Retrolisthesis von HWK 6 gegenüber HWK 7, Spondylarthrose der oberen und mittleren HWS, Unkarthrosen der mittleren HWS (Rx HWS 13.08.2013)
 - o Mehrsegmentale degenerative Diskopathie mit deutlicher erosiver Osteochondrose HWK5/HWK6, keine Diskushernie/ Neurokompression, neuroforaminale Stenosen, deutlich ausgeprägt HWK5/ HWK6 beidseits und HWK3/HWK4 links, mittelschwer HWK6-BWK1 beidseits bei begleitenden Spondyl-/ Unkovertebralarthrosen (MRI HWS vom 21.06.2012)
 - o Aktenanamnestisch V.a. diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (DISH)
- Untergewicht (BMI 16.9 kg/m²) bei Verdacht auf Anorexie
- Hyperacider Reizmagen, unter Protonenpumpenblockertherapie
- Vitamin D-Mangel, unter Vi-De 3 Tropfen-Behandlung
- Subklinische Hypothyreose mit normalen T3- und T4 Werten
- Leichte normozytäre, normochrome Anämie

4.6.3 Die MEDAS-Gutachter beurteilten die funktionellen Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen dahingehend, dass aus aktueller psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in jeglichen Berufstätigkeiten aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren zu veranschlagen sei. Des Weiteren führten sie u.a. aus (IV-act. 117-6f./82):

Auf dem Hintergrund einer negativen psychiatrischen Anamnese und einer niedrigen Intelligenz entwickelten sich nach den operativen Eingriffen am MCP II rechts 2010 multiple hartnäckige körperliche Symptome, welche sich sukzessive ausweiteten und sich auf somatische therapeutische Massnahmen hartnäckig therapierefraktär zeigten. Es zeigen sich Hinweise auf psychische Prozesse, welche die Symptomausweitung und die Hyperalgesie erklären können. Aus psychiatrischer Sicht werden Diskrepanzen zwischen den Befunden der neuropsychologischen Untersuchung und den Befunden der klinischen psychiatrischen Untersuchung beschrieben. Zudem besteht eine Non-Compliance bezüglich der psychiatrischen Medikation. Aus psychiatrischer Sicht wird eine mittelgradige Reduktion der Funktionsfähigkeit festgestellt. Die 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten beruht aus psychiatrischer Sicht auf der Hyperalgesie mit resultierender Verunsicherung und Selbstlimitierung sowie schmerzbedingter Ermüdungstendenz. Die Fähigkeit des Versicherten, sich an Regeln und Routinen anzupassen sowie die Fähigkeit, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sind aus psychiatrischer Sicht mässig reduziert. Auch die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit sind mässig reduziert. Die Durchhaltefähigkeit ist mindestens mässig, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht reduziert. Von medizinischen Massnahmen ist aus psychiatrischer Sicht in Anbetracht der Chronizität und der fehlenden Ressourcen nicht von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Aus rheumatologischer Sicht ergeben sich gegenüber dem rheumatologischen Vorgutachten von Dr.med. R._____, Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, E._____, vom 18.03.2013, weder in diagnostischer Hinsicht noch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angestammt/ adaptierte neue Gesichtspunkte. Unverändert ist unter grosszügiger Auslegung von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angestammt von maximal 20% auszugehen. In körperlich adaptierten, leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten kann eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auch aus aktueller rheumatologischer Sicht nicht begründet werden. Es zeigen sich auch aus rheumatologischer Sicht inkonsistente Befunde, deutliche Hinweise für ein nicht organisches Krankheitsverhalten und eine Selbstlimitierung der körperlichen Leistungsbereitschaft. (...)

Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht werden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. (...)

Zusammenfassend wird die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt wie adaptiert von 50% psychiatrisch begründet. Aus interdisziplinärer Sicht könnte der Versicherte körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten ohne repetitiv vibrierende/ stossende Arbeiten, ohne repetitive Tätigkeiten mit den Armen über Kopfhöhe, ohne repetitive Arbeiten in hyperextendierter HWS-Stellung sowie ohne feinmotorische manuelle Tätigkeiten rechts in einem Pensum von 50% ausüben. Aufgrund der weitgehend

chronifizierten Beschwerden des Versicherten ist von weiteren Behandlungen weder aus psychiatrischer, noch somatischer Sicht eine Besserung zu erwarten.

4.7.1 Der RAD-Arzt Dr.med. AL._____ (Allg. Innere Medizin) erachtete das Ergebnis der MEDAS-Begutachtung hinsichtlich der Disziplinen Innere Medizin/ Rheumatologie und Neurologie als beweiskräftig; insofern könne auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 118-6/11).

4.7.2 Die RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. AE._____ hingegen kritisierte namentlich das neuropsychologische Teilgutachten, weil nicht strukturiert der Frage nachgegangen sei, ob das Schmerzgebaren nicht auch teilweise durch Malingering erklärbar sei (IV-act. 118-10/11). Deswegen formulierte sie am 13. Juli 2018 eine Rückfrage für die Gutachterstelle "AM._____" (recte: F._____), welche darauf ausgerichtet war, die Ergebnisse/ Beurteilungen bezüglich kognitiver Validierung und Schmerzvalidierung evaluieren zu können (vgl. IV-act. 118-11/11 i.V.m. IV-act. 119-1/4).

4.7.3 In einer Stellungnahme vom 24. September 2018 nahm der fallführende Gutachter der F._____ zur vorinstanzlichen Rückfrage u.a. wie folgt Stellung (IV-act. 122):

1. Folgende Diagnosekriterien A) bis D) gelten für eine vorgetäuschte kognitive Störung (Malingered Neurocognitive Dysfunction = MND) gemäss Daniel J. Slick, 1999

- A) Präsenz eines substanziellen externen Anreizes
- B) Evidenzen aus neuropsychologischen Tests
- C) Evidenzen aus der Beschwerdevalidierung
- D) mögliche Differenzialdiagnosen

Unter A) ist die vom Versicherten erwartete Entrichtung einer Invalidenrente zu erwähnen.

- B) Die Symptomvalidierung ist als teilweise auffällig zu bezeichnen, wenn
 - ≥ 2 B-Kriterien oder
 - ≥ 1 B-Kriterium und ≥ 1 C-Kriterium vorliegen

Als B-Kriterien gelten:

- 1.) Auffällige Werte in mindestens einem Beschwerdevalidierungsverfahren
- 2.) Störung mit normaler oder pathologischer Hirnfunktion nicht erklärbar
- 3.) Diskrepanz zur Fremdanamnese beziehungsweise Alltagsaktivitäten
- 4.) Diskrepanzen zur Aktenlage

Als C-Kriterien gelten:

- 1.) Eigene Angaben diskrepant zur Aktenlage
- 2.) Symptome nicht mit Modellen der Hirnfunktion vereinbar
- 3.) Diskrepanz zur Verhaltensbeobachtung
- 4.) Diskrepanz zur Fremdanamnese
- 5. Evidenz übertriebener oder fingierter psychischer Dysfunktion

Im neuropsychologischen Gutachten vom 03.04.2018 wird festgehalten, dass die neuropsychologischen Befunde diskrepant zur Aktenlage und insbesondere den seit 2012 immer wieder gestellten Diagnosen mittelschwerer oder schwerer rezidivierender depressiver Episoden sind.

Aus neuropsychologischer Sicht steht ein Apathiesyndrom mit Antriebs- und Aktivierungsstörungen sowie Allgemeinstörungen in der aktiven, auditiven und visuellen Informationsverarbeitung im Vordergrund. Bei der klinischen psychiatrischen Untersuchung findet sich aber im Gegensatz zum bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten "Apathiesyndrom" ein vitaler und motivierter Mann. Bei der psychiatrischen Exploration zeigen sich keine Hinweise auf kognitive Defizite (Aufmerksamkeit, Konzentration etc.). Im Gegensatz zu den Vorberichten gibt es keine aktuellen Hinweise auf irgendeine depressive Symptomatik. Der Versicherte kann auch nicht erklären, weshalb sein behandelnder Psychiater 09/17 von einer schweren Depression berichtete. Nach eigenem Empfinden fühlt sich der Versicherte zum Zeitpunkt der aktuellen psychiatrischen Begutachtung wie zur Zeit der Diagnosestellung einer schweren Depression durch den behandelnden Psychiater 09/17. Bei der neuropsychologischen Untersuchung ist die Symptomvalidierung teilweise auffällig. Es wird von einer möglichen oder wahrscheinlichen kognitiven Antwortverzerrung ausgegangen. Aus psychiatrischer Sicht wird zudem hingewiesen auf eine eindeutige Non-Compliance bezüglich der psychiatrischen Medikation. Das Krankheitsbild kann aus psychiatrischer Sicht mit der Annahme von Somatisierungsprozessen befriedigend erklärt werden.

Die vom Versicherten geschilderten subjektiven Beschwerden sind diskrepant zur Verhaltensbeobachtung. Bei der neurologischen Begutachtung zeigen sich deutliche Diskrepanzen mit einerseits hochgradigen Paresen in der Einzelkraftprüfung und gehfähigem Versicherten andererseits. Diese Diskrepanzen und die vermeintlich starke Ausprägung der Paresen können organisch neurologisch nicht erklärt werden, weshalb eine nicht organische Ursache im Sinne einer Somatisierungsstörung vermutet wird. Aus rheumatologischer Sicht zeigen sich Inkonsistenzen, indem beim Versicherten in unbeobachteten Momenten und unter Ablenkung deutlich bessere Beweglichkeiten des Achsenskeletts und der peripheren Gelenke zu beobachten bzw. reproduzierbar sind, eine körperliche Untersuchung des Achsenskeletts und der peripheren Gelenke aber wegen aktiven muskulären Widerstandes seitens des Versicherten unter Schmerzäusserungen nicht lege artis durchführbar ist. Es finden sich auch aus rheumatologischer Sicht deutliche Zeichen eines nicht organischen Krankheitsverhaltens. Die subjektive Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit im PACT Test (1/200 Punkte) ist diskrepant zu den Untersuchungsbefunden und aus rheumatologischer Sicht nicht erklärbar.

Zusammenfassend deuten die Art und Weise der Schilderung der somatischen Beschwerden und die ängstlich besorgte Art der Symptompräsentation auf eine Somatisierungsstörung hin. Die Ausweitung der Schmerzen von einem Finger auf den gesamten Körper entspricht einer Symptomausweitung. Ausserdem beklagt der Versicherte weitere (nicht objektivierbare) Beschwerden (Magendarmbeschwerden, Kälteempfindlichkeit u.a.m.).

Gemäss den oben aufgeführten Diagnosekriterien für eine vorgetäuschte kognitive Störung gemäss DJ Slick ist zum Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung das Kriterium A) (erwartete Rentenzahlung) erfüllt. Aufgrund der Diskrepanzen zur Aktenlage ist zusätzlich ein B-Kriterium erfüllt. Bei Diskrepanzen zu den Verhal-

tensbeobachtungen ist zudem ein C-Kriterium erfüllt. Insgesamt wird die Symptomvalidierung des Versicherten als teilweise auffällig beschrieben.

2. Als Diagnosekriterien für vorgetäuschte schmerzassoziierte Einschränkungen (Malingered Pain Related Disability = MPRD) nach Kevin J Bianchini; (2005) gelten:

- 1.) Die Art und Weise, wie sich ein Versicherter während der Untersuchungen präsentiert.
- 2.) Die Befunde, welche sich auf die physischen Fähigkeiten, Behinderungen oder Einschränkungen beziehen, welche der Versicherte durch sein Verhalten während einer körperlichen Untersuchung ausdrückt.
- 3.) Selbstbeurteilungen des Versicherten hinsichtlich physischer, kognitiver und emotionaler oder psychologischer Defizite und Beeinträchtigungen (einschliesslich Schmerzbeurteilungsskalen).

Kriterium A): Evidenz eines signifikanten externen Anreizes ist erfüllt. Der Versicherte erwartet die Entrichtung einer Invalidenrente.

Kriterium B): Evidenzen aus der somatischen Untersuchung: Es finden sich Diskrepanzen zwischen der subjektiven Schmerzschilderung und den objektivierbaren pathologischen Befunden. Es sind deutliche Zeichen einer nicht organischen Genese der Befunde eruierbar. Die Art, wie sich der Versicherte während der formalen Untersuchung präsentiert, ist diskrepanz zum körperlichen Funktionsvermögen in unbeobachteten Momenten.

Kriterium C): Evidenzen aus der neuropsychologischen Untersuchung: Aus neuropsychologischer Sicht wird von einer möglichen oder wahrscheinlichen kognitiven Antwortverzerrung ausgegangen. Aus neuropsychologischer Sicht wird auch hingewiesen auf Diskrepanzen zwischen den vom Versicherten geschilderten Beschwerden und dem beobachteten Verhalten während der neuropsychologischen Untersuchung.

Kriterium D): Evidenzen aus der Beschwerdeschilderung: Diese entsprechen den C-Kriterien nach DJ Slick und werden oben präzisiert.

Kriterium E): Das Verhalten im Sinne erfüllter Kriterien der Gruppen B), C) und D) kann nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden: Diesbezüglich wird verwiesen auf die oben erwähnten Diskrepanzen zwischen den Verhaltensbeobachtungen während der psychiatrischen Exploration und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests einerseits und dem Verhalten des bei den somatischen Untersuchungen und den objektivierbaren pathologischen somatischen Befunden andererseits.

Zusammenfassend erfüllt der Versicherte gemäss obigen Ausführungen zum Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung die Kriterien einer MND beziehungsweise MPRD.

4.8 Aus diesen Antworten der Gutachterstelle folgerte die RAD-Psychiaterin Dr.med. univ. Dr.phil. AE. _____ in ihrer Stellungnahme vom 30. November 2018, dass eine Malingered Neurocognitive Dysfunction (MND) überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei. Dies bedeute, dass der Versicherte bewusst eine Hirnleistungsstörung vortäusche, massiv aggraviere bzw. eine Hirnleistungs-

schwäche simuliere. Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit diagnostiziere die Gutachterstelle ebenfalls eine Malingered Pain Related Disability (MPRD), weshalb von einem massiv-aggravierten bzw. simulierten Schmerzgebaren auszugehen sei. Diese Simulation/ massive Aggravation sei, wie dies die MEDAS-Gutachter bestätigen konnten, keinesfalls (sekundär) auf eine Krankheit (psychiatrischer oder neurologischer Art) zurückzuführen. Die Vortäuschung von Krankheitszeichen sei bei den Untersuchungen in der gutachterlichen Durchführungsstelle gezielt, bewusst und willentlich erfolgt, also mit Vorsatz. Die vorsätzliche Täuschung werde durch keine Krankheit verursacht. Damit sei gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung auszuschliessen, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung (ICD 10 F 45.41) einen invalidisierenden Charakter aufweise bzw. dadurch stehe fest, dass in diesem Einzelfall die diagnose-relevanten Befunde nicht den für eine Invalidisierung erforderlichen funktionalen Schweregrad aufweisen. Im Lichte dieser Ausführungen könne der im MEDAS-Gutachten ursprünglich beurteilten Arbeitsunfähigkeit von 50% nicht mehr gefolgt werden. Es sei eine zweifach ausgewiesene massive Aggravation bzw. Simulation zu diagnostizieren (DSM 5: V65.2), weshalb Ausschlussgründe gegeben seien (vgl. IV-act. 123-6/7).

4.9 Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen Bericht seines Hausarztes ein. Darin führte Dr.med. AB._____ (Allg. Innere Medizin) u.a. aus, dass er den Versicherten seit anfangs 2015 betreue. Trotz multidisziplinärer Behandlung wie psychiatrische Behandlung durch einen niedergelassenen Psychiater, Einsatz von Psychopharmaka in Form von SSRI und Benzodiazepine, ambulanter Physiotherapie sowie NSAR lokal und systemisch sei es zu keiner wesentlichen Linderung der Beschwerden gekommen. Der Versicherte sei im alltäglichen Leben massiv beeinträchtigt. Klinisch präsentiere sich ein 57-jähriger, sehr magerer Patient in schmerzbedingt reduziertem Allgemeinzustand. Er wirke sehr depressiv und machtlos. Er klage über diffuse Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere in den Extremitäten sowie entlang der Wirbelsäule. Er weise eine ausgeprägte Vergesslichkeit, Morgentiefe, Müdigkeit und Schwindelgefühl auf. Der Versicherte habe seit Jahren therapieresistente Beschwerden, die Krankheiten seien bereits chronifiziert. Eine erfolgversprechende Behandlung bestehe nicht. Kontinuierlich gehe es dem Versicherten seit anfangs 2015 schlechter. Im aktuellen Zustand sei der Versicherte nicht in der Lage, eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft aufzunehmen.

5. Eine gerichtliche Würdigung der getroffenen Abklärungen zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

5.1.1 Was die somatischen Beeinträchtigungen anbelangt, stellten bereits die Fachärzte der Klinik für Rheumatologie des V. _____ im Bericht vom 6. Januar 2017 fest, dass im Vergleich zur Abklärung an der gleichen Klinik im Jahre 2013 (d.h. gemäss Bericht vom 2.10.2013) keine wesentliche Veränderung feststellbar sei. Mithin vertraten diese Fachpersonen weiterhin den Standpunkt, dass für leidensangepasste, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten grundsätzlich weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100% anzunehmen sei.

5.1.2 Dieses Zwischenergebnis deckt sich auch mit den Abklärungsergebnissen im rheumatologischen Teilgutachten (basierend auf den Untersuchungen vom 26.3.2018), wonach sich aus aktueller rheumatologischer Sicht im Vergleich zu den früheren Abklärungen durch Dr.med. R. _____ und durch die Rheumatologen des V. _____ keine neuen Gesichtspunkte ergeben (vgl. IV-act. 117-20/82 unten; siehe auch IV-act. 117-18/82, 3. Abs.). Im Einklang damit steht auch, dass der Versicherte gegenüber dem rheumatologischen Gutachter erklärte, im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten von Dr.med. R. _____ hätten sich weder die Schmerzintensität noch der Schmerzcharakter verändert (vgl. IV-act. 117-12/82, Ziff. 3.2.1).

5.1.3 Sodann wurde im internistischen Teilgutachten (basierend auf den Untersuchungen vom 29.3.2018) in der Zusammenfassung festgehalten, dass aus allgemein-internistischer Sicht keine nennenswerte gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe und deswegen der Versicherte aus dieser fachärztlichen Sicht arbeitsfähig sei (IV-act. 117-38f./82, Ziff. 7.4, Ziff. 8.1 und 8.2).

5.1.4 Was an diesen somatischen Abklärungsergebnissen zu beanstanden wäre, wurde grundsätzlich weder vom Hausarzt in seinem Kurzbericht vom 12. Juni 2019 noch vom Beschwerdeführer vor Gericht thematisiert. Es ist denn auch nicht ersichtlich, dass bestimmte somatische Untersuchungen (welche?) unzureichend durchgeführt worden seien. Damit bleibt es dabei, dass die somatischen Abklärungen und Befunde für leidensangepasste Tätigkeiten, welche die angesprochenen und für den Versicherten ungünstigen Handlungen/ Haltungen vermeiden (wie repetitive Tätigkeiten mit vibrierenden/ stossenden Arbeiten, z.B. repetitives Hämmern, vgl. IV-act. 117-21/82 unten), keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen.

5.2 Schwieriger zu beantworten ist die Fragestellung, ob und inwiefern die psychiatrischen Untersuchungen und Befunde eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. Folgt man dem vorliegenden MEDAS-Gutachten vom 14. Mai 2018, erscheint der im MEDAS-Gutachten aus interdisziplinärer (namentlich psychiatrischer) Sicht evaluierte Arbeitsunfähigkeitsgrad von

50% prima vista an sich als nachvollziehbar, zumal aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige Reduktion der Funktionsfähigkeit des Versicherten bestehe (vgl. IV-act. 117-8/82). Indessen wurde im erwähnten MEDAS-Gutachten die Fragestellung, ob beim Versicherten Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 (S. 51) vorliegen, zunächst nicht geprüft, weshalb die RAD-Psychiaterin eine entsprechende Rückfrage bei der Gutachterstelle veranlasste.

5.3 Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 3) zutreffend sinngemäss darlegte, liegt ein versicherter Gesundheitsschaden nicht vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (vgl. Urteil BGer 8C_155/2019 vom 11.7.2019 Erw. 5.1.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 2.2.1 S. 287). Im angeführten BGE 141 V 287 hat das Bundesgericht ausgeführt, Hinweise auf solche Aggravationserscheinungen und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns würden sich namentlich dann ergeben, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese bestehe; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibe; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen werde; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken würden; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet würden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt sei. Bestehe im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so fehle eine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen *neben* einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299) auftreten würden, seien deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. zit. BGE 141 V 287f.).

5.4 Als Gründe, welche im konkreten Fall die Annahme einer leistungsauslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, sind namentlich die nachfolgend dargelegten Aspekte anzuführen:

5.4.1 Im vorliegenden Fall fällt auf, dass der Versicherte bei der rheumatologischen Abklärung auf die Frage, wo er keine Schmerzen verspüre, wörtlich antwortete: "Es gibt keine schmerzfreie Stelle an meinem Körper" (IV-act. 117-11/82 unten).

5.4.2 Sodann machte der Versicherte gegenüber dem rheumatologischen Gutachter geltend, dass er nicht mehr bzw. kaum mehr gehfähig sei und zudem nicht in der Lage sei, sich um seine Kinder (Jahrgang _____ und _____) zu kümmern (IV-act. 117-14/82, Ziff. 3.2.7 und 3.2.8). Demgegenüber führte der gleiche Versicherte gegenüber der begutachtenden Neuropsychologin zum Tagesablauf aus: "Er spiele mit dem Kind, das Kind komme oft zu ihm und sage ihm, dass er doch aufstehen solle. Das Kind sitze am Boden und spiele mit Legos. Er müsse dann dabeisitzen..." (IV-act. 117-73/82 unten). Zudem notierte die Gutachterin in ihrer Beurteilung: "Am Schluss kann der Versicherte mit seinem Sohn an der Hand weggehen" (IV-act. 117-76/82, 3. Abs. in fine).

5.4.3 Während der über 90 Minuten dauernden Anamneseerhebung im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung zeigte der Versicherte gegenüber dem Gutachter "kein Schmerzverhalten/ keine Schmerzmimik". Die Kleider wurden vom Versicherten langsam und unter Mithilfe seiner Ehefrau ausgezogen. Beim Ausziehen der Kleider konnte der Gutachter keine relevanten Einschränkungen der Gelenke der oberen Extremitäten feststellen (vgl. IV-act. 117-15/82, Ziff. 4.1).

5.4.4 Beim langsamen Gangbild zeigte der Versicherte ein Schonhinken unter Schmerzangaben in den Kniegelenken beidseits. Der Zehen- und Fersenstand war beidseits möglich. Die Hocke wurde vom Versicherten nicht ausgeführt. Auch der Strichgang wurde vom Versicherten (unter Hinweis auf Schmerzen) nicht ausgeführt (siehe IV-act. 117-16/82 oben; vgl. aber nachfolgend das abweichende Ergebnis der neurologischen Untersuchung, Erw. 5.4.13). Der Upper-Limb-Tension-Test war beidseits nicht lege artis prüfbar. Die Koordinationsprüfung war compliancebedingt nicht vollständig prüfbar; der Versicherte gab an, den Finger-Nase-Versuch rechts nicht ausführen zu können (siehe dazu aber auch nachfolgend das abweichende Ergebnis bei der neurologischen Untersuchung, Erw. 5.4.13), obwohl weder bei der Erhebung der Anamnese noch beim Ausziehen der Kleider relevante Einschränkungen der Gelenke der oberen Extremität rechts festgestellt werden konnten (vgl. IV-act. 117-16/82 oben).

5.4.5 Die Wirbelsäulenstatik war abgesehen von einem leichten ventralen Überhang unauffällig, indes war die Beweglichkeitsprüfung der Wirbelsäulenabschnitte nicht möglich. Der Versicherte leistete ausgeprägten muskulären Widerstand unter Stöhnlauten. Auf Palpation gab der Versicherte diffuse, ausgedehnte Druckdolenzen am gesamten ventralen Thorax, am gesamten dorsalen Stamm, an den Oberarmen beidseits sowie diffus an beiden Kniegelenken und beiden Händen an. Diese ausgedehnten Druckdolenzen konnten nicht auf anatomische

Strukturen lokalisiert werden. Des Weiteren war eine Prüfung der Sakroiliakgelenke compliancebedingt nicht möglich (IV-act. 117-16/82, 2. Abs.).

5.4.6 Beim Ausziehen des Unterleibchens mit Hilfe einer Hilfsperson elevierte und abduzierte der Versicherte seine Schultergelenke deutlich bis über die Horizontale. Passiv konnten beide Schultergelenke unter Ablenkung deutlich über die Horizontale eleviert/abduziert werden. Eine aktiv assistive Beweglichkeitsprüfung der Schultergelenke war jedoch bei der geführten Untersuchung infolge des aktiven muskulären Widerstands des Versicherten nicht möglich (IV-act. 117-16/82, 3. Abs.).

5.4.7 Auch eine Beweglichkeitsprüfung der Kniegelenke war infolge des aktiven muskulären Widerstands des Versicherten nicht möglich (IV-act. 117-16/82, 3. Abs. in fine), obwohl die Patellaaufnahmen axial vom 26. März 2018 normale Röntgenbefunde sowie normale Artikulationsverhältnisse sowie keine Arthrosezeichen ergaben (IV-act. 117-17/82 oben).

5.4.8 Der durchgeführte PACT-Test (Performance Assessment and Capacity Testing), welcher als Instrument zur Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Behinderung und der Leistungsbereitschaft des Betroffenen dient, ergab ein ausgesprochen auffälliges Ergebnis, indem er "mit lediglich 1 von 200 möglichen Punkten weit unterhalb der Leistungsgrenze für eine körperlich leichte, wechselbelastende und überwiegend sitzend ausgeführte berufliche Tätigkeit mit seltenem Heben/Tragen von Lasten bis 5 kg" ausfiel. Gemäss dem Gutachter wäre ein PACT-Score von 100 bis 110 Punkte zu erwarten gewesen. Anzufügen ist, dass der PACT-Test leicht verständlich ist, da die abgefragten Anforderungen in Bildern dargestellt werden und in ca. 5 Minuten instruiert werden können, worauf der Explorand den Test innerhalb von 10 bis 15 Minuten ausführen kann (vgl. die auf Internet abrufbaren Angaben der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, SAR, Arbeitsgruppe Ergonomie). In diesem Zusammenhang drängt sich noch der Hinweis auf, dass gemäss den Angaben des Hausarztes vom 16. November 2017 das Auffassungsvermögen des Versicherten uneingeschränkt ist (vgl. IV-act. 107-5/12, unterhalb der Mitte).

5.4.9 Des Weiteren machte die anwesende Ehefrau gegenüber dem Gutachter geltend, dass sie ihren Ehemann bereits seit 2010 stets habe an- und ausziehen müssen (vgl. IV-act. 117-17/82, Ziff. 5). Demgegenüber stellte der Vorgutachter Dr.med. R. _____ am 11. März 2013 fest: "Er setzt seine Arme funktionell unbehindert ein, wenn er sich entkleidet" (vgl. IV-act. 49-4/24 unten).

5.4.10 Zu Ungunsten des Versicherten fällt besonders ins Gewicht, dass der rheumatologische Gutachter in (vermeintlich) unbeobachteten Momenten sowie unter Ablenkung beim Versicherten deutlich bessere Beweglichkeit des Achsen-skeletts und der peripheren Gelenke beobachten bzw. reproduzieren konnte (vgl. IV-act. 117-20/82, 2. Abs.).

5.4.11 Auffallend ist aber auch, dass der Versicherte am 26. März 2018 (Vormit-tag) gegenüber dem rheumatologischen Gutachter die Schmerzintensität auf der Schmerzskala 0 bis 10 "auf dauerhaft 7 bis 8" veranschlagte (siehe IV-act. 117-20/82 oben), derweil der gleiche Versicherte am gleichen Tag etwas später ge-genüber den neurologischen Gutachtern erklärte: "In Ruhe und bei Belastung seien die Schmerzen gleich stark ausgeprägt, VAS 10 von 10" (vgl. IV-act. 117-24/82, 2. Abs., sowie etwas weiter unten: "Neben den Nackenschmerzen habe er Rückenschmerzen, welche vom Nacken bis nach lumbal im Bereich der gesam-ten Wirbelsäule kontinuierlich vorhanden seien. Die Schmerzintensität wird mit VAS 10 von 10 angegeben").

5.4.12 Den neurologischen Gutachtern fiel auf, dass der Versicherte während der gesamten Untersuchungsdauer vollumfänglich orientiert war und es waren keine Hinweise für Müdigkeit bzw. raschere Ermüdbarkeit, keine Fluktuationen der Vigilanz und keine Interferenzanfälligkeit zu beobachten. Die Aufmerksamkeit und Konzentration entsprach klinisch der nach dem biographischen Hintergrund zu erwartenden Kapazität. Sodann ergaben sich keine Hinweise für eine Apha-sie, Apraxie oder Agnosie (vgl. IV-act. 117-27/82).

5.4.13 Nicht nachvollziehbar ist, dass der Versicherte bei der neurologischen Koordinationsprüfung den Strichgang ("leicht unsicher") durchführen konnte (vgl. IV-act. 117-28/82), derweil bei der gleichentags durchgeführten rheumatologi-schen Untersuchung ein solcher Strichgang vom gleichen Versicherten wegen Schmerzen als nicht möglich bezeichnet wurde (IV-act.117-16/82 oben; siehe auch IV-act. 117-76/82, 3. Abs. in fine: "Am Schluss kann der Versicherte mit seinem Sohn an der Hand weggehen"). Analog liegt eine Diskrepanz zwischen der rheumatologischen und neurologischen Untersuchung am gleichen Tag vor, indem dem Versicherten der "Finger-Nase-Versuch rechts" einmal überhaupt nicht (IV-act. 117-16/82 oben) und später halbwegs (IV-act. 117-28/82, 4. Abs.) möglich war.

5.4.14 Diskrepante Befunde stellten die neurologischen Gutachter darin fest, dass der Versicherte einerseits klinisch "ubiquitär höhergradige Paresen mit einer Unfähigkeit, die Beine mehr als 2 cm von der Liegefläche abzuheben" zeigte, an-dererseits diese Befunde mit dem relativ unauffälligen Gangbild des Versicherten

und seiner Fähigkeit, den Strichgang durchzuführen, aus neurologischer Sicht nicht vereinbar waren (IV-act. 117-28/82 unten). Analog liess sich aus neurologischer Sicht das Vorliegen "derart hochgradiger Paresen" nicht erklären, nachdem der Versicherte weder im Armhalteversuch noch im Beinhalteversuch ein Absinken zeigte, und zwar unabhängig davon, ob die geforderte Haltehöhe erreicht werden konnte oder nicht (vgl. IV-act. 117-29/82 oben).

5.4.15 Gemäss dem durch den behandelnden Psychiater zugestellten Medikamentenplan umfasst die Medikation u.a. "Cymbalta 60 mg 0-0-30 mg" (vgl. IV-act. 117-12/82 unten). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erkundigte sich der Gutachter nach der Medikation, worauf der Versicherte erklärte, dass der behandelnde Psychiater ihm "Cymbalta verschrieben" habe. Indes ergab die Blutspiegeluntersuchung im Rahmen der MEDAS-Begutachtung, dass "sich keine Spur von Cymbalta im Blut" fand (vgl. IV-act. 117-43/82 Ziff. 3.2.11 und IV-act. 117-45/82 oben). Auffällig ist aber auch, dass der Versicherte gegenüber dem psychiatrischen Gutachter geltend machte, dass die regelmässigen Gespräche beim Psychiater Dr. X. _____ jeweils auf "deutsch" geführt würden, demgegenüber aber bei der Begutachtung ein Dolmetscher nötig war (vgl. IV-act. 117-41/82 unten i.V.m. IV-act. 117-44/82).

5.4.16 Als inkonsistent beurteilte der psychiatrische Gutachter, dass der Versicherte eine ständige Müdigkeit geltend machte, indessen bei der aktuellen Untersuchung "einen vitalen, motivierten und zielstrebigem Eindruck" hinterliess (IV-act. 117-43/82, Ziff. 3.2.13 i.V.m. IV-act. 117-44/82 Ziff. 4.1 und 4.3, wonach der Versicherte auch noch am Ende des Gesprächs wach und aufmerksam war). Die gleiche Diskrepanz stellte die neuropsychologische Gutachterin bei ihren Untersuchungen fest (vgl. IV-act. 117-77/82 oben i.V.m. IV-act. 117-45/82, Ziff. 4.3 in fine, 2. letzter Abs.).

5.4.17 Zudem ergab die gezielte Befragung nach depressiven Symptomen mittels semiquantitativen Fragebogens (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD 21) mit 6 Punkten einen völlig normalen Befund (bis 9 Punkte keine depressive Stimmungslage, vgl. IV-act. 117-44/82 unten).

5.4.18 Abschliessend ist zu berücksichtigen, dass aus neuropsychologischer Sicht zum einen von einer möglichen oder wahrscheinlichen kognitiven Antwortverzerrung auszugehen ist. Zum andern wird ausdrücklich auf Diskrepanzen zwischen den vom Versicherten geschilderten Beschwerden und dem beobachteten Verhalten während der neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen (vgl. IV-act. 122-3/3 i.V.m. IV-act. 117-76/82 Mitte und 117-78/82, Ziff. 5.6).

5.5 Im Lichte all dieser Aspekte bestehen unter den gegebenen Umständen hinreichende Hinweise für die Bejahung eines aggravatorischen Verhaltens des Versicherten, auch wenn nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung mit Blick auf die einschneidenden Folgen einer Anspruchsverneinung eine Aggravation nicht leichthin angenommen werden darf. Insgesamt überwiegen die Gründe, welche die Annahme einer leistungsauslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung ausschliessen. Die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar überschritten (vgl. zit. Urteil BGer 8C_155/2019 vom 11.7.2019 Erw. 5.2.2 mit Hinweis). Sodann ist im Einklang mit den nachvollziehbaren Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 5), auf welche verwiesen wird, hier festzuhalten, dass keine Hinweise vorliegen, wonach die Aggravation auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. IV-act. 117-47/82, Ziff. 7.1).

5.6 An diesem dargelegten Ergebnis vermögen sämtliche Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Soweit er sich auf den Bericht seines Hausarztes vom 12. Juni 2019 beruft, ist ihm zum einen bereits die im ersten Gerichtsentscheid dargelegte Praxis entgegenzuhalten, wonach für therapeutisch tätige Fachpersonen mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welche die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen haben, die Rechtsprechung zur Beweiswürdigung von Berichten von Hausärzten gilt (siehe oben, Erw. 3.2). Zum andern ist zu beachten, dass dieser Hausarzt (wie auch der behandelnde Psychiater) sich mit den im Gutachten festgestellten und in der angefochtenen Verfügung berücksichtigten Inkonsistenzen auch nicht ansatzweise auseinandergesetzt haben. Beispielsweise ist unklar, ob der behandelnde Psychiater Kenntnis davon hat, dass bei der MEDAS-Begutachtung die Laboruntersuchungen keine Spur von Cymbalta (Duloxetin) feststellen konnten (IV-act. 117-45/82 oben). Auch der Hausarzt Dr.med. AB. _____ spricht in seinem Kurzbericht vom 12. Juni 2019 vom Einsatz von Psychopharmaka und äusserte sich nicht zur im Rahmen der MEDAS-Begutachtung festgestellten fehlenden Medikamentencompliance (welche dem Hausarzt mutmasslich gar nicht bekannt ist).

6. Nach dem Gesagten ist im Einklang mit der Vorinstanz festzuhalten, dass zufolge bestehender Ausschlussgründe eine (teilweise im MEDAS-Gutachten angenommene) Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hier nicht zu berücksichtigen ist, womit - bei im Vergleich zum früheren Gerichtsentscheid I 2014 124 vom 11. März 2015 grundsätzlich unverändertem Gesundheitszustand - erneut ein rentenerheblicher IV-Grad zu verneinen ist. Mit anderen Worten hat die IV-Stelle das wiederholte Leistungsbegehren des Versicherten zu Recht abgelehnt.

7. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ausgang entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Von einem Inkasso ist derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abzusehen, nachdem der Versicherte seit November 2012 von der Gemeinde AN. _____ Sozialhilfeleistungen bezieht.

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. Von einem Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen.
3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten dem Gericht zu erstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Zustellung dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
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).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R/ via Korrespondenzadresse)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. September 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: 30. September 2019