

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 84

Entscheid vom 25. Januar 2021

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Achilles Humbel, Richter
MLaw Christina Zehnder, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____
substituiert durch MLaw C. _____

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Invalidenrente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. am _____ 1966, aus D._____) arbeitete u.a. in einer Möbelfabrik und später als Anlagenführer bei einer Spiralhülsenfabrik in E._____. Am 27. März 2006 unterzeichnete er eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 4-8/8). Nach Abklärungen, welche ein interdisziplinäres Gutachten der MEDAS F._____ vom 25. September 2009 umfassen (IV-act. 57), verfügte die IV-Stelle am 19. Mai 2010, dass kein rentenbegründender IV-Grad bestehe und deswegen das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 82). Gleichentags kündigte die IV-Stelle an, die Kosten für ein Arbeitstraining (3 Monate) bei der Firma G._____ in H._____ zu übernehmen (IV-act. 84).

Am 4. April 2011 meldete sich A._____ erneut bei der IV-Stelle und ersuchte um Arbeitsvermittlung (IV-act. 100). Dieses Begehren lehnte die IV-Stelle mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 28. Juni 2011 unter Hinweis auf die bestehende Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ab (IV-act. 108).

B. Nachdem Dr.med. I._____ (E._____) der IV-Stelle neue Berichte eingereicht hatte, veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre Begutachtung am J._____ (J._____, K._____). Das entsprechende Gutachten wurde am 7. Januar 2013 erstattet (IV-act. 124). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 29. April 2013, dass bei einem ermittelten IV-Grad von 26% kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 132).

Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2013 71 vom 17. Dezember 2013 abgewiesen (IV-act. 141). Dagegen beschwerte sich A._____ erfolglos beim Bundesgericht (Urteil 8C_109/2014 vom 9.4.2014 = IV-act. 145).

C. Eine weitere IV-Anmeldung erfolgte am 4. März 2015 (IV-act. 149). Der RAD-Arzt Dr.med. L._____ empfahl am 18. August 2015 die Durchführung einer Verlaufsbeurteilung (IV-act. 170). Das entsprechende J._____-Gutachten wurde am 7. April 2016 erstattet (IV-act. 184).

Mit Vorbescheid vom 26. Juli 2016 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (vgl. IV-act. 192). Dagegen liess A._____ am 11. September 2016 Einwände erheben (IV-act. 195). Am 18. Oktober 2016 teilte der damalige Rechtsvertreter mit, dass A._____ stationär behandelt werde (IV-act. 197). Der Aufenthalt in der Klinik M._____ dauerte vom 31. Oktober 2016 bis zum 16. Dezember 2016 (IV-act. 205).

D. Die IV-Stelle erachtete eine interdisziplinäre Begutachtung als nötig. Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle "N._____" (O._____) zugewiesen (IV-act. 213). Vom 3. bis 5. Juli 2017 war A._____ im Spital P._____ hospitalisiert (IV-act. 224). Das N._____-Gutachten wurde am 1. November 2017 erstattet (IV-act. 229). Der RAD-Arzt Dr.med. Q._____ empfahl am 5. Dezember 2017, das Gutachten zur Stellungnahme (bzw. nachvollziehbaren Konsensfindung) den Gutachtern nochmals vorzulegen (IV-act. 231-12/12). Die Antwort der Gutachter folgte am 30. Dezember 2017 (IV-act. 234). Nach Prüfung des Gutachtens gelangte der RAD-Arzt Dr.med. R._____ am 15. Februar 2018 zum Ergebnis, dass die Beurteilung des orthopädischen Gutachters Dr.med. S._____ (mit einer Arbeitsfähigkeit von 40% bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von 60%) nicht nachvollziehbar sei, weshalb eine weitere orthopädische Begutachtung unerlässlich sei (IV-act. 237-17/17). Dagegen opponierte A._____ in einer Eingabe vom 11. März 2018 (IV-act. 241). Am 13. Juni 2018 verfügte die IV-Stelle, dass an einer orthopädischen Begutachtung durch Dr.med. T._____ festgehalten werde (IV-act. 247). Ihr Gutachten folgte am 17. September 2018 (IV-act. 258). Am 24. Oktober 2018 teilte der damalige Rechtsvertreter der IV-Stelle mit, dass A._____ aktuell im U._____ in V._____ behandelt werde (IV-act. 261). Eine Rückfrage wurde von Dr.med. T._____ am 28. November 2018 beantwortet (IV-act. 265).

E. Mit Vorbescheid vom 22. Februar 2019 kündigte die IV-Stelle an, das Rentenbegehren abzuweisen (IV-act. 269). Dagegen liess A._____, welcher vom 3. bis 15. April 2019 im W._____ Kantonsspital hospitalisiert war (schwere koronare 3-Gefäss-Erkrankung, IV-act. 281-5ff./10), am 26. März 2019 Einwände erheben (IV-act. 272). Vom 15. April 2019 bis zum 7. Mai 2019 folgte eine stationäre Rehabilitation in der X._____ (IV-act. 281-1ff./10). Der RAD-Arzt Dr.med. R._____ empfahl am 26. September 2019, noch einen Verlaufsbericht des Kardiologen Dr.med. Y._____ einzuholen (IV-act. 286-21/21). Dieser Bericht ging am 9. Oktober 2019 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 287). Der RAD-Psychiater Dr.med. Z._____ regte am 2. Dezember 2019 an, noch ein psychiatrisches Gutachten einzuholen (IV-act. 288-23/23). Der erste Begutachtungstermin bei Dr.med. AA._____ vom 19. April 2020 wurde aufgrund der Corona-Situation abgesagt (IV-act. 296) und am 11. sowie 13. Mai 2020 nachgeholt (IV-act. 298-2/63). Das psychiatrische Gutachten vom 8. Juni 2020 ging am 9. Juni 2020 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 298).

Mit Vorbescheid vom 16. Juni 2020, welcher den früheren vom 22. Februar 2019 ersetzte, hielt die IV-Stelle daran fest, dass das Leistungsbegehren abzuweisen sei (IV-act. 303).

F. Am 31. August 2020 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 305).

Dagegen reichte A. _____ rechtzeitig am 1. Oktober 2020 beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 31. August 2020 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2015 eine volle, *eventualiter* eine Dreiviertel-, *subeventualiter* eine halbe und *subsubeventualiter* eine Viertel-IV-Rente zuzusprechen.
2. *Eventualiter* sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 31. August 2020 aufzuheben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vorinstanz bzw. zu Lasten des Staates.

Des Weiteren beantragte der Beschwerdeführer, dass ihm die unentgeltliche Prozessführung (inkl. unentgeltliche Verbeiständung) zu gewähren sei, und zwar im Falle einer Rückweisung auch für das Verfahren vor der IV-Stelle.

Mit Vernehmlassung vom 10. November 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten des Beschwerdeführers.

Dazu äusserte sich der Beschwerdeführer in einer zusätzlichen Eingabe vom 24. Dezember 2020.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Welche Regelungen für einen Anspruch auf IV-Rentenleistungen von Bedeutung sind, dies wurde dem Beschwerdeführer bereits im Entscheid I 2013 71 vom 17. Dezember 2013 im Einzelnen dargelegt. Es kann darauf verwiesen werden (siehe IV-act. 141). Ergänzend sind folgende Ausführungen zu beachten.

1.2 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 regelmäs-

sig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

1.3 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).

1.4 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 (z.B. Bundesgerichtsurteil 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 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

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

Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.; hinsichtlich der aktuelleren Fassung der Leitlinien vgl. hinten, Erw. 4.5).

1.6 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 Erw. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 6; Urteil 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zit. Urteil 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 143 V 143 V 418 Erw. 6 und auch BGE 144 V 50 Erw. 4.3).

1.7 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 Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1.1 Im ersten Entscheid (I 2013 71 vom 17.12.2013) hielt das Verwaltungsgericht u.a. fest, dass der Versicherte im Jahre 2009 umfassend abgeklärt wurde. Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS F. _____ vom 16. Oktober 2009 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom (mit/bei Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 mit möglicher Irritation der NW L5 rechts/ MRT der LWS vom 18.9.2008) sowie ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom (mit/bei Haltungsstörung/ Myogelosen der Trapeziusrandmuskulatur) festgehalten, derweil aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben wurde. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. ein Status nach anamnestisch beschriebener Panikstörung (aktuell weitgehend remittiert), Insertionstendinosen an beiden Hüftgelenken sowie ein Senk-Spreizfuss beidseits aufgeführt. Im Rahmen der Begutachtung war auch die Fragestellung, ob beim Exploranden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege, unter Berücksichtigung der diesbezüglichen ICD-10-Kriterien geprüft (und im Ergebnis verworfen) worden. Weiter wurde im Gutachten hervorgehoben, dass der Versicherte ein erheblich aggravierendes und demonstratives Verhalten im Rahmen einer jahrelang gehegten Schmerz- und Krankheitsüberzeugung zeigte. Er habe sich dementsprechend verbal und nonverbal konsequent defizit- und beschwerdeorientiert geäußert. Er sehe sich ausserstande, wieder einer Tätigkeit nachzugehen und eine Arbeit anzunehmen, und dies obwohl er im Alltag durchaus aktiv sein könne und bei Bedarf auch reisefähig sei, sogar grössere und längere Reisen in die Heimat bewältigen könne (vgl. IV-act. 57-38f./117, mit Verweis auf den starken Kontrast zwischen Schmerzschilderungen und dem Verhalten während der Untersuchung gemäss IV-act. 57-39/117 oben). Aus interdisziplinärer Sicht wurden leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, ausgeführt in frei zu wählendem Wechsel der Arbeitspositionen, als vollschichtig zumutbar beurteilt, wobei insgesamt eine um 10% verminderte Leistungsfähigkeit attestiert wurde (vgl. IV-act. 57-43/117 unten i.V.m. IV-act. 141-5/12).

2.1.2 Im gleichen Gerichtsentscheid wurde im weiteren Verlauf mitberücksichtigt (vgl. IV-act. 141-5f./12),

- dass der Versicherte sich im Rahmen eines Testarbeitsplatzes in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit leichten Arbeiten als 100% arbeitsfähig erachtete, während er für eine rein stehende Tätigkeit (Bedienen einer Maschine) 50% als Obergrenze betrachtete. Diesen Testarbeitsplatz beendete er am 22. Juli 2010, um anschliessend mit dem Auto nach D. _____ für Ferienzwecke zu reisen;
- dass der Versicherten sich vom 8. bis 18. Juli 2011 wegen therapieresistenten lumbalen Schmerzen im Spital P. _____ aufhielt;
- dass Dr.med. I. _____ den Versicherten in seinem Bericht vom 25. November 2011 als "dauernd zu 80% arbeitsunfähig" einschätzte;
- dass Dr.med. AB. _____ (Fachärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, SPD, heute APP AC. _____) und AD. _____ (Oberarzt SPD) im Bericht vom 9. Januar 2012 an die IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhielten auf (vgl. IV-act. 114-2/5):
 - o Panikstörung (ICD-10 F41.0)
 - o Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
 - o Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4)
 - o Diskushernie Höhe L3/4 mit Kompression des Abganges der Nervenwurzel L4 rechts
 - o Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1
- dass die beiden Fachärzte des SPD (bzw. nun APP AC. _____) eine Arbeitsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht von 3 bis 4 Stunden täglich veranschlagten (IV-act. 141-6/12);
- dass in der Folge ein weiteres MEDAS-Gutachten (J. _____ K. _____) veranlasst wurde, welches am 7. Januar 2013 erstattet wurde mit folgenden Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit):
 - o Mediolaterale Diskushernie L3/L4 rechts
 - o Status nach Bandscheibenvorfall L5/S1 links und L4/L5 links.
- dass folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt wurden: beginnende AC-Gelenksarthrose links (radiologisch), multiple Diskrepanzen mit deutlichem Hinweis auf eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung, Selbstlimitierung mit Inkonsistenzen, ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Adipositas und Hyerlipidämie;
- sowie die Funktions- und Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern wie folgt beurteilt wurde (IV-act. 141-7/12):

Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde ist der Versicherte aus rheumatologischer Sicht aufgrund einer Osteochondrose L4/L5 und L5/S1 im Sinne einer beginnenden erosiven nicht reversiblen Osteochondrose für eine wirbelsäulenbelastende resp. schwere bis mittelschwere Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (...). Hingegen sind körperlich leichte Tätigkeiten ohne repetitiv vornüber gebückte Arbeitsposition, ideal mit Wechsel zwischen sitzender und stehender Position ohne repetitives Gewichtheben über 10 kg mit einem 80%igen Arbeitspensum zumutbar. Bei beginnender AC-Gelenksarthrose sind repetitive Überkopfarbeiten nicht zu empfehlen. Es kämen Arbeiten unter Einhalten von regelmässigen kurzen Pausen im Rah-

men einer Teilarbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten mit obigen Einschränkungen medizinisch-theoretisch in einem Umfang von 80% in Betracht.

Aus psychiatrischer Sicht besteht keine Arbeitsunfähigkeit. (...)

In der psychiatrischen Gutachteruntersuchung vom 10.02.2012 wurde ein normaler psychischer Befund erhoben. Somit ist der Versicherte gesamthaft gesehen für eine behinderungsangepasste Tätigkeit global gesehen zu 80% arbeitsfähig. (vgl. IV-act. 124-56/58).

2.1.3 Daraus folgerte das Verwaltungsgericht im erwähnten Entscheid zusammenfassend, dass die IV-Stelle zu Recht einen zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% für leichte adaptierte Tätigkeiten angenommen habe (IV-act. 141-10/12). Dieses Ergebnis wurde vom Bundesgericht im anschliessenden Rechtsmittelverfahren mit Urteil 8C_109/2014 vom 9. April 2014 bestätigt (IV-act. 145).

2.2 Bei der erneuten IV-Anmeldung vom 4. März 2015 beklagte der Versicherte Schmerzen hinsichtlich Rücken, Nacken, Schulter, Hüfte, Becken, Fersen sowie psychische Probleme (IV-act. 149-5/6 oben). Nach einer Konsultation an der AE. _____ Klinik vom 26. März 2015 stellten Dr.med. AF. _____ (Chefarzt Orthopädie) und Dr.med. AG. _____ (Assistenzarzt Orthopädie) im gleichentags erstellten Bericht folgende Diagnosen (IV-act. 160, wobei zum Arbeitsfähigkeitsgrad nicht Stellung genommen wurde):

Postmeniskektomie-Syndrom bei Status nach zweifacher medialer TME rechts 08/2014, 12/2014 bei

Medialer Meniskushinterhornläsion rechts (Unfalldatum 05.05.2014)

Nebendiagnosen:

Chronische LWS-Problematik L5/S1 mit Nervenwurzelirritation

2.3 In einem Bericht vom 8. April 2015 bescheinigten die SPD-Fachärzte Dr. AB. _____ und der Leitende Arzt AD. _____ nach einer Auflistung der bereits bekannten Diagnosen (vgl. vorne Erw. 2.1.2 mit Ergänzungen wie Karpaltunnelsyndrom beidseits/ St.n. Knie re-OP September 2014, Dezember 2014) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 50% bis 60% (IV-act. 163-3/5 unten).

2.4 Dr.med. AH. _____ (Konsiliararzt Neurochirurgie, Kantonsspital Al. _____) untersuchte den Versicherten am 18. Juni 2015 und stellte folgende Diagnosen (IV-act. 169-13/16):

Multilokuläres Schmerzsyndrom mit Zustand nach Diskushernie C5/6 links 2013

Aktuell ubiquitäre Schmerzen hauptsächlich im Bereich der linken Schulter und im Bereich der rechten unteren Extremität.

Seine Beurteilung fasste Dr.med. AH. _____ wie folgt zusammen (IV-act. 169-14/16):

Die bei dem Patienten sichtbaren Pathologien sind meines Erachtens altersentsprechend und nicht spektakulär. Eine gewisse Reizung der Nervenwurzel L5 im Neuroforamen L5/S1 rechts könnte man dem Patienten unterstellen. Ich habe dem Patienten dort eine Infiltration empfohlen. Allerdings hat der Patient offensichtlich vorgängig schon schlechte Erfahrungen in P. _____ gemacht (?), so dass er nicht unbedingt "begeistert" von dieser Empfehlung ist. Auf der anderen Seite sind die Veränderungen hier nicht so gravierend, dass man prima vista ein operatives Procedere empfehlen dürfte. Ausserdem wäre ich in diesem Fall sehr vorsichtig bei vorhandenen positiven Waddell-Zeichen und auch bei nicht zu übersehenden sozioökonomischen Komponenten in dieser Angelegenheit. Ich kann mich - um das ganz klar zu sagen - nicht dazu verwenden, um hier die alltäglichen finanziellen Probleme des Patienten mit einer Rente zu lösen. Noch dazu in einem Fall, wo die Situation der Wirbelsäule alles in allem als nicht hoch-pathologisch zu bezeichnen ist, sondern hier eigentlich definitiv altersentsprechende Befunde zu sehen sind, die man möglicherweise auch durch ein Selbstprogramm (Gewichtsreduktion, Stärkung der Rückenmuskulatur) in den Griff bekommen sollte. (...)

2.5 Dr.med. AJ. _____ (Arzt für Anästhesie/ prakt. Arzt FMH, AK. _____) diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. Juli 2015 ein chronisches Schmerzsyndrom bei depressivem Syndrom und allg. Aggravationstendenzen (IV-act. 169-1/16 Ziff. 1.1). Als zumutbar erachtete dieser Hausarzt leichte körperliche Tätigkeiten im Umfange von 2 bis 4 Stunden pro Tag (IV-act. 169-3/16). Am Schluss dieses Berichts wies der Hausarzt auf eine ausgeprägte psycho-somatische Komponente mit Aggravation und Rentenwunsch hin (IV-act. 169-6/16).

2.6.1 Gestützt auf eine Empfehlung des RAD-Arzt Dr.med. L. _____ (Allgemeinmedizin FMH) veranlasste die IV-Stelle die Durchführung einer polydisziplinären medizinischen Verlaufsbeurteilung (IV-act. 170-5/5ff.). Am entsprechenden MZR-Gutachten vom 7. April 2016 wirkten folgende Fachärzte mit (IV-act. 184-90/102):

- Dr.med. AL. _____ (Innere Medizin FMH/ertif. mediz. Gutachter SIM);
- Dr.med. AM. _____ (Neurologie FMH)
- Dr.med. AN. _____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Rheumatologie D)
- Dr.med. AO. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH)

2.6.2 Diese Gutachter stellten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Vertebragenes (zervikales, thorakales und lumbales) Schmerzsyndrom ohne Anhalt auf eine Nervenwurzelreizung (IV-act. 184-80/107). Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten diese Gutachter fest (IV-act. 184-80f./107):

- Mittelgradiges Karpaltunnelsyndrom beidseits
- Blockierung der Costotransversalgelenke 6 rechts und 6-8 links
- Arthropathie beider Kniegelenke bei Innenmeniskusdegeneration ohne behinderungsrelevantes Korrelat
- Senk-Spreiz-Platffuss beidseits mit Digitus subduktus D V und D IV beidseits
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10: F45.41)
- Leichte depressive Episode (ICD-10. F32.0)
- Zst. nach Panikstörung (anamnestisch)

2.6.3 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Zeitungsausdräger der Versicherte seit der aktuellen Begutachtung 100% arbeitsfähig sei. In einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 184-88/107 Ziff. 7.6 und 7.7).

2.7 In einem Kurzbericht vom 11. Oktober 2016 bescheinigten die SPD-Fachärztin Dr. AB._____ und der Leitende Arzt AD._____ unter Hinweis auf die Diagnosen einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfange von ca. 50% bis 60%. Es würden ein eingeschränktes Auffassungsvermögen, ein reduziertes Konzentrationsvermögen sowie eine verminderte Ausdauer und Belastbarkeit bestehen (IV-act. 197-2/2).

2.8 Auf Zuweisung von Dr.med. AJ._____ nahm Dr.med. AP._____ (Innere Medizin/ Rheumatologie FMH, K._____) am 14. und 18. November 2016 rheumatologische Untersuchungen vor. Im Bericht vom 16. Dezember 2016 an den Hausarzt stellte Dr.med. AP._____ folgende Diagnosen (IV-act. 203-2/5):

Panvertebrales Schmerz-Syndrom

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bds.
 - o degenerative Veränderungen
 - o **Neu (2016) Diskushernie TH12/L1 mit Prolaps** ohne Nervenwurzelkompression
 - o St. nach DH L3/4 mit LRS L4 rechts (2011)
- Chronisches cervicospondylogenes Syndrom links
 - o St. nach DH C5/6 (2013), aktuell vollständig regredient
 - o St. nach Neurokompression der Wurzel C6 links

- Thorakovertebrales Schmerz-Syndrom
 - o degenerative Veränderungen, insbesondere aktivierte Spondylose BWK9/10 re
 - o Diskusprotrusion BWK6/7 und 7/8 mit Kontakt zum Myelon

Rechtsseitige Schulter-Schmerzen

Neu (2016) ausgeprägte AC-Gelenksarthrose rechts mit erosiven Anteilen

Chronisch persistierende Knie-Schmerzen rechts

St. nach Operationen 2014 und 2015

Dekonditionierung

Schwere Depression

Art. Hypertonie

Dyslipidämie

Adipositas

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte Dr.med. AP._____, dass die frühere berufliche Aktivität als Schreiner in Möbel-Fabriken sowie mittelschwere Arbeiten angesichts der chronifizierten Rückenschmerzen und Gelenkbeschwerden (Schulter und Knie) mit ausgedehnten und nicht stabilisierten degenerativen Veränderungen nicht mehr möglich sei. Aus rheumatologischer Sicht käme einzig eine leichte angepasste Tätigkeit in abwechselnd stehender und sitzender Position sowie ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg in Frage. Über-Kopf-Arbeiten und Arbeiten in geneigter Position oder auf Knien seien nicht mehr möglich (IV-act. 203-5/5 unten).

2.9 Vom 31. Oktober 2016 bis zum 16. Dezember 2016 hielt sich der Versicherte in der Klinik M._____ auf. Im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2016 stellten Dr.med. AQ._____ (Leitender Arzt) und lic.phil. AR._____ (behandelnde Psychologin) folgende Diagnosen (IV-act. 205-5/8):

- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome/ DD mit psychotischen Symptomen
- F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Auf die Frage, wie sich diese Krankheiten auf den Arbeitsfähigkeitsgrad auswirken würden, antworteten Dr.med. AQ._____ und lic.phil. AR._____ am 10. März 2017, beim Versicherten bestehe durch die erwähnten psychischen Erkrankungen eine stark erhöhte Vulnerabilität mit eingeschränkter Belastbarkeit, Konzentrations- und Durchhaltefähigkeit, stark vermindertem Antrieb sowie möglicherweise eingeschränkter Anpassungsfähigkeit. Ebenfalls leide er unter starken Schmerzen. Zum Zeitpunkt des Klinikaustritts habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine Beurteilung der aktuellen Arbeits(un)fähigkeit gestalte

sich schwierig; es werde empfohlen, die aktuelle Behandlerin Dr.med. AB._____ zu befragen (IV-act. 205-3/8).

2.10 Zur Prüfung der Fahreignung wurde im Institut für Rechtsmedizin (IRM Zürich) eine verkehrsmedizinische Untersuchung durchgeführt. Im entsprechenden Bericht vom 2. Februar 2017 an das Verkehrsamt Schwyz verneinte Dr.med. AS._____ (Verkehrsmedizinerin SGRM) aufgrund der Hospitalisation bis Dezember 2016 mit einer schweren depressiven Episode und der noch bestehenden depressiven Symptomatik zum aktuellen Zeitpunkt die Fahreignung (IV-act. 207-6f./7).

2.11.1 Am 9. Mai 2017 empfahl der RAD-Arzt Q._____ (Facharzt Allgem. Innere Medizin) unter Hinweis auf die eingegangenen neuen Berichte die Durchführung einer neuen polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 210-7/7). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle N._____ AG (O._____) zugestimmt (IV-act. 213). Am 22. Juni 2017 teilte die IV-Stelle die Namen der vorgesehenen Gutachter mit (IV-act. 216). Am 7. Juli 2017 teilte der Versicherte telefonisch mit, dass er einen Bandscheibenvorfall erlitten habe und bei Dr.med. AT._____ (Spital P._____) und Dr.med. AJ._____ in Behandlung sei (IV-act. 219). Der Versicherte hatte wegen starken Rückenschmerzen am 3. Juli 2017 das Spital P._____ aufgesucht. Nach einer MRI-Abklärung der LWS vom 4. Juli 2017, welche u.a. eine neu aufgetretene rechtslaterale Diskushernie mit rezessaler Verlagerung der rechten L4 Wurzel ergab, nahm Dr.med. AT._____ gleichentags eine BV-gesteuerte Steroidinfiltration L5/S1 rechts vor. Am 5. Juli 2017 konnte der Versicherte in gebessertem Allgemeinzustand aus dem Spital entlassen werden (IV-act. 224).

2.11.2 Am 26. Juli 2017 erhielt die IV-Stelle Kenntnis, dass sich der Versicherte bis 14. August 2017 für eine Kur in D._____ befinde (IV-act. 222, weshalb der vorgesehene Termin bei der Gutachterin lic.phil. AU._____ nicht eingehalten werden könne). Am 2. August 2017 wurden dem Versicherten die neuen Termine für die Begutachtung bekanntgegeben (IV-act. 223).

Das entsprechende N._____ -Gutachten datiert vom 1. November 2017 (Eingang bei der IV-Stelle am 14.11.2017, vgl. IV-act. 229). An dieser Begutachtung wirkten folgende Fachpersonen mit (vgl. IV-act. 229-91/168):

- Dr.med. S._____ (Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie)
- Dr.med. AV._____ (Facharzt für Allgem. Innere Medizin FMH/ Vertrauensarzt SGV/ zertif. mediz. Gutachter SIM)
- Prof. Dr.med. AW._____ (Facharzt für Neurologie/ zertif. mediz. Gutachter SIM)

- Dr.med. AX. _____ (Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie)
- lic.phil. AU. _____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP/ zertif. neuropsychologische Gutachterin SIM)
- med.pract. AY. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Vertrauensarzt SGV/ zertif. mediz. Gutachter SIM)
- Prof. Dr.med. AZ. _____ (Facharzt FMH für Neurologie)

2.11.3 Diese Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 229-82/168):

- St.n. Diskushernie L3/4 und L4/L5
- Chronische Lumboischialgie mit radikulärem Reizsyndrom L5 links
- Skoliose der WS mit Scheitelpunkt LWK 1
- Osteochondrose L3-S1
- Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Chronisches zervikales Schmerzsyndrom
- St.n. komplexen Einriss Innenmeniskus-Hinterhorn (Operation 11.08.2014)
- Status nach Teilruptur vorderes Kreuzband rechts
- St.n. persistierendem Meniscus medialis Hinterhorn rechts Kniegelenk (OP 01.12.2014)
- Impingement Syndrom an beiden Schultern
- Diskushernie thorakal 12/L1 mit Prolaps ohne Nervenwurzelkompression
- ACG Arthrose rechts mit erosiven Anteilen
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1 ICD-10)
- Leichte depressive Episode (F32.0 ICD-10)
- Nicht authentische neuropsychologische Funktionsstörungen; möglicherweise bestehende kognitive Defizite können unter diesen Umständen differenzialdiagnostisch nicht objektiviert werden.

2.11.4 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde was folgt aufgelistet: St.n. Karpaltunneloperation bds./ arterielle Hypertonie/ Hypercholesterinämie/ Adipositas WHO Grad I/ St.n. Helicobacter assoziierter Antrumgastritis/ St.n. Refluxösophagitis/ Reizdarmsyndrom/ atypische Thoraxschmerzen DD Tietze-Syndrom (02/2016)/ rezidivierende Nephro-/Urolithiasis in Vorgeschichte/ essentieller Tremor/ Tinnitus rechtsbetont/ Senk-Spreizfuss bds./ V.a. Fersensporn bds. (vgl. IV-act. 229-82f./168).

2.11.5 Die Teilgutachter attestierten aus ihrer Fachrichtung die nachfolgend dargelegten Arbeitsunfähigkeitsgrade (IV-act. 229-86/168):

	Bisherige Tätigkeit (Arbeiter)	Verweistätigkeit
Orthopädie	100%	60%
Innere Medizin	0%	0%
Neurologie	0%	0%
Rheumatologie	0%	0%

Psychiatrie	20%	20%
Neuropsychologie	--- ¹	--- ¹

¹ Aufgrund der nicht validen Testresultate kann aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden

Daraus folgerten die Gutachter, dass aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100% und in einer Verweistätigkeit von 60% resultiere. Dabei gelte das im orthopädisch-unfallchirurgischen Teilgutachten geäußerte Fähigkeitsprofil, wonach Tätigkeiten mit Bücken, Überkopfarbeiten, Kauern, Knien und auf Leitern/ Gerüsten nicht mehr möglich seien, derweil folgende Tätigkeiten (mit einer Gewichtslimite von 5 kg für Heben/ Tragen) in reduziertem Umfang zumutbar seien (IV-act. 229-65/168 i.V.m. 229-86/168):

	in welchem zeitlichen Rahmen zumutbar	mit welcher Leistung (in %)
rein sitzende Tätigkeiten	ganztags	30%
rein stehende Tätigkeiten	ganztags	40%
wechselbelastende Tätigkeiten	ganztags	50%
Vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?)	ganztags	20%
Rotation im Sitzen/ Stehen	ganztags	30%
Heben/ Tragen (körpernah/--fern)	ganztags	30%
Treppen steigen	ganztags	20%

Diese Einschätzung der Arbeitsunfähigkeiten gelte ab dem 1.1.2017 aufgrund der Aktenlage unter Einbezug von aktuellen radiologischen und klinischen Befunden. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei problematisch. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich (IV-act. 229-86/168 unterhalb der Mitte).

2.11.6 Nach einer Prüfung des N. _____-Gutachtens formulierte der RAD-Arzt Q. _____ (Facharzt Allgem. Innere Medizin/ zertif. mediz. Gutachter SIM) am 5. Dezember 2017 Kritik am orthopädischen Teilgutachten und an der Konsensbeurteilung. Im Ergebnis empfahl er, diese Kritik den Gutachtern vorzulegen und um eine nachvollziehbare Konsensfindung nachzusuchen (IV-act. 231-11f./12).

2.11.7 Die von Dr.med. S. _____ unterzeichnete Antwort der Gutachterstelle folgte am 30. Dezember 2017. In dieser Stellungnahme wurde daran festgehalten, dass in einer Verweistätigkeit die Arbeitsunfähigkeit 60% bzw. die Arbeitsfähigkeit 40% betrage (IV-act. 234). Nach einer Auswertung dieser Antwort vertrat der RAD-Arzt Q. _____ am 12. Januar 2018 den Standpunkt, dass auf das N. _____-Gutachten nicht abgestellt werden könne (IV-act. 237-13/17). Daraufhin wurde das medizinische Aktendossier dem RAD-Arzt Dr.med.

R._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) vorgelegt, welcher seine Erkenntnisse am 15. Februar 2018 folgendermassen zusammenfasste (IV-act. 237-17/17):

- Die Beurteilung durch Dr. S._____ mit einer AF von 40% ist nicht nachvollziehbar. Im Wesentlichen handelt es sich um die gleichen Diagnosen wie im MEDAS-Vorgutachten vom 7.04.2016. Auch wenn Dr. S._____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8.01.2018 Veränderungen angibt gegenüber dem Vorgutachten von 2016, sind aus der klinischen gutachterlichen Untersuchung von Dr. S._____ keine so ausgeprägten funktionellen Einschränkungen abzuleiten, die eine 60% AUF rechtfertigen. Die Wirbelsäule ist in allen Segmenten ausreichend frei beweglich, eindeutige radikuläre Ausstrahlungen liegen nicht vor, weder cervical noch lumbal. Es besteht unverändert gegenüber dem Vorgutachten ein Schulterimpingement beidseits, eine ACG Arthrose rechts. Auffällig ist auch die Diskrepanz zwischen der rheumatologischen und der orthopädischen Begutachtung bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und den festgestellten Diskrepanzen bei der Untersuchung.
- Eine Aktenbeurteilung reicht nicht aus.
- Eine leichte Verschlechterung ist medizinisch-theoretisch möglich, das Ausmass der Einschränkung in der Begutachtung von Dr. S._____ ist nicht nachvollziehbar.
- Es empfiehlt sich aufgrund der Komplexität des Falles, der bereits mehrfachen Begutachtungen eine neue externe Begutachtung.
- Eine objektive Beurteilung ist in den meisten Fällen möglich, basierend auf die klinische Untersuchung, die dann mit den bildgebenden Verfahren korreliert werden kann.

2.12 In einem Kurzbericht vom 27. April 2018 an den damaligen Rechtsvertreter des Versicherten führten die Fachärztin Dr. AB._____ und der Leitende Arzt AD._____ (APP AC._____, AK._____) unter anderem aus, dass der Versicherte einen mittelgradigen depressiven Eindruck vermittelte. Er beklagte unverändert Freud- und Antriebsmangel, eine ausgeprägte Müdigkeit bzw. rasche Ermüdbarkeit. Dazu kämen ein vermindertes Selbstwertgefühl, häufig Gefühle der Wertlosigkeit sowie Schuldgefühle, ausserdem Konzentrationsverminderung, Vergesslichkeit, Erschöpfung und sozialer Rückzug, manchmal Sinnlosigkeit des Lebens sowie lebensmüde Gedanken. Weiterhin würden wiederkehrende Angstzustände geprägt durch innere Unruhe, Spannungsgefühle, Zittern, Herzklopfen, Magenbeschwerden, Schweissausbrüche, Schwindelgefühle und Muskelanspannung auftreten. Darüber hinaus bestünden anhaltende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Schulterschmerzen links, welche in das linke Ohr und den Nacken ausstrahlen würden. Die Schmerzen würden von Jahr zu Jahr zunehmen und seien gemäss seinen Angaben jeden Tag vorhanden (IV-act. 245-2/2).

2.13 Am 30. Mai 2018 nahm der RAD-Arzt Dr.med. R._____ eine versicherungsmedizinische (orthopädische) Beurteilung der medizinischen Unterlagen vor und hielt daran fest, dass der Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten von Dr.med. S._____ nicht beigespflichtet werden könne, sondern vielmehr diesbezüglich eine neue orthopädische Begutachtung nötig sei (IV-act. 246-13f./14). Daraufhin ordnete die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 13. Juni 2018 an, dass sich der Versicherte einer Abklärung durch Dr.med. T._____ zu unterziehen habe (IV-act. 247). Nachdem der Versicherte sich damit einverstanden erklärt hatte (IV-act. 248), erteilte die IV-Stelle am 21. Juni 2018 den Auftrag für eine monodisziplinäre Abklärung (IV-act. 249).

2.14 Am 18. Juli 2018 untersuchte Dr.med. BA._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) den Versicherten und erwähnte in seinem gleichentags erstellten Bericht an den Hausarzt Dr.med. AJ._____ (abgesehen von der bereits bekannten Diagnoseliste) eine deutliche Zunahme der dorsalen Diskusprotrusion auf Höhe L4/5 mit Betonung der rechten Seite und Kontakt zum Abgang der Nervenwurzel L5 rechts. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nahm Dr.med. BA._____ nicht Stellung, hingegen schlug er eine Beurteilung und Behandlung durch das Schmerzzentrum V._____ vor (IV-act. 256-2f./3).

2.15.1 Am 17. September 2018 erstattete Dr.med. T._____ (Orthopädie u. Traumatologie des Bewegungsapparates, K._____) ihr orthopädisches Gutachten, welches auf ein Studium der umfangreichen Akten sowie auf klinischen Untersuchungen vom 31. August 2018 basiert. Ihre Diagnosen fasste die Gutachterin wie folgt zusammen (IV-act. 258-31/61):

- Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Haltungsinsuffizienz, Fehlstatik, muskulärem Hartspann und verschmächtingter Rumpfmuskulatur.
Radiologisch zeigen sich degenerative Veränderungen der mittleren/ unteren HWS, im Übergang mittleres/unteres Drittel BWS und in den unteren 3 Etagen der LWS.
Kein sicheres nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit.
- Beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur, links mit Dehnungsschmerzen
- Langjährige Dekonditionierung, seit zwei Jahren auch keine Physiotherapie mehr.
- Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei Adipositas mit einem BMI von 31, funktionell ungünstig stammbetont.
- Funktionseinschränkungen zum Beispiel der Schultergelenke, aber auch Einschränkungen der Inklination des Oberkörpers sind begleitet von einem Tremor.
- Anhand der passiven Bewegungsüberprüfungen ergeben sich keine Kapselmuster mit Hinweis auf Einschränkungen der Schultergelenke und der Hüftgelenke.

Radiologischer Nachweis einer ausgeprägten ACG-Arthrose rechts, intakte Rotatorenmanschette.

- Status nach zweimaliger Meniskus-OP rechtes Kniegelenk.
Beidseits medial betont beginnende degenerative Veränderungen, links auch an der Patella medial.
- Status nach CTS-Operationen beidseits in 2016.
- Status nach Entfernung eines Handgelenksganglions rechts.
- Keine reproduzierbaren Schmerzen am linken Handgelenk ulnar, Abklärungen Anfang 2018 ergaben entzündliche Veränderungen ulnar.
- Kein Hinweis auf ein Nervus ulnaris-Syndrom.
- Demonstratives Verhalten, auch mit Tragen neuer Bandagen am linken Unterarm, rechten Kniegelenk und einer Lumbalbandage.

2.15.2 Für die (angestammten) Tätigkeiten in der Fabrikation von Möbeln/ Kartonnagen verneinte die Gutachterin eine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten beurteilte sie wie folgt (IV-act. 258-35/61):

Für angepasste Tätigkeiten ergibt sich weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aus orthopädischer Sicht. Dies entspricht einem täglichen Arbeitseinsatz von 8.5 Stunden.

Es sollte sich um körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten handeln, die bevorzugt im Sitzen verrichtet werden können, aber mit der Möglichkeit freier Positionswchsel. Die Funktionen der Hände sind frei, die Kraft ist erhalten.

Retrospektiv ergibt sich der Anhalt darauf, dass unter Annahme einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 100% für angepasste Tätigkeiten immer mal wieder Zeiten von Arbeitsunfähigkeit bestanden.

2.16.1 Mit Kurzbericht vom 17. Oktober 2018 an den damaligen Rechtsvertreter des Versicherten wiederholte der Hausarzt Dr.med. AJ._____ seine (frühere) Einschätzung (vom 16.4.2018 = IV-act. 244-3/20), wonach die Hauptdiagnose eine psycho-somatisch betonte Depression mit Schmerzverarbeitungsstörung und Chronifizierung sei, während "nebenbefundlich u.a. diverse orthopädische Erkrankungen" bestünden. Eine Besserung der Allgemeinsymptomatik sei nicht beobachtbar. Aus hausärztlicher Sicht sei der Versicherte zurzeit stark eingeschränkt arbeitsfähig, 20% in angepasster Tätigkeit, "d.h. dem psychiatrischen Krankheitsbild entsprechend" (IV-act. 261-2/2).

2.16.2 Dr.med. BA._____ untersuchte den Versicherten im Rahmen der (orthopädischen) Sprechstunde vom 26. Oktober 2018 und wiederholte die bereits bekannten Diagnosen (vgl. oben, Erw. 2.14). In der Beurteilung vertrat er den Standpunkt, dass der Versicherte nicht vollumfänglich arbeitsfähig sei, wobei nicht nur die orthopädische Problematik, sondern auch die psychologische Situation und die Schmerzentwicklung im Verlauf von Bedeutung seien. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit auf höchstens 50% zu veranschlagen (IV-act. 264-3/3).

2.17.1 Am 8. November 2018 beurteilte der RAD-Arzt Dr.med. R._____ das Gutachten von Dr.med. T._____ als schlüssig und nachvollziehbar. Unter Einbezug der psychiatrischen gutachterlichen Stellungnahme vom 1. November 2017 könne von einer 80% Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Zudem regte dieser RAD-Arzt eine Rückfrage an die Gutachterin Dr.med. T._____ an hinsichtlich der Fragestellung, wie die unterschiedliche Stellungnahme zum Vorgutachten von Dr.med. S._____ begründet werde (IV-act. 262-15/15).

2.17.2 Nach der Antwort der Gutachterin vom 28. November 2018 (IV-act. 265) fasste der RAD-Arzt Dr.med. R._____ seine versicherungsmedizinische Stellungnahme am 6. Dezember 2018 u.a. dahingehend zusammen, dass das Gutachten von Dr.med. T._____ für die strittigen Belange umfassend sei, auf allseitigen Untersuchungen und in Kenntnis der Vorakten beruhe. Sämtliche orthopädische Diagnosen (Blatt 30/36) seien berücksichtigt und ausführlich gewürdigt. Die Begutachtung entspreche im Wesentlichen der rheumatologischen Begutachtung und Stellungnahme im polydisziplinären Gutachten vom 1.11.2017. Aus radärztlicher Sicht könne auf das Gutachten von Dr.med. T._____ abgestützt werden, wonach die angestammte Tätigkeit seit März 2015 nicht mehr zumutbar sei und seither eine angepasste Tätigkeit in einem (unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnosen) 80% Pensum zugemutet werden könne (unterbrochen mit Zeiten von Arbeitsunfähigkeiten von 100%, so nach den CTS Operationen zweimal 6 Wochen sowie während einer Hospitalisation vom 31.10.2016 bis 16.12.2016, vgl. IV-act. 266-1/2).

Was die Berichte von Dr. AJ._____ und Dr. BA._____ (von Oktober 2018) anbelange, werde dort jeweils (im Sinne einer fachfremden Argumentation) betont, dass der Schwerpunkt im Bereich der psychischen Situation des Versicherten liege (was sinngemäss ausführlich in der psychiatrischen Begutachtung mit Indikatorenprüfung im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung vom 1.11.2017 - mit einer 20%-igen Arbeitsunfähigkeit - hinreichend berücksichtigt worden sei, vgl. IV-act. 266-1/2 unten). Sodann verwies der Rad-Arzt Dr.med. R._____ auf die ungenügende Anstrengungsbeteiligung des Versicherten sowie das deutliche Aggravationsverhalten im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung mit Leistungstest mit Symptomvalidisierungsverfahren (IV-act. 266-2/2).

2.18 Nachdem die IV-Stelle am 28. März 2019 Kenntnis von einer schweren koronaren Dreigefässerkrankung erhalten hatte (IV-act. 274), empfahl der RAD-Arzt Dr.med. R._____ am 23. Mai 2019, aktualisierte kardiologische (und auch psychiatrische) Berichte einzuholen (IV-act. 278-18/18). Am 3. Juni 2019 gingen

bei der IV-Stelle weitere Berichte ein. Vom 3. April 2019 bis zum 15. April 2019 war der Versicherte im W._____ Kantonsspital hospitalisiert, wo am 4. April 2019 eine aortokoronare Bypassoperation durchgeführt wurde. Die Hauptdiagnose im Austrittsbericht lautet (IV-act. 280-2/6):

Schwere koronare 3-Gefäss-Erkrankung

- EF 60%, diskrete Hypokinesie apikal
- CVRF: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas Grad 1 (BMI 31.8 kg/m²), sistierter Nikotinabusus
- Klinisch: Angina pectoris CCS II-III, Belastungsdyspnoe NYHA III
- EuroSCORE 2: 1%

Vom 15. April 2019 bis zum 7. Mai 2019 hielt sich der Versicherte zur Rehabilitation in der X._____ auf. Im Bericht dieser Klinik vom 13. Mai 2019 wurde u.a. ausgeführt, dass der Versicherte seine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern konnte auf 114 Watt, was 62% des Alterssolls entspreche; limitierend seien vor allem muskuläre Beschwerden (IV-act. 281-3/10 oben).

2.19 Der Hausarzt Dr.med. AJ._____ attestierte am 5. Juni 2019 mit Verweis auf die koronare Herzkrankheit eine eingeschränkte Belastungsfähigkeit bzw. weiterhin einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 80% (IV-act. 283-1/8).

2.20 In einem Bericht vom 27. August 2019 stellte die behandelnde Psychiaterin Dr.med. AB._____ die Diagnosen einer chronischen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) sowie einer Panikstörung (ICD-10 F41.0). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit veranschlagte sie auf circa 60% bis 70% (IV-act. 285).

2.21 Am 9. Oktober 2019 gingen bei der IV-Stelle noch Berichte des Kardiologen Dr.med. Peter Y._____ (u.a. vom 9. und vom 25.9.2019) ein, in welchen die bekannten Diagnosen sowie die aktuelle Medikamentenliste aufgeführt wurden. In diesen Berichten wurde zur Frage der Arbeitsfähigkeit nicht Stellung genommen, hingegen darauf hingewiesen, dass die nächste kardiologische Nachkontrolle am 6. April 2020 vorgesehen sei (IV-act. 287).

2.22.1 Am 2. Dezember 2019 nahm der RAD-Psychiater Dr.med. Z._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) dahingehend Stellung, dass die behandelnde Psychiaterin eine Verschlechterung beschreibe und in ihrem Bericht vom August 2019 eine chronische mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.2) und eine Panikstörung (F41.0) diagnostiziere, woraus diese Psychiaterin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% herleite. Allerdings er-

folgte trotz dieser beschriebenen Verschlechterung "lediglich eine antidepressive Behandlung mit Venlafaxin 150 mg und Mirtazapin 15 mg/Tag". Eine Verschlechterung im Verlauf sei nicht ausgeschlossen, weshalb noch eine monodisziplinäre Begutachtung angezeigt sei (IV-act. 288-23/23).

2.22.2 Daraufhin gab die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 8. Juni 2020 von Dr.med. AA._____ (Psychiatrie u. Psychotherapie FMH/ zertif. mediz. Gutachter SIM) erstattet wurde (IV-act. 298). Dabei gelangte der Gutachter zum Ergebnis, dass eine psychiatrische Störung nicht ausgewiesen sei. Als psychische Auffälligkeiten ohne Krankheitswert wurde eine Simulation psychiatrischer Symptomatik festgehalten. Diese Beurteilung wurde eingehend diskutiert und begründet (IV-act. 298-55ff./63).

2.23 Der RAD-Psychiater Dr.med. Z._____ beurteilte das psychiatrische Gutachten von Dr.med. AA._____ am 15. Juni 2020 als nachvollziehbar, schlüssig und widerspruchsfrei (IV-act. 301). Daraufhin kündigte die IV-Stelle am 16. Juni 2020 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 303). Nachdem sich der Versicherte dazu nicht äusserte, verfügte die IV-Stelle am 31. August 2020, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 305).

3.1 In der vorliegenden Beschwerde (S. 9 bis S. 11, Ziff. 22 bis Ziff. 26) rügt der Beschwerdeführer vorab, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe. Diese Kritik ist aus den folgenden Gründen nicht zu hören.

3.2.1 Der Beschwerdeführer wird im vorliegenden IV-Beschwerdeverfahren durch einen Rechtsanwalt vertreten, dessen Vollmacht vom 22. September 2020 datiert (vgl. die entsprechende Vollmacht = Bf-Beilage 1). Ein Kollege aus der gleichen Anwaltskanzlei hatte der IV-Stelle bereits am 30. August 2018 eine Vollmacht des gleichen Beschwerdeführers eingereicht, um Einblick in die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen IV-Akten zu erhalten. Allerdings betonte dieser Kollege damals, dass er die IV-Akten für eine "Streitigkeit mit dem Amt für Arbeit" benötige. Zudem ergänzte dieser Kollege ausdrücklich, "die Vertretung von Herrn A... im IV-Verfahren wird weiterhin durch Herr RA M... ausgeführt" (vgl. IV-act. 253 und 254, mit der Präzisierung, dass dieser "Herr RA M..." gemäss seinen Selbstangaben über kein RA-Patent verfügt, vgl. seine Vollmacht vom 10.6.2016 = IV-act. 196). Demnach hatte die Vorinstanz beim Erlass des Vorbescheides vom 16. Juni 2020, welcher den früheren Vorbescheid vom 22. Februar. 2019 ersetzte, die Zustellung an den bis zu diesem Zeitpunkt für den Beschwerdeführer auftretenden Rechtsvertreter M... vorzunehmen, was sie auch korrekt vorgenommen hat (siehe die Adressierung dieses Vorbescheides in IV-act. 303-1/4).

Im Anschluss an diesen Vorbescheid hat weder der damalige Rechtsvertreter M..., noch der Versicherte selber gegen diesen Vorbescheid etwas eingewendet. Namentlich wird in der vorliegenden Beschwerde nicht vorgebracht, dass *nach Kenntnisnahme dieses neuen Vorbescheids vom 16. Juni 2020* der Versicherte Einwände vorgebracht habe, auf welche die Vorinstanz zu Unrecht nicht eingegangen sei. Wer aber auf einen Vorbescheid, welcher einen früheren Vorbescheid ersetzte, mit keinem Wort reagiert, kann vor Gericht grundsätzlich nicht geltend machen, dass ihm sein rechtliches Gehör verletzt worden sei. Ein solches Verhalten (auf einen neuen, überarbeiteten Vorbescheid nicht zu reagieren und dann vor Gericht eine Gehörsverletzung geltend zu machen) kommt einem Verhalten wider Treu und Glauben gleich und verdient keinen Rechtsschutz.

3.2.2 Abgesehen von den vorstehenden Ausführungen hat die Vorinstanz im neuen Vorbescheid vom 16. Juni 2020 grundsätzlich hinreichend (wenn auch kurz) begründet, aus welchen Gründen sie beabsichtigte, das Leistungsbegehren abzuweisen. Soweit sich der Beschwerdeführer auf seine damaligen Einwände (= IV-act. 270 und 272) gegen den früheren Vorbescheid vom 22. Februar 2019 (= IV-act. 269) beruft, hat die IV-Stelle im neuen Vorbescheid (= IV-act. 303) dargelegt, dass sie nebst den zu diesem Zeitpunkt bekannten Gutachten (MRZ, N._____, Dr. T._____) noch zusätzliche Abklärungen (Gutachten Dr. AA._____) veranlasste, wobei bei sämtlichen Gutachten Hinweise auf Inkonsistenzen bzw. Aggravation vorliegen würden. Des Weiteren führte die Vorinstanz im neuen Vorbescheid aus:

Aus dem aktuellen Gutachten geht hervor, dass keine psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und auch nie vorgelegen hat. Gemäss Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes ist das Gutachten von Dr. AA._____ nachvollziehbar, schlüssig und widerspruchsfrei.

Gesamthaft kann festgehalten werden, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit seit 03.2015 nicht mehr zumutbar ist. Hingegen besteht seit 03.2015 in einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren und wechselbelasteten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 100%, womit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielt werden könnte.

Daraus konnte der Versicherte hinreichend entnehmen, aus welchen wesentlichen Gründen die Vorinstanz auf eine Ablehnung des Leistungsbegehrens schloss. Entgegen der sinngemässen Auffassung des Beschwerdeführers war die Vorinstanz nicht verpflichtet, im Rahmen ihrer Entscheidung sich mit sämtlichen vom Versicherten früher geäusserten Vorbringen im Einzelnen auseinanderzusetzen. Vielmehr konnte sie sich auf die wesentlichen Aspekte konzentrieren, von welchen sie sich leiten liess und auf welche sie ihre Entscheidung abstützte.

3.3 Eine Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör abgeleiteten Begründungspflicht ist schliesslich auch gestützt auf die in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 7) ausgeführten Gründen zu verneinen. Es kann darauf verwiesen werden.

3.4 Im Übrigen ist die Fragestellung, ob die Vorinstanz zu Recht einen Anspruch auf IV-Rentenleistungen verneint hat, im Rahmen der materiellen Prüfung der Beschwerdesache zu untersuchen. Darauf ist nachfolgend zurückzukommen.

4.1.1 Was die somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers anbelangt, wird in der vorliegenden Beschwerde (S. 15, Ziff. 33) sinngemäss argumentiert, dass zum einen Dr.med. T._____ in ihrem orthopädischen Gutachten vom 17. September 2018 die beim Versicherten diagnostizierte verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Haltungsinsuffizienz, Fehlstatik (etc.) sowie die Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates (vgl. Erwägung 2.15.1 = IV-act. 258-31/61) bzw. die Schmerzproblematik bei der Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung ungenügend mitberücksichtigt habe. Zum andern macht der Beschwerdeführer sinngemäss geltend, dass auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss N._____ -Gutachten bzw. auf die darin enthaltene Einschätzung gemäss dem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten (von Dr.med. S._____, basierend auf den Untersuchungen vom 8.9.2017, vgl. IV-act. 229-52/168 oben) abzustellen sei (vgl. Beschwerde, S. 15 unten), wonach die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit 40% (60% Arbeitsunfähigkeit) betrage. Auf diese unterschiedlichen Beurteilungen wird nachfolgend in Erwägung 4.1.3 eingegangen.

4.1.2 Die im N._____ -Gutachten (vom 1.11.2017) enthaltenen Ergebnisse der weiteren somatischen Untersuchungen (hinsichtlich der Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie und Rheumatologie), wonach aus diesen Disziplinen für Verweistätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren (vgl. die Zusammenstellung in Erwägung 2.11.5 = IV-act. 229-86/168), werden vor Gericht nicht in Frage gestellt, weshalb grundsätzlich kein Anlass besteht, hinsichtlich der genannten Fachrichtungen weitere medizinische Abklärungen in Betracht zu ziehen. Dies gilt erst recht, als vor Gericht nicht vorgebracht wird, dass sich seit dem N._____ -Gutachten der Gesundheitszustand des Versicherten aus neurologischer, rheumatologischer oder generell aus der Sicht der Inneren Medizin verändert bzw. verschlechtert hat. Was die kardiologische Fachrichtung anbelangt, verhält es sich so, dass (im Einklang mit den Ausführungen in der Vernehmlassung, Ziff. 7) der Versicherte infolge einer koronaren 3-Gefässerkrankung am 4. April 2019 operiert wurde (Bypass-OP). Nach komplikationslosem Verlauf erfolgte am 15. April 2019 die Verlegung zur stationären Rehabilitation in die

X._____ (bis 7.5.2019). Diese stationäre Rehabilitation (22 Tage) zeigte insgesamt einen stabilen Verlauf, wonach der Versicherte seine körperliche Leistungsfähigkeit auf 114 Watt (62% des Alterssolls) erhöhen konnte (limitierend waren vor allem muskuläre Beschwerden, vgl. IV-act. 281-3/10 oben). Am Ende dieses Aufenthalts konnte der Versicherte in gutem Allgemeinzustand in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen werden (mit der Empfehlung, dass das Heben und Tragen von schweren Lasten bis 3 Monate postoperativ zu vermeiden sei, vgl. IV-act. 281-3/10 oben). Daraus lässt sich aus kardiologischer Sicht keine weitere Einschränkung für leichte körperliche Tätigkeiten ableiten, zumal sich der mit der Nachkontrolle betraute Kardiologe Dr.med. Y._____ in seinen Berichten vom 9. und 25. September 2019 an den Hausarzt Dr.med. AJ._____ nicht veranlasst sah, von irgendeiner Beschäftigung, und schon gar nicht von angepassten leichten Tätigkeiten abzuraten (siehe IV-act. 287-4f./15). Vielmehr teilte er am 25. September 2019 ausdrücklich mit, dass die nächste kardiologische Nachkontrolle erst in mehr als einem halben Jahr (am 6.4.2020) vorgesehen sei (IV-act. 287-4/15), was offenkundig auf einen ordentlichen Verlauf schliessen lässt. Jedenfalls macht der beanwaltete Beschwerdeführer vor Gericht nicht substantiiert geltend, dass zwischenzeitlich wieder kardiologische Probleme aufgetreten seien. Bei dieser konkreten Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in ihrer Beurteilung auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr.med. R._____ abgestellt hat, wonach ausgehend von den im Rahmen der stationären Rehabilitation erzielten Leistungswerten (114 Watt/ 62% des Alterssolls) leichte Tätigkeiten dem Versicherten (aus somatischer bzw. kardiologischer Sicht) wieder als zumutbar beurteilt wurden (vgl. zit. Vernehmlassung, S. 3 Mitte i.V.m. IV-act. 288-22/23).

4.1.3 Bei der Überprüfung der divergierenden Einschätzungen von Dr.med. S._____ (im N._____ -Gutachten vom 1.11.2017) einerseits und Dr.med. T._____ (im späteren Gutachten vom 17.9.2018) andererseits fällt massgeblich die Beurteilung des Hausarztes Dr.med. AJ._____ (prakt. Arzt FMH/ Arzt für Anästhesiologie FMH) ins Gewicht. Dieser Hausarzt betonte selber am 16. April 2018 (und mithin nach der gutachtlichen Einschätzung von Dr.med. S._____ und noch vor der gutachtlichen Einschätzung von Dr.med. T._____), aber auch noch am 17. Oktober 2018, d.h. nach dem Gutachten von Dr.med. T._____ und in Kenntnis dieses Gutachtens, dass die Hauptdiagnose eine psycho-somatisch betonte Depression mit Schmerzverarbeitungsstörung und Chronifizierung sei, derweil "nebenbefundlich u.a. diverse orthopädische Erkrankungen" vorliegen würden (vgl. IV-act. 244-3/20 und IV-act. 261-2/2). Insbesondere nahm dieser Hausarzt im Schreiben vom 17. Oktober 2018 an den (damaligen) Rechtsvertreter auf das Gutachten von Dr.med. T._____ Bezug

mit den Worten: "Aus rein orthopädischer Sicht mag das Gutachten nachvollziehbar sein...", indes erachtete er es unter Einbezug seiner Hauptdiagnose (einer psycho-somatisch betonten Depression mit Schmerzverarbeitungsstörung) sinngemäss als nicht ausschlaggebend für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (IV-act. 261-2/2). Mit diesen Ausführungen unterstützt der Hausarzt, welcher den Versicherten jahrelang (seit Januar 2014) betreut, im Ergebnis die Kritik des RAD-Arztes Q._____ vom 5. Dezember 2017, wonach die im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten von Dr.med. S._____ veranschlagte Arbeitsfähigkeit von nur 40% für angepasste Tätigkeiten nicht zu überzeugen vermag (IV-act. 231-11/12).

Dies gilt erst recht, als Dr.med. S._____ nach einer Rückfrage der IV-Stelle vom

6. Dezember 2017 (IV-act. 232) in seiner Stellungnahme (Antwort) vom 30. Dezember 2017 für seine Herleitung einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 40% für angepasste leichte Tätigkeiten ohne weitere Diskussion die Diagnoseliste wiederholt und den MRI-Röntgenbefund der rechten Schulter sowie ausführlich (über 2 Seiten) den Bericht von Dr. AP._____ zitiert. Dr.med. S._____ berücksichtigt weder die Inkonsistenzen, welche die Teilgutachter Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie (immer 3 von 6) festgestellt haben (wie auch frühere Gutachter), noch diskutiert er konsensual seine unterschiedliche Beurteilung des Schmerzerlebens des Beschwerdeführers. Im Hauptgutachten (von Dr.med. S._____) wird unter Ziffer 2.5.5 festgehalten: "Es finden sich keine Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden" (IV-act. 229-64/168). Unter Ziffer 4.5 der interdisziplinären Begutachtung heisst es dagegen: "Es finden sich Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden auf rheumatologischem und auf neuropsychologischem Fachgebiet" (IV-act. 229-76/168 unten). Unter Ziffer 5.1.5 des Gutachtens wird wiederholt, dass sich aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation ergeben, aus psychiatrischer Sicht eine Verdeutlichungstendenz vorliegt (ohne Hinweise auf Aggravation oder Simulation), dagegen aus rheumatologischer Sicht Hinweise auf eine Aggravation bestehen (siehe auch IV-act. 229-130/168 oben Ziff. 2.5.4 und 2.5.5) sowie aus neuropsychologischer Sicht auf eine ungenügende Anstrengungsbeteiligung und ein deutliches Aggravationsverhalten zu schliessen ist (IV-act. 229-79f./168). Eine ausreichende und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit diesen unterschiedlichen Angaben fehlt.

Zudem fallen (hinsichtlich des Teilgutachtens von Dr.med. S._____) erhebliche Befundabweichungen zum rheumatologischen Teilgutachten auf, die kommentarlos bleiben, wie die nachfolgende Zusammenstellung dokumentiert:

Diskrepanzen im N._____-Gutachten	Dr.med. AX._____ (Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie) (Gutachten S. 127ff.)	Dr.med. S._____ (Facharzt Chirurgie und Un- fallchirurgie) (Gutachten S. 59ff.)
Wirbelsäule (WS) muskulär	Die gesamte Rückenmusku- latur zeigt keine nennens- werten Verspannungen oder gar Myogelosen.	Deutliche Muskelverspan- nungen und Myogelosen mittlere BWS
WS Beweglichkeit	Im Sitzen zeigt sich eine normale Seitneigung und Drehung der ganzen Wir- belsäule, ebenso zeigt die HWS keine erkennbaren Einschränkungen	Einschränkung der HWS in Seitneigung. Ebenfalls ist die Drehung im Bereich der BWS und LWS schmerzhaft eingeschränkt.
Knie	Stabile Bandverhältnisse bei negativen Meniskuszeichen	Rechts positiver Hinweis auf Meniskusschaden innen und aussen. Links sind die Me- niskuszeichen ebenfalls po- sitiv, aber geringgradiger in der Schmerzintensität aus- geprägt
Schultergelenk	Beidseits keine Einschrän- kungen (detailliertes Be- fundblatt) Armseitwärtsbe- wegung seitengleich 180°, Armvorwärtsbewegung sei- tengleich 180°, Nacken- und Schultergriff kann durchge- führt werden.	Armseitwärtsbewegung und -vorwärtsbewegung deutlich schmerzhaft eingeschränkt. Nackengriff ist bds nicht durchführbar
Lasègue Zeichen	Die grobneurologische Un- tersuchung ist unauffällig, insbesondere ist das Lasègue'sche Zeichen, wel- ches jedoch mehrfach wie- derholt werden musste, bds. negativ.	Der Lasègue ist rechts bei 60° positiv, links bei 70°.

Insgesamt überzeugt daher die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr.med. S.____ (und damit die markante Abweichung von der rheumatologischen Beurteilung) nicht, auch wenn im rheumatologischen Teilgutachten expressis verbis darauf hingewiesen wird, das "das orthopädisch/chirurgische Teilgutachten hier wegweisend sei" (IV-act. 229-130/168, Ziff. 2.5.5 in fine).

Demgegenüber hat Dr.med. T.____ ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für Verweistätigkeiten unter Einbezug von detaillierten klinischen Untersuchungsbefunden, einer Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität sowie einer Würdigung

von Ressourcen und Belastungen begründet (vgl. IV-act. namentlich IV-act. 258-259ff./61 Ziff. 4.3, Ziff. 7.3, Ziff. 7.4 und Ziff. 8).

Bei dieser konkreten Sachlage ist es unter Einbezug der dargelegten Ausführungen des Hausarztes zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass der RAD-Arzt Dr.med. R._____ am 6. Dezember 2018 in der Würdigung der somatischen Aktenlage den Beweiswert des orthopädischen Gutachtens von Dr.med. T._____ grundsätzlich bejaht und gestützt darauf festgehalten hat (IV-act. 266):

- dass die angestammte Tätigkeit seit März 2015 nicht mehr zumutbar war;
- dass seither hingegen eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80% (unter Mitberücksichtigung der psychiatrischen Diagnosen, dazu noch nachfolgend) zugemutet werden könne (wobei diese Arbeitsfähigkeitszeiten zweimal durch eine befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit unterbrochen worden seien, und zwar nach den CTS-Operationen zweimal 6 Wochen und sodann während der Hospitalisation vom 31.10.2016 bis 16.12.2016; weitere Arbeitsunfähigkeitsphasen seien aus somatischer Sicht nicht anzurechnen).

An dieser Stelle ist (im Einklang mit der gesamthaften Einschätzung des Arbeitsfähigkeitsgrades von 80% durch Dr.med. R._____, siehe oben) hervorzuheben, dass im ersten Rechtsgang ein massgebender Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% für leichte adaptierte Tätigkeiten ermittelt wurde (VGE I 2013 71 vom 17.12.2013, Erw. 4 = IV-act. 141-10/12). Zieht man den gesamten Verlauf der Krankheitsgeschichte des Versicherten in Betracht, kann man nicht annehmen, dass sich der Arbeitsfähigkeitsgrad des Versicherten seit dem erwähnten VGE I 2013 71 vom 17. Dezember 2013 hinsichtlich leichter Verweistätigkeiten von 80% auf 100% erhöht habe. In diesem Sinne läuft die von Dr.med. T._____ aus ihrer fachärztlichen Sicht vorgenommene Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 100% für Verweistätigkeiten letztlich auf eine strengere Beurteilung eines bereits damals (im erwähnten VGE thematisierten) angeschlagenen Gesundheitszustandes hinaus. Nach dem Gesagten ist im vorliegenden Fall die massgebende Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten aus somatischer Sicht auf 80% festzulegen.

4.1.4 An diesem dargelegten Ergebnis zur somatischen Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Soweit in der Beschwerdeschrift (S. 15) sinngemäss geltend gemacht wird, dass beim Versicherten nicht die mangelhafte Beweglichkeit das Problem sei, sondern "die starken Schmerzen, die sich bei einem langandauernden Arbeitseinsatz zeigen" würden, ist dem Beschwerdeführer was folgt entgegenzuhalten. Die Gutachterin versuchte im Rahmen ihrer Begutachtung abzuklären, wie der Versicherte seinen Alltag

verbringe bzw. welche Beschäftigungsarten ihm noch (ganz oder teilweise) möglich seien. Diesbezüglich verweigerte der Versicherte sämtliche Auskünfte (vgl. IV-act. 258-22/61 oben 2. Abs.; IV-act. 258-23/61 oben, 3. und 4. Abs.; IV-act. 258-32/61 unten). Aus einer solchen Weigerungshaltung kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Anzuführen ist, dass bereits im ersten MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2013 relevante Diskrepanzen beobachtet und Inkonsistenzen mit erheblicher Selbstlimitierung festgestellt wurden, welche im ersten Gerichtsentscheid thematisiert wurden (vgl. IV-act. 141-9/12 oben und IV-act. 141-10/12 Mitte).

In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass der Versicherte bei der Begutachtung zur Behandlung der Beschwerden am Bewegungsapparat die regelmässige Einnahme von Arcoxia 60, von Ibuprofen 600 (beide Medikamente gehören zu den nicht steroidalen Antirheumatika) und von Tramadol-Tropfen (ein Schmerzmittel aus der Gruppe der Opioiden) vorbrachte (vgl. IV-act. 258-24/61 unten), hingegen bei der Medikamentenbestimmung "nur die regelmässige Einnahme von Venlafaxin bestätigt" wurde (IV-act. 258-33/61 Mitte; beim Medikament Venlafaxin handelt es sich um ein Antidepressivum).

4.1.5 Im Lichte all dieser Ausführungen ist hinsichtlich der somatischen Beeinträchtigungen entgegen der Argumentation in der Beschwerde nicht auf die gutachtliche Einschätzung von Dr.med. S._____, sondern in Anlehnung an die Beurteilung der Gutachterin Dr.med. T._____ auf die bereits früher gerichtlich festgestellte Arbeitsfähigkeit von 80% für leichte Verweistätigkeiten abzustellen, ohne dass Anlass für eine weitere (orthopädische) Abklärung bestünde. Von einer solchen zusätzlichen Untersuchung wären im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten.

4.2 In der Folge sind die psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten zu untersuchen.

4.2.1 Im MEDAS-Gutachten vom 25. September 2009 wurde u.a. ausgeführt, dass der Versicherte anlässlich der versicherungspsychiatrischen Untersuchung (durch Dr.med. BB._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 16. März 2009 ein erheblich aggravierendes und demonstratives Verhalten im Rahmen einer jahrelang gehegten Schmerz- und Krankheitsüberzeugung zeigte (IV-act. 57-38/117 unten). Eine psychiatrische Störung mit entsprechenden funktionellen Einbussen konnte der begutachtende Psychiater im versicherungspsychiatrischen Teilgutachten nicht erkennen, weshalb keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben wurde (IV-act. 57-66f./117).

4.2.2 Im nächsten interdisziplinären Gutachten vom 7. Januar 2013 konnte Dr.med. BC. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH/ zertif. mediz. Gutachter SIM) erneut keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen, weshalb die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als nicht beeinträchtigt beurteilt wurde (IV-act. 124-48f./58 i.V.m. 124-58/58).

4.2.3 Weniger als ein Jahr nach dem (für den Versicherten negativ ausgefallenen) Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2014 (Versand am 28.4.2014) meldete sich der Versicherte am 4. März 2015 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, wobei er u.a. psychische Probleme geltend machte (IV-act. 149-5/6). Beim nächsten MEDAS-Gutachten vom 7. April 2016 konnte die begutachtende Psychiaterin (Dr.med. AO. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, IV-act. 184-90/107) erneut keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10 F 45.41), eine leichte depressive Episode (DIE-10 F32.0) sowie ein Status nach Panikstörung (anamnestisch) aufgelistet (IV-act. 184-78/107). Zudem verwies die Gutachterin ausdrücklich darauf, dass die Konsistenzprüfung Diskrepanzen bzw. Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergaben, namentlich hinsichtlich der beklagten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, aber auch hinsichtlich der undifferenzierten Symptomschilderungen sowie bezüglich der Divergenzen zwischen geltend gemachter schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem punktuell hohen Alltags-Funktionsniveau (vgl. IV-act. 184-72f./107).

4.2.4 Vom 31. Oktober 2016 bis zum 16. Dezember 2016 hielt sich der Versicherte in der Klinik M. _____ auf. Im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2016 diagnostizierte Dr.med. AQ. _____ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), eine Panikstörung (F41.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), derweil die Arbeitsfähigkeit auf 0% veranschlagt wurde (mit Weiterbeurteilung durch den Nachbehandler). In der Beurteilung verwies Dr.med. AQ. _____ u.a. darauf, dass beim Versicherten eine "Häufung massiver psychosozialer Belastungsfaktoren (Krebserkrankung der beiden Töchter und Mutter sowie Pflegeheimplatzierung des Vaters)" vorliege (IV-act. 205-4f./8).

4.2.5 Die nächste MEDAS-Begutachtung folgte mit Untersuchungen im Zeitraum von August 2017 bis zum 3. Oktober 2017 (IV-act. 229-2/168). Am 24. August 2017 hatte die Fachpsychologin lic.phil. AU. _____ eine neuropsychologische,

rund 4 Stunden dauernde Untersuchung durchgeführt (mit Teilgutachten = IV-act. 229-136ff./168). Im Ergebnis stellte sie die Diagnose von nicht authentischen neuropsychologischen Funktionsstörungen (IV-act. 229-143/168 unten).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. Oktober 2017 stellte der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie med.pract. AY._____ (Vertrauensarzt SVG/ zertifiz. mediz. Gutachter SIM) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) und leichte depressive Episode (F32.0). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zeitungszusteller und für Verweistätigkeiten veranschlagte der psychiatrische Gutachter eine marginale Einschränkung von etwa 20%; Hinweise auf Aggravation oder gar Simulation konnte er nicht erkennen, hingegen habe sich bei der Untersuchung und Exploration eine Verdeutlichungstendenz abgezeichnet (vgl. IV-act. 229-167f./168).

4.2.6 Am 27. April 2018 berichtete die behandelnde Psychiaterin Dr.med. AB._____ dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten, letzterer vermittelte einen mittelgradigen depressiven Eindruck; er beklagte unverändert Freud- und Antriebsmangel, ausgeprägte Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, dazu ein vermindertes Selbstwertgefühl, häufig Gefühle der Wertlosigkeit sowie Schuldgefühle (etc., vgl. IV-act. 245-2/2).

Im Verlaufsbericht vom 31. Oktober 2018 wiederholte die behandelnde Psychiaterin Dr.med. AB._____ ausgeprägte depressive Beschwerden mit Freud-, Antriebsmangel, Lustlosigkeit, Müdigkeit und vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle (etc.). Als massgebende Diagnosen hielt sie fest (IV-act. 284-2/6):

- Panikstörung (F41.0)
- Rezidivierende depressive Störung (F33)
- Somatoforme Schmerzstörung (F45.4).

4.2.7 Nachdem die behandelnde Psychiaterin mit Bericht vom 27. August 2019 eine chronische mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.2) diagnostizierte (zusätzlich zur bereits bekannten Panikstörung) und ausserdem aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfange von 60% bis 70% attestierte (vgl. IV-act. 285), erachtete der RAD-Psychiater Dr.med. Z._____ ein aktuelles psychiatrisches Konsilium als unumgänglich (IV-act. 288-23/23). Der Begutachtungsauftrag wurde Dr.med. AA._____ (Psychiatrie u. Psychotherapie FMH/ Alterspsychiatrie/ Konsiliarpsychiatrie/ Psychosomatik, BD._____) erteilt. Die Durchführung der Begutachtung verzögerte sich aufgrund der Corona-Situation (vgl. IV-act. 289 - 294). Nach den psychiatrischen Untersuchungen vom 11. und 13. Mai 2020, bei welchen eine Dolmetscherin

mitwirkte (IV-act. 298-2/63), erstattete Dr.med. AA._____ sein psychiatrisches Gutachten am 8. Juni 2020, welchem u.a. sinngemäss zu entnehmen ist:

- dass die Exploration äusserst auffällig verlief, indem es kaum möglich war, vom Exploranden konkrete Antworten zu erhalten, weil er bei Versuchen genauer nachzufragen ausweichende Antworten gab oder das Thema wechselte (insbesondere bei der Erfragung des üblichen Tagesablaufs, vgl. IV-act. 298-35/63 unterhalb der Mitte; siehe dazu auch die Würdigung dieser Vorgehensweise in IV-act. 298-48f./63);
- dass er auffällig häufig (auch bei relativ unverbindlichen Fragen) ausweichend mit "es nicht zu wissen" antwortete (IV-act. 298-35/63 unten);
- dass er bezüglich des Aktivitätsniveaus teilweise einander widersprechende Angaben machte (vgl. IV-act. 298-36/63 mit konkreten Beispielen bezüglich Häufigkeit und Dauer der Spaziergänge sowie hinsichtlich des Auftretens von Schmerzen);
- dass zur Validierung der vorgebrachten Beschwerden Testungen (TOMM = Test of Memory Malinger) durchgeführt wurden, welche folgende Ergebnisse zeitigten:
 - o Ergebnis TOMM Trial 1 Explorand: Der Explorand erkennt 23 der 50 Zeichnungen korrekt. Das Ergebnis liegt deutlich noch innerhalb des 95%-Konfidenzintervall für Rateleistung, ist jedoch schlechter als bei einer rein zufallsgesteuerten Antwort. Das Ergebnis legt Simulation nahe (vgl. IV-act. 298-39/63 unten);
 - o Ergebnis TOMM Trial 2 Explorand: Der Explorand erkennt 16 der insgesamt 50 Zeichnungen korrekt. Alle Werte unter 45 Punkten legen Simulation nahe. Das Ergebnis fällt deutlich schlechter aus als in der Gruppe der mittel-schwer bis schwer dementen Patienten. Es lässt sich durch den Gesundheitszustand nicht erklären und ist nur als Ausdruck willentlicher Simulation erklärbar (IV-act. 298-40/63 Mitte);
- dass dem psychiatrischen Gutachter die Einschätzung des Schmerztherapeuten Dr.med. AT._____ (Spital P._____) vom 28. August 2015 auffiel, wonach der Versicherte "immer wieder ein Symptom finden werde, welches die Arbeitsfähigkeit resp. die Rehabilitation einschränke" (vgl. IV-act. 298-42/63 unten i.V.m. IV-act. 173-3/7);
- dass schon früh eine Diskrepanz zwischen den festgestellten Befunden und den beklagten Beeinträchtigungen/ Einschränkungen dokumentiert wurde, wobei diese Diskrepanz in den Berichten "mehr oder weniger explizit als Ausdruck einer psychiatrischen Störung interpretiert" werde. Besonders deutlich komme diese "Tendenz, somatisch Unerklärbares oder überzogen Wirkendes als psychiatrisch, also durch eine Störung bedingt zu erklären, in den zusammenfassenden Beurteilungen des Hausarztes zur Geltung" (vgl. IV-act. 298-42/63 unten i.V.m. IV-act. 244-3/20 und IV-act. 261-2/2);
- dass das vorgenannte Phänomen mit den Kriterien der jeweiligen psychiatrischen Störungen nichts zu tun habe (IV-act. 298-43/63 oben);
- dass nach der Aktenlage die psychiatrischen Behandlungen (abgesehen von einer einzigen stationären Behandlung) aus sporadischen niederfrequenten Terminen und zurückhaltendem Einsatz von Medikamenten bestanden, was deutlich darauf hinweise, dass den krankheitswertigen, psychopathologischen Aspekten (biopsychologische Komponente) im Rahmen des therapeutisch gültigen bio-psycho-sozialen-Modells eine untergeordnete Rolle beigemessen worden sei (IV-act. 298-44/63 oberhalb der Mitte);

- dass sich sowohl in früheren, als auch in der aktuellen Begutachtung Zweifel an der Plausibilität der angegebenen psychopathologischen Symptome ergaben (IV-act. 298-44/63 unterhalb der Mitte);
- dass in den Gutachten und in Schlussfolgerungen aus dem (dokumentierten) Teil der Behandlung sich das "Bild eines durch soziale Schwierigkeiten bedingten psychischen Unwohlbefindens" abzeichne, was indessen nicht ohne Weiteres mit einer psychiatrischen Störung gleichzusetzen sei (IV-act. 298-44/63 unten);
- dass insgesamt fünf psychiatrische Gutachten aktenkundig seien (welche nicht alle über jeden Zweifel erhaben seien), welche indessen "alle übereinstimmend das Vorliegen einer arbeitsfähigkeitsrelevanten psychischen Störung verneinen" würden (IV-act. 298-47/63 Mitte);
- dass zudem im Rahmen neuropsychologischer Validierungsverfahren jedes Mal auf die Unechtheit der gelten gemachten Beeinträchtigungen hingewiesen worden sei (IV-act. 298-47/63 Mitte);
- dass die gesamte Krankengeschichte von Unstimmigkeiten geprägt sei, die sich psychiatrisch so nicht erklären liessen (IV-act. 298-47/63 unterhalb der Mitte);
- dass eine psychiatrische Störung nicht ausgewiesen sei (IV-act. 298-55/63 Mitte);
- dass hinsichtlich der abweichenden Einschätzungen der Therapeuten letztere sich mit der Glaubhaftigkeit der Angaben (des Versicherten) bzw. mit der Validität eigener Diagnosen unzureichend beschäftigt hätten. Mithin fehle diesbezüglich eine realistische, Leitlinien konforme Diagnostik. Hinzu komme, dass viele dieser Berichte zwecks Unterstützung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen erstellt worden seien (IV-act. 298-55/63 unten);
- und dass keine der vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen sich in einem Ausmass nachvollziehen lasse, dass sie im vorliegenden Gutachten übernommen werden könnten (IV-act. 298-56/63 oben).

4.3 An diesem aktuellsten psychiatrischen Gutachten wird in der vorliegenden Beschwerde (S. 13f.) im Wesentlichen kritisiert, dass der Gutachter gezielt versucht habe, dem Versicherten ein von der Vorinstanz vermutetes Aggravationsverhalten nachzuweisen. Der Versicherte sei "beinahe verhörmässig zu seinem Tagesablauf befragt" worden und jede Erinnerungslücke sei als Inkonsistenz in der Diagnosestellung der Vorgutachter interpretiert worden. Mit den durchgeführten TOMM-Testungen habe der Gutachter bestätigt, dass er nur darauf aus gewesen sei, dem Beschwerdeführer Aggravation nachzuweisen. Dass die gerügten Inkonsistenzen in den Aussagen des Versicherten "auch durch dessen unterdurchschnittliche Intelligenz", durch die trotz Übersetzung schwierige sprachliche Verständigung und die fordernde, als ungewöhnlich empfundene Begutachtungssituation begründet sein könnte, werde nicht einmal in Erwägung gezogen. Sodann sei nicht untersucht worden, ob der Versicherte an einer sog. larvierten Depression leide, bei welche sich die typischen depressiven Kernsymptome hinter einer Vielzahl körperlicher Beschwerden verbergen würden. Es sei naheliegend, dass depressive Symptome von Personen aus dem Kulturkreis des Versi-

cherten, welche mit Emotionalität und Gefühlen nicht leicht offen umgehen könnten, regelmässig körperlich erlebt würden. Solche Personen würden die Frage nach der psychischen Befindlichkeit häufig mit der Beschreibung körperlicher Symptome beantworten. Das subjektive Erleben und Schmerzempfinden der Betroffenen stehe bei dieser Depressionsart im Vordergrund (womit die beschriebenen starken Schmerzen - neben den aus orthopädischer Sicht nachvollziehbaren Schmerzen - "ganz einfach erklär- und nachvollziehbar" seien (vgl. Beschwerde, S. 14 oben). Zusammenfassend wird in der Beschwerde (S. 14) argumentiert, dass auf das Gutachten von Dr.med. AA. _____ nicht abgestellt werden könne. Vielmehr sei die psychiatrische Einschätzung im N. _____-Gutachten (in Verbindung mit den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr.med. AB. _____ und _____ der Klinik M. _____) massgebend, wonach der Versicherte in psychiatrischer Sicht "zu mindestens 20%" arbeitsunfähig sei, wobei auch Phasen von deutlich höherer Arbeitsunfähigkeit (insbesondere während des stationären Aufenthalts in der Klinik M. _____) zu berücksichtigen seien (vgl. Beschwerde, S. 14 unten).

4.4 Dieser zuletzt erwähnten Argumentation des Beschwerdeführers ist vorab die höchstrichterliche Rechtsprechung entgegenzuhalten, wonach es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit *unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite* einzuschätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_752/2018 vom 12.4.2019 Erw. 5.3 mit Hinweisen). Bei der Durchsicht des interdisziplinären N. _____-Gutachtens fällt auf, dass sich der begutachtende Psychiater (in seinem Teilgutachten vom 3.10.2017 = IV-act. 229-145ff./168) auch nicht ansatzweise mit der im Rahmen dieser interdisziplinären Begutachtung rund 6 Wochen früher (am 24.8.2017) durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung auseinandergesetzt hat. Die Fachpsychologin lic.phil. AU. _____ fasste die Ergebnisse der rund 4 Stunden dauernden Untersuchungen in ihrer Beurteilung wie folgt fest (IV-act. 229-143/168 oben):

Es wurden durchwegs sehr auffällige Testresultate im untersten Messbereich erzielt, die auf nicht authentische neuropsychologische Funktionsstörungen schliessen lassen. Daher konnten die Testergebnisse inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen insuffizienter Anstrengungsbeteiligung und durchwegs sehr langsamen Arbeitstempo keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde. Diese bildeten das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau sehr wahrscheinlich nicht ab. Tatsächlich bestehende und spezifische kognitive Defizite können unter diesen Umständen differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden.

Nachdem sich im Rahmen dieser MEDAS-Begutachtung der psychiatrische Gutachter mit den von der Fachpsychologin festgestellten, nicht authentischen neuropsychologischen Funktionsstörungen überhaupt nicht auseinandergesetzt, auch nicht im Rahmen der konsensualen Diskussion der Auswirkungen der festgestell-

ten Befunde auf den Arbeits(un)fähigkeitsgrad aus interdisziplinärer Sicht (vgl. dazu die Zusammenstellung in IV-act. 229-86/168), kann entgegen der Argumentation in der Beschwerde (Ziff. 32) nicht auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von med.pract. AY. _____ (wonach aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% resultiere) abgestellt werden. Denn diesbezüglich erfüllt das psychiatrische Teilgutachten vom 3. Oktober 2017 nicht die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung formulierten Anforderungen (siehe oben). Dieser Aspekt untermauert die Vorgehensweise der Vorinstanz, wonach zu Recht eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung (durch Dr.med. AA. _____) veranlasst wurde.

4.5 Die in der Beschwerde (Ziff. 30f.) vorgebrachten Einwände erweisen sich aus den folgenden Gründen als unbehelflich. Dass der Gutachter Dr.med. AA. _____ (der u.a. Leiter einer neurokognitiven und neuropsychologischen Abklärungsstelle ist, vgl. IV-act. 298-50/63 unten) testpsychologische Zusatzuntersuchungen durchführte (TOMM-Testungen), entspricht einem lege artis-Vorgehen, wie dies in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (und der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie sgvp) vom 16. Juni 2016 (3. Aufl.) unter Ziffer 4.3.22 explizit vorgesehen ist. Bereits erwähnt wurde, sind nach der Aktenlage hinreichende Anhaltspunkte zur Überprüfung der Validität der geklagten Symptome vorhanden (vgl. u.a. oben Erw. 2.1.2 und 4.1.4). Sodann übersieht der Beschwerdeführer, dass eine detaillierte Abklärung des Tagesablaufs des Exploranden unerlässlich ist (Ziff. 3.2.8 der Qualitätsleitlinien). Auch bei einer allfälligen (unter)durchschnittlichen Intelligenz ist es dem IV-Leistungen beantragenden Exploranden regelmässig möglich und zumutbar, ausführlich darzulegen, wie er den Alltag verbringt, wie er seinen Tag strukturiert, welche Kontakte er innerhalb der Familie und im Freundeskreis pflegt, inwiefern er Verkehrsmittel benutzt (etc.). Soweit der Explorand diesbezüglich Auskünfte verweigert, erweckt dies den Eindruck, dass er sein Aktivitätsniveau im Alltag verbergen möchte. Daraus, aber auch aus der konkreten Begutachtungssituation (mit Dolmetscher) kann er hier nichts zu seinen Gunsten ableiten. Ferner kann dem Gutachter auch nicht vorgehalten werden, dass er nicht explizit das Vorliegen einer larvierten Depression abgeklärt habe, zumal eine solche Diagnose weder von Seiten der Behandler (seit längerem Dr.med. AB. _____ einerseits/ Hospitalisation im Spätherbst 2016 in der Klinik M. _____ anderseits), noch von den Vorgutachtern thematisiert wurde. Dies gilt erst recht, wenn die neuropsychologischen Zusatzuntersuchungen nicht authentische Funktionsstörungen ergaben (IV-act. 229-143/168).

4.6 Zusammenfassend ist im Einklang mit der Vorinstanz festzuhalten, dass das vorliegende psychiatrische Gutachten von Dr.med. AA._____ die von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen vollumfänglich erfüllt. Namentlich setzt es sich mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte ausreichend und nachvollziehbar auseinander. Überzeugend sind insbesondere auch die Ausführungen des Gutachters Dr.med. AA._____, wonach ein Teil der beigezogenen N._____-Gutachter explizit über zumindest aggravierte Beschwerden berichtete, derweil ein anderer Teil die Diagnosen zum wesentlichen Teil auf die Angaben des Exploranden abstützte, ohne die Erkenntnisse der anderen Gutachter zu berücksichtigen (vgl. zit. Vernehmlassung, S. 3 unten und S. 4 oben, i.V.m. IV-act. 298-24/63 und 298-22f./63, bzw. IV-act. 229-64/168 Ziff. 2.5.5, IV-act. 229-70/168 Ziff. 3.5.1 bis 3.5.3, IV-act. 229-76/168 Ziff. 4.5, IV-act. 229-80/168 oben, IV-act. 229-85/168 Ziff. 5.5.1, IV-act. 229-128/168 4. Abs. in fine und 6. Abs., IV-act. 229-130/168 Ziff. 2.5.4, IV-act. 229-140ff./168). Auch den weiteren Ausführungen in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (S. 4f.) ist uneingeschränkt beizupflichten. Es kann darauf verwiesen werden.

4.7 Am vorliegenden Ergebnis, wonach die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht auf das psychiatrische Gutachten von Dr.med. AA._____ abgestellt hat, vermögen sämtliche weiteren Vorbringen vor Gericht nichts zu ändern. Nicht zu hören ist namentlich auch die Argumentationskette des Beschwerdeführers, dass im Rahmen eines arbeitslosenversicherungsrechtlichen Verfahrens das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE II 2018 81 vom 16. Januar 2019 die Vermittlungsfähigkeit des Beschwerdeführers verneint habe. In jenem Beschwerdeverfahren verhielt es sich so, dass das Amt für Arbeit mit Verfügung vom 5. Januar 2018 gestützt auf Arztzeugnisse des Hausarztes Dr.med. AJ._____ die Vermittlungsfähigkeit verneinte, was das Gericht nach der damaligen Aktenlage bestätigte. Indessen lagen dem Gericht damals das IV-Aktendossier sowie die oben enthaltenen Ausführungen zu festgestellten Inkonsistenzen, Diskrepanzen und nicht authentischen neuropsychologischen Funktionsstörungen nicht vor. Ausschlaggebend ist hier, dass die bei der Entscheidungsfindung im Verfahren II 2018 81 vorhandene (medizinische) Datenlage (mit ausschliesslich Angaben des Hausarztes) auch nicht ansatzweise mit der umfangreichen Aktenlage (mit den zahlreichen Gutachten, siehe oben) im vorliegenden Verfahren vergleichbar ist, weshalb der Beschwerdeführer im IV-Verfahren aus der früher (aufgrund einer anderen, beschränkten Aktenlage) in einem arbeitslosenversicherungsrechtlichen Verfahren getroffenen Entscheidung hier nichts für sich ableiten kann. Im Übrigen wird auf die vorinstanzlichen Ausführungen in der Vernehmlassung (Ziff. 6) verwiesen. Dass sich der Beschwerdeführer damals nicht in der Lage sah, ei-

nem vom RAV durchgeführten Programm zur vorübergehenden Beschäftigung bei der Einrichtung Impuls an zwei Halbtagen pro Woche teilzunehmen, erscheint im Lichte des (beweiskräftigen) Gutachtens vom 8. Juni 2020 (mit einer Simulation psychiatrischer Symptomatik, vgl. IV-act. 298-55/63) in einem anderen Licht.

5.1 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zur Ermittlung des IV-Grades keinen Einkommensvergleich durchgeführt habe. Nach seiner Argumentation wäre das hypothetische Valideneinkommen auf Fr. 75'830.60 (per 2018) zu veranschlagen (vgl. Beschwerde S. 20 und S. 22, Ziff. 47). Demgegenüber sei das massgebende Invalideneinkommen *sinn gemäss* von den aus den LSE-Tabellenlöhnen hergeleiteten Durchschnittsverdienst im tiefsten Kompetenzniveau auf der Basis von Fr. 67'102.-- herzuleiten. Dieses Zwischenergebnis sei nach Massgabe des Arbeitsfähigkeitsgrades und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 20% entsprechend herabzusetzen (vgl. Beschwerde, S. 22).

5.2 Nach der vorinstanzlichen Argumentation erreicht der Versicherte im Einkommensvergleich keinen rentenbegründenden IV-Grad (vgl. Vernehmlassung, Ziff.9). Diesem Ergebnis ist beizupflichten. Als massgebendes Valideneinkommen ist an die Herleitung im ersten Gerichtsentscheid I 2013 71 vom 13. Dezember 2013 anzuknüpfen, wonach das Valideneinkommen des Beschwerdeführers per 2011 Fr. 65'444.-- betrug. Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex für Männer, wonach (ausgehend von der Basis 1993 = 100) der Index-Wert im Jahre 2011 "124.5" betrug und sich bis 2018 auf "129.6" erhöhte (siehe die entsprechende Tabelle des Bundesamtes für Statistik), ist das massgebende Valideneinkommen per 2018 auf Fr. 68'125.-- zu veranschlagen ($65'444 : 124.5 \times 129.6 = 68'124.83$). Nicht plausibel ist schliesslich die Argumentation in der Beschwerde (S.20), dass das Valideneinkommen Fr. 75'830.60 (per 2018) betragen würde.

Ausgehend von den vom Beschwerdeführer angeführten statistischen Durchschnittsverdienst von Fr. 67'102.-- (vgl. Beschwerde, S. 22 unten) und dem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% (vgl. Erw. 4.1.3) ist zur Festlegung des Invalideneinkommens von einem hypothetischen Jahreseinkommen von Fr. 53'681.60 ($67'102 \times 0.80$) auszugehen. Ob diesbezüglich noch ein leidensbedingter Abzug gerechtfertigt wäre, ist fraglich und jedenfalls nicht hinreichend ausgewiesen. Vorab ist festzuhalten, dass die in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit eingeflossenen gesundheitlichen Aspekte nicht zusätzlich bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs berücksichtigt werden dürfen, denn dies würde zu einer doppelten (und damit unzulässigen) Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_233/2018 vom

11.4.2019 Erw. 3.2 mit Hinweisen). Weder führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, grundsätzlich zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2017 v. 20.4.2018 Erw. 5.5), noch kann ein Abzug vom Tabellenlohn erfolgen, wenn aus psychischen Gründen eine verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und/ oder Arbeitskollegen erforderlich wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_233/2018 v. 11.4.2019 Erw. 3.2). Sodann ist beim Heranziehen des statistischen Durchschnittslohns für Hilfsarbeitertätigkeiten praxismässig der Faktor der fehlenden Dienstjahre zu vernachlässigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_18/2020 vom 19.5.2020 Erw. 6.2.3 mit Hinweisen). Selbst wenn - um allen Eventualitäten gerecht zu werden - ein leidensbedingter Abzug von 10% zugestanden würde, würde diesfalls kein rentenbegründender IV-Grad von mindestens 40% resultieren. Denn bei einem Invalideneinkommen von Fr. 48'313.44 ($53'681.60 \times 0.90$) und einem Valideneinkommen von Fr. 68'125.-- betrüge der IV-Grad 29% ($68'125 \text{ minus } 48'313.44 = 19'811.56; 19'811.56 : 68'125 \times 100 = 29.08$). Nicht anders wäre es schliesslich, wenn der vom Beschwerdeführer geforderte leidensbedingte Abzug von 20% gewährt würde (wozu indessen überhaupt kein Anlass besteht). Denn diesfalls würde ein IV-Grad von 36.9% resultieren, welcher ebenfalls zu keiner IV-Rente berechtigt. Damit hat es mit der Ablehnung eines IV-Rentenanspruchs sein Bewenden.

6. Aus all diesen Gründen ist die Beschwerde als unbegründet abzuweisen. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Die Zusprechung einer Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

7.1 Zu prüfen ist das Begehren um unentgeltliche Rechtspflege (inkl. unentgeltliche Rechtsverteidigung). Aufgrund der eingereichten URP-Unterlagen ist die Voraussetzungen der Bedürftigkeit gegeben. Ob das Kriterium der Nichtaussichtslosigkeit der Beschwerde insgesamt erfüllt ist, obwohl dem Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 8. Juni 2020 eine Simulation psychiatrischer Symptomatik anzulasten ist, kann hier offen bleiben, nachdem dem Rechtsvertreter (gestützt auf den Prozessantrag Ziffer 3) mit gerichtlichem Schreiben vom 13. Oktober 2020 (noch vor Eingang der IV-Akten) die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zugesichert wurde. Wie bei einem Weiterzug zu entscheiden wäre, wird gegebenenfalls das Bundesgericht zu prüfen haben.

7.2 Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) abzustellen, welcher in Verfahren vor

dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Nach § 6 Abs. 1 GebTRA kann eine Partei eine spezifizizierte Kostennote über ihre Tätigkeit einreichen; erscheint sie angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen, andernfalls wird die Vergütung nach pflichtgemäsem Ermessen festgesetzt. Von dieser Möglichkeit hat der Rechtsvertreter in seiner Eingabe vom 24. Dezember 2020 Gebrauch gemacht. Die in der Honorarnote aufgeführten Arbeitsstunden (von über 39 h, was nahezu einer ganzen Arbeitswoche entspricht), erweist sich als offenkundig übersetzt und kann so nicht akzeptiert werden, auch wenn das IV-Aktendossier im Verlauf umfangreich geworden ist. Als Vergleichsmassstab ist hier zu berücksichtigen, dass eine Rechtsanwältin (aus der gleichen Kanzlei) in einem bezüglich Aktenumfang und Komplexität des IV-Verfahrens sehr ähnlichen Beschwerdeverfahren einen Arbeitsaufwand von rund 20 Stunden bzw. gesamt-haft ein Honorar von Fr. 3'900.-- geltend machte, was im Verfahren I 2020 72 als angemessen beurteilt und im Ergebnis akzeptiert wurde. Analog rechtfertigt es sich hier, ein Honorar von maximal Fr. 3'900.-- zuzusprechen. Dass der vom Rechtsvertreter eingesetzte Praktikant gemäss Honorarnote mehr Zeit benötigte als wenn der Erstgenannte die Beschwerde selber verfasst hätte, vermag nicht zu einer höheren Entschädigung zu führen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Von einem Inkasso wird vorderhand unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht (siehe Ziff. 5) abgesehen.
3. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und Rechtsanwalt Dr.iur. B._____ wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm wird zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 3'900.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG; SR 173.110).
5. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- sowie das Honorar von Fr. 3'900.-- (Total Fr. 4'400.--) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. Zustellung an:
 - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 25. Januar 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 3. Februar 2021