

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 7

Entscheid vom 24. August 2021

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Stefanie Zlauwinen, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1970, Niederlassungsbewilligung C; verheiratet und Vater dreier Kinder [19__, 19__ und 19__]) arbeitete von 1987 bis Januar 2004 als Hilfsarbeiter bei der C._____ AG (D._____). Gemäss Arbeitgeberin war er seit September 2003 arbeitsunfähig. Am 6. Februar 2004 meldete er sich bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen an. Nach einer W._____ - Begutachtung sprach ihm die IV-Stelle am 24. August 2006 mit Wirkung ab 1. Februar _____ 2004 eine halbe IV-Rente zu (IV-act. 112-2/21).

B. Im Zuge eines Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle ein interdisziplinäres Gutachten (vom 3.8.2013) ein (IV-act. 94). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 1. Oktober 2013, dass die halbe IV-Rente per 1. Dezember 2013 eingestellt werde (IV-act. 102). Dagegen beschwerte sich A._____ erfolglos beim Verwaltungsgericht (siehe VGE I 2013 146 vom 6. März 2014 = IV-act. 112). Eine dagegen erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_305/2014 vom 11. Juni 2014 abgewiesen (IV-act. 114).

C. Am 6. Juni 2018 ging bei der IV-Stelle eine neue IV-Anmeldung ein, welche mit einer psychischen Erkrankung begründet wurde (IV-act. 122-6/8). Die IV-Stelle teilte am 21. August 2018 mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung nötig sei (vgl. IV-act. 125). Der Begutachtungsauftrag wurde der Gutachterstelle E._____ (F._____) zugestellt (IV-act. 127). Das interdisziplinäre Gutachten ging am 21. Februar 2020 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 137). Die RAD-Ärztin G._____ (Allgem. Innere Medizin FMH) beurteilte das Gutachten am 2. März 2020 als beweiskräftig (IV-act. 139). Mit Vorbescheid vom 10. März 2020 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 141). Dagegen liess A._____ am 21. April 2020 sowie am 23. Juni 2020 Einwände erheben (IV-act. 142, 150). Eine Rückfrage der IV-Stelle (IV-act. 153) beantwortete die Gutachterstelle am 5. November 2020 (IV-act. 155).

D. Nach einer Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 26. November 2020 (IV-act. 157) verfügte die IV-Stelle am 8. Januar 2021, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 159).

Dagegen liess A._____ rechtzeitig am 5. Februar 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. Januar 2021 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zusteht.

2. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. Januar 2021 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zustehen (insbesondere berufliche Massnahmen).
3. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 8. Januar 2021 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Mit Vernehmlassung vom 4. März 2021 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers abzuweisen.

H. Mit Replik vom 29. April 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen fest.

Die Duplik der Vorinstanz (mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde) folgte am 21. Mai 2021.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Im konkreten Fall verhält es sich so, dass das Verwaltungsgericht im Entscheid I 2013 146 vom 6. März 2014 materiell geprüft hat, ob dem Beschwerdeführer (weiterhin) ein IV-Rentenanspruch zukommt, was verneint (IV-act. 112) und vom Bundesgericht bestätigt wurde (IV-act. 114). Am 6. Juni 2018 ging bei der IV-Stelle ein weiteres Leistungsbegehren des gleichen Versicherten ein (IV-act. 122). In einer solchen Konstellation hängt die Beantwortung der Fragestellung, ob und inwiefern ungeachtet der erwähnten Gerichtsentscheide Anspruch auf IV-Rentenleistungen besteht, grundsätzlich davon ab, ob eine anspruchsbegründende Veränderung stattgefunden hat (sei es hinsichtlich des Gesundheitszustandes, sei es hinsichtlich der erwerblichen Auswirkung), wobei die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung finden (vgl. VGE I 2020 73 vom 19.02.2021, Erw. 1.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108, v.a. Erw. 5.2).

1.2 Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 Erw. 3.5).

1.3 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung

eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung bzw. Entscheidung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_382/2018 vom 21.1.2019 Erw. 2 mit Verweis auf BGE 133 V 108).

1.4 Hier bildet der Entscheid VGE I 2013 146 vom 6. März 2014 mit der darin enthaltenen Ablehnung eines Rentenanspruchs grundsätzlich Ausgangspunkt für die Fragestellung, ob zwischenzeitlich eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist (oder nicht).

1.5 Im Übrigen wurden bereits im erwähnten Gerichtsentscheid die Bestimmungen und Regelungen, welche für einen Rentenanspruch von Bedeutung sind, im Einzelnen dargelegt. Es kann darauf verwiesen werden, ohne dass diese Ausführungen hier zu wiederholen wären.

1.6.1 Ergänzend ist festzuhalten, dass in der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden sind: 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. Urteil des Bundesgerichts 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 (vgl. BGE 105 V 156 Erw. 1 und diese seither bestätigte Rechtsprechung, u.a. in BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.6.2 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 (siehe 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., zwischenzeitlich 3. Aufl. der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten von 2016, nachfolgend Qualitätsleitlinien bzw. QL abgekürzt).

1.6.3 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. Urteile des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2, 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

1.6.4 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 Hinweisen).

2. Aus den Unterlagen sind u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten zu entnehmen.

2.1 Der ursprüngliche Verlauf wurde im Entscheid des Verwaltungsgerichts I 2013 146 vom 6. März 2014 u.a. folgendermassen zusammengefasst:

Die IV-Stelle stützte sich bei der im August 2006 erfolgten Zusprechung einer halben IV-Rente auf ein Gutachten der W._____ Zentralschweiz vom 11. Juli 2005, welches folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit enthielt:

Chronifiziertes, linksbetontes lumbospondylogenes Syndrom

- Anhaltende radikuläre Reizsystematik links ohne sensomotorische Ausfälle
- Anhaltender myofaszialer Reizzustand lumbo-pelvi-trochantär links,
- Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dekonditionierung
- Medio-linkslaterale Diskushernie L4/5 mit Obliteration des Rezessus links (MRT 04/2005)
- Gestörte Schmerzverarbeitung bei tiefem Bildungsstand und sozialer Problematik

Subsyndromale Depression (ICD-10: F 34.8)

(...)

Die Gutachter Dres.med. H._____ (Innere Medizin FMH), I._____ (Rheumatologie FMH), J._____ (Rheumatologie FMH) und K._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) schätzen den Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken zu 50% arbeitsfähig ein. Bei einer solchen Tätigkeit sei die Einschränkung in diesem Ausmass durch die rheumatologischen Befunde und zu einem deutlich kleineren Teil auch durch psychiatrische Befunde verursacht (ca. 10%); (...)

3.1 Im Rahmen einer am 17. Dezember 2012 eingeleiteten Rentenrevision (...) holte die IV-Stelle einen Verlaufsbericht bei der Hausärztin Dr.med. L._____ ein, welcher am 28. Januar 2013 einging. Darin erwähnte die Hausärztin, dass der Gesundheitszustand stationär sei und sich die Diagnose nicht verändert hätte (lumbospondylogenes Syndrom mit Ausstrahlung in beide Beine, Cervicocephales Syndrom, Schmerzverarbeitungsstörung). Neu sei eine depressive Reaktion (Schmerzverarbeitungsstörung) dazugekommen. Es bestehen zudem starke einschränkende Kopfschmerzen im Nackenbereich. Im Vergleich zur W._____ - Untersuchung 2005 sei es zu keiner Besserung gekommen (IV-act. 82).

3.2 Die RAD-Ärztin M._____ (Allgemeinmedizin) hielt in ihrer handschriftlichen Stellungnahme vom 26. Februar 2013 fest, dass das W._____ -Gutachten 2005 – in ihren Augen – eher permissiv beurteilt worden sei. Medizinisch-theoretisch wäre aufgrund der objektiven Befunde auch eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich. Da eine hohe psychosoziale und damit IV-fremde Überlagerung vorliege, würden Eingliederungsmassnahmen kaum zum Erfolg führen. Daher schlug sie vor, die halbe Rente zu bestätigen (IV-act. 83-3/3).

3.3 In der Folge beauftragte die Vorinstanz das Zentrum für Interdisziplinäre medizinische Begutachtungen AG (V._____), den Beschwerdeführer zu begutachten. Am 1. Juni 2013 wurde der Beschwerdeführer von den Dres.med. N._____ (Facharzt für Innere Medizin FMH) und O._____ (Facharzt für Rheumatologie FMH), am 12. Juni 2013 von Dr.med. P._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) sowie am 14. Juni 2013 von Dr.med. Q._____ (Fachärztin für Neurologie FMH) untersucht. Die Gutachter führten in ihrem _____ Gutachten _____ vom

3. August 2013 u.a. was folgt aus (IV-act. 94-33/41ff.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:
 - geringen degenerativen Veränderungen L4/5 und L5/S1
 - medio-linkslateraler Diskushernie L4/5 ohne objektivierbare sensomotorische Ausfälle
 - Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule
 - muskuläre Dysbalance.

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

2. Metabolisches Syndrom mit/bei
 - Adipositas Grad I nach WHO (BMI von 34.6 kg/m²)
 - Dyslipidämie
 - arterieller Hypertonie
 - diabetischer Stoffwechsellage.
 3. Chronische Spannungskopfschmerzen mit/bei:
 - muskuläre Dysbalance und Fehlhaltung der Nacken-/Schultermuskulatur
 - medikamentös-induzierter Komponente bei Analgetika-Abusus.
 4. Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.24)
- (...)

Stellungnahme zu den spezifischen Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die Funktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit (AF) in zeitlicher und/oder qualitativer Hinsicht:

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde ist der Versicherte aus somatischer Sicht vor allem durch seine chronifizierte lumbovertebrale Schmerzsymptomatik eingeschränkt. Aufgrund der objektivierbaren Befunde kann dem Versicherten zwar weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der früheren, körperlich schweren Tätigkeit attestiert werden. Jedoch ist aufgrund der aktuellen Befunde nicht nachvollziehbar, weshalb eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauerndes Stehen vor allem leicht nach vorne geneigt, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 kg, bzw. Einzellasten über 20 kg dem Versicherten nicht vollschichtig zu-mutbar sein sollte. In einer solchen Tätigkeit ist der Versicherte medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig. Auch aus internistischer bzw. psychiatrischer Sicht besteht für solche Verweistätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

7.5 Festlegung des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsfähigkeit unter kritischer Würdigung der vorliegenden Arztberichte:

Anlässlich der letzten W. _____-Begutachtung 2005 stellte der rheumatologische Teilgutachter Dr. J. _____ ebenfalls die Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms mit anhaltender radikulärer Reizsymptomatik links. In den beschriebenen klinischen Befunden finden sich jedoch keine eindeutigen radikulären Reizzeichen. Bei Prüfung des Lasègue-Manövers wurden lumbale Schmerzen angegeben, die Inklination ist nicht wesentlich eingeschränkt. Der Gutachter beschrieb damals eine ausgedehnte Druck- und Klopfdolenz der gesamten LWS und unteren BWS sowie ausgedehnte myofasziale Befunde paravertebral und im Beckenbereich. Der Versicherte wurde für eine körperlich schwere Tätigkeit als 100 % arbeitsunfähig erachtet. Für eine angepasste, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit wird eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar beurteilt, allerdings ohne dies angesichts der äußerst spärlichen pathologischen Befunde näher zu begründen. Aktuell finden sich in der klinisch- rheumatologischen Untersuchung und den radiologischen Abklärungen keine objektiven, strukturellen Befunde, welche das anhaltende, therapieresistente und zunehmend ausgeweitete Schmerzsyndrom erklären können. Die Diskopathie L4/5 kann als Ursache von intermittierenden, belastungsabhängigen lokalen Beschwerden in Frage kommen, jedoch nicht für das vom Versicherten geschilderte Beschwerdebild. Aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat ist es aus heutiger rheumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauerndes Stehen vor allem leicht nach vorne geneigt, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 kg, bzw. Einzellasten

über 20 kg dem Versicherten nicht vollschichtig zumutbar sein sollte. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. K._____ erwähnte damals unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine subsyndromale Depression und postuliert daraus eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit. Das psychische Zustandsbild hat sich mittlerweile bezüglich der Depression gebessert, so dass diese Diagnose nicht mehr zu stellen ist, so dass auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben ist.

3.4 Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer weitere ärztliche Berichte ein:

3.4.1 Die Hausärztin Dr.med. L._____ hielt im Schreiben an das Universitätsspital Zürich vom 13. September 2013 u.a. fest, dass sie den Patienten – einige Jahre nach der W._____ -Begutachtung 2005, wo die psychische Situation nicht im Vordergrund gewesen sei – als zunehmend psychisch depressiv erlebe. Er ziehe sich zurück, gehe nicht mehr raus und die Familie mache sich Sorgen. Der Patient sei bereit, eine ambulante Therapie zu machen. Das von ihr verordnete Surmontil nehme er nur unregelmässig ein (Bf-act. 3).

3.4.2 Dr.med. R._____ (Oberärztin) des S._____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht zum Erstgespräch vom 16. Oktober 2013 folgende Diagnose fest: V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie ein Verdacht auf eine leichte bis mittel-gradige depressive Episode (Bf-act. 5).

3.4.3 Dr.med. L._____ führte im Schreiben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 22. Oktober 2013 u.a. aus, dass in Bezug auf die IV sie aus dem Verlauf als Hausärztin überhaupt keine Besserung der Schmerzsymptomatik und der anatomischen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule erkennen könne. Sie erlebe den Patienten aufgrund der langen schmerzgeplagten Jahre in einem konstanten Zustand hinsichtlich der Wirbelsäulenproblematik und er sei auf keinen Fall zu mehr als 50% arbeitsfähig in einer leichten Tätigkeit. Inwieweit die neuen psychischen Probleme sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, könne sie nicht schlüssig beantworten. Diesbezüglich verwies sie auf das S._____ (Bf-act. 6).

3.4.4 Die Dres.med. T._____ (Oberarzt, Leiter Schmerzzambulatorium IfA) und U._____ (Assistenzärztin des S._____, Institut für Anästhesiologie) hielten im Bericht vom 27. November 2013 ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom links fest sowie als Fremddiagnosen eine arterielle Hypertonie, Adipositas und einen Verdacht auf eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (Bf-act. 11).

4. In der Folge ist zu prüfen, ob die Vorinstanz aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen zu Recht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit eine höhere leidensangepasste Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab-geleitet hat (...)

5.1 Die nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu überprüfende Invalidenrente wurde nach der Aktenlage infolge eines rheumatologischen Leidens (chronifiziertes, linksbetontes lumbospondylogenes Syndrom) sowie eines psychischen Leidens (sub-syndromale Depression; zu einem deutlich kleineren Teil: ca. 10%, vgl. vorstehend Erw. 2 i.V.m IV-act. 53-13/28 ff.) zugesprochen. Konkret basiert die damalige Zusprechung einer halben IV-Rente auf einer im W._____ -Gutachten vom 11. Juli 2005 veranschlagten 50% Arbeitsunfähigkeit (vgl. oben...).

5.2.1 Dr.med. P._____ befasste sich im V._____ -Gutachten vom 3. August 2013 mit dem psychischen Zustand des Beschwerdeführers. Dabei beobachtete der Gutachter das Verhalten des Beschwerdeführers und hielt u.a. fest, dass er

während des ganzen 50-minütigen Gesprächs keine spontanen Schmerzäußerungen von sich gab, keine Positionsveränderungen vornahm und mehrmals im Gespräch adäquat lachte. Am Ende des Gesprächs habe er sich flüssig aus dem Sessel erhoben und sei wieder mit etwas schwerfälligem Gang aus dem Untersuchungszimmer gegangen (IV-act. 91-29/41). Des Weiteren hielt Dr.med. P._____ u.a. fest (IV-act. 94-29/41 ff.):

Psychischer Befund:

(...) Der formale Denkablauf ist unauffällig, keine inhaltlichen Denkstörungen, insbesondere keine Einengung auf die Schmerzsymptomatik. Keine Hinweise auf Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen. Keine Hinweise für Konzentrationsstörungen, der Versicherte kann auch die Aufmerksamkeit während des ganzen Gesprächs halten. (...) Keine pathologischen Ängste, keine Zwänge. Keine circadianen Besonderheiten. (...)

Versicherungspsychiatrische Beurteilung:

(...) An objektivierbaren Befunden zeigt der Versicherte keine Einschränkungen der emotionalen Schwingungsfähigkeit. Affektiv ist der Versicherte spürbar, er wirkt leicht angespannt, unsicher, es bestehen leichte Insuffizienzgefühle (...). Mimik und Gestik sind nicht eingeschränkt, vom ganzen Habitus macht der Versicherte keinen deprimierten Eindruck. Er berichtet subjektiv nicht über kognitive oder mnestiche Defizite, während des 50-minütigen Gesprächs kommt es auch zu keinen Konzentrationsstörungen, der Versicherte kann die Aufmerksamkeit halten. (...) Klinisch reichen die Symptome nicht aus, um eine depressive Störung von Krankheitswert zu diagnostizieren, auch eine Angsterkrankung liegt nicht vor.

Abschliessend hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass sich das psychische Zustandsbild bezüglich der Depression gebessert habe, so dass diese Diagnose nicht mehr zu stellen sei und dass damit auch die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben seien (IV-act. 94-32/41).

5.2.2 Demgegenüber führte Dr.med. K._____ im W._____ -Gutachten vom 11. Juli 2005 zum psychischen Zustand des Beschwerdeführers u.a. aus, dass der Beschwerdeführer inhaltlich auf seine Schmerzen eingeengt sei und die Stimmung subdepressiv gedrückt sei (IV-act. 53-21/28). Dr.med. P._____ konnte dies im V._____ -Gutachten nicht mehr bestätigen. So hielt er im Gutachten vom 3. August 2013 fest, dass das Denken des Beschwerdeführers inhaltlich nicht auf die Schmerzen eingeengt sei und er mache keinen deprimierten Eindruck (vgl. vorstehende Erw. i.V.m. IV-act. 94-31/41). Auch hielt der Gutachter, Dr.med. P._____, fest, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung mehrmals adäquat lachte (vgl. vorstehend Erw. 5.2.1). Darüber hinaus nahm der Gutachter im V._____ -Gutachten zur psychiatrischen Begutachtung durch Dr.med. K._____ wie folgt Stellung: Die von Dr.med. K._____ im Rahmen der W._____ -Begutachtung vom 11. Juli 2005 gestellte psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer subsyndromalen Depression und die daraus postulierte 10%-ige Arbeitsunfähigkeit habe sich mittlerweile bezüglich der Depression gebessert. Daher treffe diese Diagnose nicht mehr zu und die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien nicht mehr gegeben (IV-act. 94-32/41).

5.2.3 Insgesamt gelangte Dr.med. P._____ im V._____ -Gutachten vom 3. August 2013 zum Ergebnis, dass es dem Versicherten in psychischer Hinsicht besser gehe und auch keine Schmerz(verarbeitungs)störung mehr vorliege.

5.3.1 Ein Vergleich der in den Gutachten festgestellten Diagnosen (vgl. vorstehend Erw. 2 und 3.3) ergibt, dass zwar jeweils von einem chronifizierten, lumbospondylogenen Syndrom die Rede ist, jedoch gewisse Abweichungen bestehen.

Während im W._____ -Gutachten vom 11. Juli 2005 u.a. eine anhaltende radikuläre Reizsymptomatik links ohne sensomotorische Ausfälle, ein anhaltender myofaszialer Reizzustand lumbo-pelvi-trochantär links sowie eine gestörte Schmerz-verarbeitung bei tiefem Bildungsstand und sozialer Problematik diagnostiziert wurden (IV-act. 53-14/28), werden diese Diagnosen mit V._____ - Gutachten vom 3. August 2013 nicht mehr bestätigt (vgl. IV-act. 94-33/41).

5.3.2 Der Rheumatologe Dr.med. O._____ hielt im Teilgutachten des V._____ -Gutachtens vom 3. August 2013 zur rheumatologischen Untersuchung fest, dass der Beschwerdeführer bei der aktuellen Untersuchung zwar über weitgehend identische Beschwerden wie anlässlich der Begutachtung 2005 berichte, jedoch (IV-act. 94-23/41 f.):

(...) Klinisch ist die Beweglichkeit der HWS und BWS absolut frei, lumbal findet sich ebenfalls nur eine geringe Bewegungseinschränkung in allen Richtungen. Die angegebene Druckdolenz beschränkt sich nun auf die lumbalen Segmente L3 bis S1, wesentliche Tendomyosen gluteal finden sich nun nicht mehr. Hingegen finden sich deutliche Zeichen für nicht-organische, funktionelle Schmerzfactoren. Sowohl die positiven Scheinmanöver (Rotation en bloc, axialer Stoss auf den Kopf), wie auch die diffuse, nicht einem Dermatome zuzuordnende Hypästhesie zirkulär des linken Beines lässt sich nicht mit einer organischen strukturellen Veränderung der Wirbelsäule erklären. Anhaltspunkte für ein radikuläres Reizsyndrom finden sich nicht, die endphasig angegebenen Schmerzen im Lasègue-Manöver ab 70° beidseits sind durch muskuläre Verkürzungen

ischio-crural verursacht, es findet sich ein federnder, weicher Stopp.

Auch radikuläre Ausfälle können weiterhin nicht nachgewiesen werden.

Radiologisch findet sich unverändert zu den früheren Abklärungen eine nur geringe monosegmentale Diskopathie L4/5 mit aktuell leichter dorsaler Verschmälerung der Bandscheibe, jedoch ohne begleitende osteophytäre oder osteochondrotische Begleitreaktionen. Auch die Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 sind analog dem MRI von 2005 nur sehr gering ausgeprägt.

Insgesamt finden sich in der klinisch-rheumatologischen Untersuchung und den radiologischen Abklärungen keine objektiven, strukturellen Befunde, welche das anhaltende, therapieresistente und zunehmend ausgeweitete Schmerzsyndrom erklären können. Die Diskopathie L4/5 kann als Ursache von intermittierenden, belastungsabhängigen lokalen Beschwerden in Frage kommen, jedoch nicht für das vom Versicherten geschilderte Beschwerdebild

Aus rheumatologischer Sicht muss deshalb eine ganz wesentliche nicht-organische Komponente im gesamten Schmerzbild postuliert werden. (...)

Therapeutisch wäre prinzipiell ein konsequent und dauerhaft durchgeführtes allgemeines Kräftigungs- und Ausdauertraining sinnvoll, um die muskuläre Dekonditionierung anzugehen und auch das Körpergewicht allenfalls reduzieren zu können. Andere medizinisch wirksame Behandlungen sehe ich auch von somatischer Seite her nicht. Die angegebene analgetische Medikation mit 3 verschiedenen nichtsteroidalen Antirheumatika ist den objektivierbaren Befunden nicht adäquat und sollte reduziert werden.

Zudem wurde im V._____ -Gutachten vom 3. August 2013 in rheumatologischer Hinsicht festgehalten, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde dem Versicherten zwar weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der früheren, körperlich schweren Tätigkeit attestiert würde. Jedoch bestehe aufgrund der aktuellen Befunde keine Begründung, weshalb eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauerndes Stehen vor allem leicht nach vorne geneigt, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 kg,

bzw. Einzellasten über 20 kg dem Versicherten nicht vollschichtig zumutbar sein sollte. Medizinisch-theoretisch sei der Versicherte in einer solchen Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 94-24/41). Auch im neurologischen Teilgutachten attestierte Dr.med. Q._____ beim Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (IV-act. 94-26/41 in fine).

5.4 Dass eine Verbesserung nicht nur vom Gutachter Dr.med. P._____ in psychischer Hinsicht konstatiert wurde (vgl. oben Erw. 5.2.3), wird durch folgende Angaben (des Beschwerdeführers) und Beobachtungen (der Gutachter) dokumentiert. So hat der Beschwerdeführer beispielsweise im Rahmen der V._____ -Begutachtung 2013 gegenüber den Gutachtern ausgeführt, dass er bei gutem Wetter nach dem Essen für eine Stunde, meistens alleine, spazieren gehe (IV-act. 94-13/41 in fine). Demgegenüber hatte er den W._____ -Gutachtern 2005 zu Protokoll gegeben, dass er nur kurz spazieren gehe (max. 200 m; IV-act. 53-21/28). Daraus ergibt sich ein tatsächlicher Unterschied auf der Seinsebene (im Vergleich zum früheren Zustand). Des Weiteren hielten die W._____ -Gutachter 2005 u.a. fest, dass der Gang des Beschwerdeführers plump, vorsichtig und kleinschrittig sei (IV-act. 53-11). Im V._____ -Gutachten 2013 dagegen wurde u.a. ein hinkfreier, flüssiger Gang mit problemlos durchführbarem Fussspitzen- und Fersengang beidseits festgehalten (IV-act.94-17/41). Ins Gewicht fällt sodann, das im W._____ -Gutachten 2005 im Rahmen des Waddell-Tests 4 von 5 Waddell-Zeichen positiv ausfielen (als Ausdruck eines deutlich gesteigerten Krankheitsgebarens, vgl. IV-act. 53-25/28), derweil im Rahmen der V._____ -Begutachtung die Waddell-Zeichen nicht mehr im gleichen Umfang bestätigt wurden (...).

2.2 Vom 24. März 2016 bis 4. Mai 2016 war der Versicherte in der psychiatrischen Klinik X._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 27. Mai 2016 stellten med.pract. Y._____ (Oberarzt) sowie med.pract. Z._____ (Assistenzarzt) folgende Diagnosen (IV-act. 120-7/11):

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode: Ohne somatisches Syndrom (F33.10)
Vd. a. leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung (wegen Analphabetismus nicht objektivierbar, Psychodiagnostik kann nicht durchgeführt werden) (F70.0)

Zum Verlauf führten die Klinikärzte u.a. aus (IV-act. 120-8ff./11):

(...) Wir schliessen uns den Vorbehandlern an und stellen F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als Hauptdiagnose. Im Vordergrund stehen bestehende Schmerzen, die schon mehrere Jahre andauern. Diese Schmerzen haben anamnestisch und objektiv ihren Ausgangspunkt in einer somatischen Störung, siehe hierzu auch den Austrittsbericht vom Schmerzambulatorium des S._____. Psychische Faktoren spielen ebenfalls eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen, sind jedoch nicht die ursächlichen Aspekte für deren Beginn. Der Schmerz verursacht zudem in bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in den wichtigsten Funktionsbereichen des Patienten (sozial, familiär und beruflich). Zudem treten die Schmerzen nicht nur in Situationen von emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf und diese waren nicht die auslösenden Faktoren für die Schmerzen. All diese Argumente

unterstreichen nochmals die obige Diagnose und kontrastieren hiermit zur F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die man aus unserer Sicht als Diagnose ausschliessen kann.

(...). In den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen wurden hauptsächlich Themen angesprochen, die der Bearbeitung des Schmerzerlebens helfen sollten. Hierzu haben wir einen genauen Blick auf die Stress- und Belastungsreaktionen und deren Beeinflussung des Schmerzerlebens geworfen. Ebenfalls konnte bemerkt werden, dass auf der Verhaltensebene, auf der Grundlage schmerzbetonter Angst, zunehmende Passivität, Schon- und Fehlhaltungen und daraus resultierende körperliche Dekonditionierung entwickelt wurden. Aus diesem Grund haben wir uns als eines der Hauptziele die Aktivierung des Patienten gesetzt. (...) Ein wichtiges Thema in den Gesprächen war ausserdem die maladaptive Kognition, die zur gedanklichen Einengung von Herrn ... führt mit konstantem Grübeln und Einengung auf die Schmerzen. Als zu erwartende Konsequenz berichtete der Patient ebenfalls über familiäre und Eheprobleme im Sinne von Libidoverlust, Schuld-, Scham- und Insuffizienzgefühlen gegenüber der Ehefrau und Kindern bei bekannten sozio-ökonomischen Engpässen.

Aus unserer Sicht besteht ebenfalls der Verdacht auf eine leichte Intelligenzminderung, die wegen des Analphabetismus nicht objektivierbar ist. Nach Rücksprache mit der Psychodiagnostik sind wir zum Entschluss gekommen, dass sprachfreie Tests nur eine beschränkte Aussagekraft hätten und administrativ auch einen verhältnismässig grossen Aufwand vorausgesetzt hätte und an sich keinen grösseren Therapienutzen mit sich gebracht hätte. Aus diesem Grund wurde auf eine Testung verzichtet. Wir beziehen uns jedoch auf die anamnestischen Daten und auf das Verhalten auf der Station. (...)

(...). Aufgrund der diagnostischen Kriterien und des Analphabetismus ist für uns klar, dass Hr. ... auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr vermittlungsfähig ist und somit ein invalidisierendes Krankheitsbild vorliegt.

2.3 Dr.med.univ. AA. _____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, AB. _____), welche den Versicherten seit dem 22. Januar 2017 ambulant behandelt, führte in ihrem Bericht vom 20. März 2017 an die Hausärztin Dr.med. L. _____ (Schindellegi) u.a. aus, im Rahmen der erfolgten Untersuchungen habe sich ein hoffnungsloser, ausgeliefert wirkender, spürbar erheblich besorgter, leicht übergewichtiger erschöpfter Mann gezeigt. Er habe über Bedrücktheit, Gefühl von innerer Leere, mangelnde Lebensfreude mit Rückzugsverhalten, Antriebs- und Motivationsverlust sowie Durchschlafstörungen mit Morgentief berichtet. Im Weiteren seien die Konzentration und das Durchhaltevermögen deutlich vermindert. Es bestünden übersteigerte Befürchtungen vor unüberwindbaren Beschwerden und lebenslangem Leiden mit Schmerzsymptomatik, Befürchtungen, im Rollstuhl oder nicht mehr selbständig sein zu können, Schuldgefühle gegenüber der Ehefrau und seinen Töchtern im Hinblick auf die Vater- und Ehemannrolle sowie Stressintoleranz. Infolge des gefühlten Energiemangels und dysphorischer

Zustände neige er häufig zur emotionalen Abgestumpftheit mit Vermeidungsverhalten und passiven Todeswünschen ohne aktive Suizidabsichten (IV-act. 120 - 3/11).

Nach ihrer Einschätzung seien die Kriterien für eine chronifizierte depressive, ängstlich agitierte, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und auch die Kriterien für eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gegeben (IV-act. 120-4/11).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nahm sie abschliessend wie folgt Stellung (IV-act. 120-5/11):

Zusammenfassend zeigt sich anhand der Vorgeschichte und der Befunde aufgrund der depressiven Symptome eine deutlich herabgesetzte Arbeitsfähigkeit, d.h. die aus der psychiatrischen Erkrankung resultierenden Einschränkungen führen zu einem Verlust der Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht besteht eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Diese ergibt sich durch die vom Patienten geschilderten und objektiv nachgewiesenen psychischen Krankheitssymptome. Als leistungsmindernde Faktoren sind zu erwähnen: ausgeprägte Antriebsstörung, verminderte Stresstoleranz, mangelnde Adaptations- und Umstellungsfähigkeit (auch unerwartete Situationen oder Gegebenheiten). Kognitive Beeinträchtigungen mit Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit. Durch die beschriebene Symptomatik resultiert eine rasche Erschöpfbarkeit bei minimaler Belastung und fehlendem Durchhaltevermögen und somit Belastungsintoleranz.

2.4 Gestützt auf die Ausführungen der psychiatrischen Klinik X._____ und der behandelnden Psychiaterin stellte die Hausärztin Dr.med. L._____ in ihrem Bericht vom 16. April 2018 an die IV-Stelle die Diagnose einer chronifizierten mittelschweren depressiven Störung (ICD-10 F32.11; IV-act. 120-1/11). Des Weiteren führte sie u.a. aus, dass der Versicherte seit Jahren eine chronische depressive Störung aufweise, die trotz intensiver, nun seit einem Jahr stattfindender, adäquater medikamentöser und psychiatrischer Therapie nicht habe verbessert werden können. Sein Zustand habe sich "eher verschlechtert". Aus diesem aktuellen Zustand resultiere eine seit mindestens 2016 anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 120-2/11).

2.5 In der Folge empfahl die beigezogene RAD-Psychiaterin Dr.med.univ. Dr.phil. AC._____ eine interdisziplinäre Begutachtung (IV-act. 124-7/7).

Bei der ausgelosten Gutachterstelle (E._____) wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 137-3/136):

Dr.med. AD._____ (Innere Medizin FMH/ Fallführer)

Dr.med. AE._____ (Facharzt für chirurgische Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats/ zertif. Gutachter AF._____)

Dr.med. AG._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie/ Fachärztin für Neurologie/ zertif. med. Gutachterin AF._____)

Dr.med. AH. _____ (Facharzt FMH für Neurologie/ zertif. med. Gutachter AF. _____)

Dipl. Psych. Al. _____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und für Psychotherapie FSP/ zertif. neuropsychol. Gutachterin AF. _____)

Diese Sachverständige stellten im am 17. Juni 2019 fertiggestellten, indessen erst am 21. Februar 2020 bei der IV-Stelle eingegangenen Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 137-9/136):

- Leicht bis mittelgradig schmerzhaft Funktions- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei verschleissbedingter Wirbelsäulenerkrankung mit lumbospondylogem Schmerzsyndrom, lumbaler Facettenarthrose der unteren zwei Bandscheibentagen und radikulär sensiblem Nervenwurzelreizsyndrom bei bildgebend nachgewiesener diskoosteogener Rezessusstenose L4/5
- Chronische Migräne
- DD: Medikamentenübergebrauchskopfschmerz

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit listeten die Gutachter was folgt auf (IV-act. 137-9f./136):

- Leichte depressive Episode ICD 10 F 32.0
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD 10 F 45.41
- Psychische und Verhaltensstörung: Abhängigkeitssyndrom von Nikotin ICD 10 F17.25
- Einklemmungsneuropathie des N. cutaneus femoris lateralis, klinisch stumm
- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ II
- Adipositas Grad II
- Nikotinabusus.
- Pes plano valgus beidseits ohne statische Auswirkung auf die Belastbarkeit der Füße

Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde/ Diagnosen führten die Sachverständigen aus, das lumbovertbrale Beschwerdebild limitiere körperliche fordernde Tätigkeiten; die Traglimite betrage 10 kg, repetitives Bücken und Heben seien nicht geeignet, Treppensteigen nur ausnahmsweise, unebenes Gelände sei ungünstig. Bei einer Migräneattacke könne erfahrungsgemäss eine Einschränkung der Leistung bestätigt werden, Eine solche führe zu Konzentrationsstörungen und vermöge eine zusätzliche Pause zu begründen.

Bei der Prüfung relevanter Persönlichkeitsaspekte erläuterten die Sachverständigen, bei weitgehend fehlender Bildung und Analphabetismus sei für den Versicherten die Arbeit und seine Funktion als Oberhaupt der Familie die tragende Rolle seines Selbstwertgefühls und seiner Funktion als Oberhaupt der Familie. Mit dem Aufkommen der gesundheitlichen Störungen und der damit verbundenen Aufgabe der Berufstätigkeit habe er sich sozial weitgehend isoliert. Eine Integration habe nicht stattgefunden. Der Versicherte sei stark fixiert auf

(s)ein Beschwerdebild, erwarte die finanzielle Versorgung von aussen und zeige kaum Motivation zu eigener Leistungserbringung (IV-act. 137-10/136, Ziff. 4.4).

Ressourcen konnten die Sachverständigen keine benennen. Als Belastungsfaktoren wurde die jahrelange Abwesenheit von einer Tätigkeit bezeichnet.

Die äusserst passive Lebensgestaltung ohne jegliche eigene Beteiligung habe körperliche und vermutlich auch kognitive Fähigkeiten nicht gefordert und diese möglicherweise auch reduziert. Deutsche Sprachkenntnisse seien kaum vorhanden. Der Versicherte lege kaum Wert auf ein gepflegtes Erscheinungsbild.

Die

finanzielle Lage sei angespannt. Der Versicherte sei stark auf ein Beschwerdebild fixiert und zeige kaum Motivation zu eigener Leistungserbringung (IV-act. 137-10/136, Ziff. 4.5).

Zur Konsistenzprüfung hielten die Sachverständigen was folgt fest (IV-act. 137-10f./136, Ziff. 4.6).

Die Tendenz zur Überbewertung und Katastrophisierung der Krankheit war bereits von Anfang an gegeben. Ein Zusammenhang mit dieser Haltung könnte auch als Modell der Vater, welcher ebenfalls wegen Rückenschmerzen eine IV-Rente erhielt und Kollegen, von denen offensichtlich zur gleichen Zeit mehrere wegen Problemen mit dem Rücken aus dem Betrieb ausschieden mussten, gedient haben. Bei durchgängig unbrauchbaren Testbefunden und insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Zahl an Fehlleistungen muss sogar von vorsätzlich inszeniertem Unvermögen und somit Simulation kognitiver Störungen ausgegangen werden. Inkonsistenzen zeigten sich auch in verschiedenen Schilderungen in den Abklärungssituationen. Beispielsweise wurden in neurologischer Abklärung Symptome einer Migräne stimmig beschrieben, in der psychiatrischen Schilderung aber gegenteilig. Teilweise wurde vom Begutachteten ein zurückhaltender Alkoholkonsum angegeben, teilweise stellte sich dieser als übermässig und regelmässig dar. Auch bezüglich Nutzung des iPhones gibt er in einer Situation auf explizite Fragestellung an, dieses nur für Telefonate zu nützen, im Gespräch mit dem orthopädischen Fachgutachter wird "Spielen am Handy" formuliert, was nicht einhergeht mit dem von ihm geschilderten stark eingeschränkten kognitiven Leistungsvermögen. Als weitere Unstimmigkeit findet sich die Fragestellung nach der Fahreignung, diese wurde als Zusatzfrage explizit gestellt. Die Beantwortung gestaltet sich schwierig, die Erklärungen sind nicht übereinstimmend. Eine Version besagt, dass er in der Schweiz keinen Führerschein erworben hatte, weil er die Prüfung nicht bestand, aus einer anderen geht hervor, dass er einen Führerschein besitzt, aber nicht Auto fährt. Eine andere Erklärung lautet, er fahre lediglich in seinem Heimatland, da aber ohne Fahrerlaubnis. Als weitere Inkonsistenz belegt der aktuelle labortechnische Befund, dass das Medikament, Duloxetin (Antidepressiva) nicht in konsequenter Weise eingenommen wird.

Die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit in einer Grossmetzgerei beurteilten die Sachverständigen als offenkundig nicht mehr zumutbar (IV-act. 137-11/136). Die

Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit [vorwiegend sitzend mit möglicher zeitlicher Flexibilität, Traglimiten: 5-10 kg, kein holpriger Grund, ohne repetitives Bücken und Heben sowie nur ausnahmsweise Treppensteigen, vgl. IV-act. 137-54/136 unten bzw. sehr leichte bis leichte körperliche leidensangepasste Tätigkeiten unter wechselbelastenden Bedingungen, vgl. IV-act. 137-118/136 oben; IV-act. 137-10/136 oben] veranschlagten sie auf 90% (seit 1.06.2017). Diese Einschränkung begründeten sie mit allfälligen Migräneattacken (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, notwendige Pausen, IV-act. 137-12/136 oben).

2.6 Nach einer Prüfung des Gutachtens hielt die RAD-Ärztin G._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) in ihrer Stellungnahme vom 2. März 2020 zusammenfassend fest, dass u.a. das Gutachten für die strittigen Belange umfassend sei und dass die Schlussfolgerungen der Sachverständigen differenziert begründet sowie nachvollziehbar seien (IV-act. 139).

2.7 Demgegenüber beharrte die behandelnde Psychiaterin (Dr.med. univ. AA._____) nach Kenntnisnahme des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr.med. AG._____ darauf, dass diagnostisch von einer chronifizierten rezidivierenden mittelgradig ausgeprägten depressiven Erkrankung auszugehen sei. Sie warf der psychiatrischen Gutachterin sinngemäss vor, dass letztere die aktuellen Berichte der behandelnden Fachpersonen nicht berücksichtigt habe. Die Befunde (der behandelnden Fachpersonen) seien über eine längere Zeitspanne und durch unterschiedliche Therapeuten objektivier- und nachvollziehbar (fehlende Lebensfreude, Schlafstörungen, fehlender Antrieb und Energie, deutliche Konzentrationseinbussen mit Einschränkung der Gedächtnisleistungen, verminderte Stressresistenz). Die (zusätzliche) Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beeinflusse aufgrund des Schmerzerlebens die affektive Störung (Depression), d.h. stehe in unmittelbarer Wechselwirkung mit derselben. Die Depression werde demnach negativ durch die Schmerzstörung beeinflusst, deshalb könnten die Diagnosen nicht isoliert betrachtet, sondern müssten in ihrem gemeinsamen Kontext beurteilt werden (IV-act. 150-17/17).

2.8 Eine von der RAD-Ärztin angeregte Rückfrage (IV-act. 152) beantwortete die Gutachterstelle (unter Einbezug von Dr.med. AG._____) am 5. November 2020 u.a. wie folgt (IV-act. 155):

Der Begutachtete machte keine Angaben, die in die Richtung einer rezidivierenden depressiven Störung gewiesen hätten. Ich erinnere mich, dass er im Affekt überhaupt nicht depressiv war. Die Befragung war aber unglaublich zäh und es entstand der Eindruck, dass andere Faktoren einwirkten, wie sekundärer

Krankheitsgewinn, Dekonditionierung, maladaptives Krankheitsverhalten. Auch der Übersetzer hatte grosse Anstrengungen unternommen, um den Begutachteten in der Gesprächsführung bestmöglich zu unterstützen.

(...) Dr. AA. _____ gibt an, unsere diagnostischen Schlüsse aus Anamnese und Untersuchung nicht nachvollziehen zu können. Dazu ist grundlegend zu bemerken, dass die Diagnostik in der Psychiatrie auf Anamnese und Untersuchungen beruht. Die diagnostischen Schlüsse beruhen auf dem ICD 10 System und wurden analog abgeleitet und begründet.

Anhand der in der Stellungnahme aktuell aufgeführten Symptome und/oder des Befundes (Anmerkung: das wird nicht differenziert) könnte die Diagnose auch aktuell ebenfalls nicht gestellt werden, da die Kriterien für eine depressive Episode nicht erfüllt sind.

Ob eine rezidivierende depressive Störung vorliegt oder "nur" eine einzelne depressive Episode hat auf die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weniger Einfluss als die aktuell vorliegende psychiatrische Symptomatik, der psychopathologische Befund und die daraus resultierende Alltagsfunktionalität.

Stellungnahme der Gutachterin zum Bericht der Klinik X. _____ vom 3/2016

Als Diagnosen wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode sowie der Vd. auf eine leichte Intelligenzminderung festgestellt. Wichtig erscheint, dass im Bericht als Hauptdiagnose die Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt wurde und diese auch im Fokus der Behandlung stand. Die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung waren nicht erfüllt. Daraus ist zu schliessen, dass die depressive Symptomatik wahrscheinlich nicht vordergründig einschränkend war. Die Tatsache aber, dass der Begutachtete von März bis Mai hospitalisiert wurde, spricht dafür, dass der psychische Gesundheitszustand in ausgeprägter Form betroffen war. Eine damals bestehende mittelgradige depressive Symptomatik ist gemäss Bericht nachvollziehbar, schliesst das Vorliegen einer lediglich leichten depressiven Symptomatik zum späteren gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt aber nicht aus.

Zur Arbeitsfähigkeit steht im Bericht, dass der Patient aufgrund des Analphabetismus und der erfüllten Kriterien (welche wird nicht erläutert, aber wahrscheinlich sind die Diagnosen gemeint), nicht arbeitsfähig ist. Das ist aus der Sicht der Klinik natürlich eine logische Konsequenz während der stationären Behandlung. Die Arbeitsunfähigkeit wird aber nur für diesen Zeitraum attestiert.

Nicht nachvollziehbar ist für die Gutachterin, weshalb auf eine neuropsychologische Untersuchung verzichtet wurde. (...) Auch für Menschen mit Analphabetismus stehen Testverfahren zur Verfügung (...).

Stellungnahme der Gutachterin zum Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr.med. AA. _____ vom 3/2017

Im Bericht mischen sich Anamnese und Befund. Im Befund wird eine depressive Symptomatik beschrieben, aber der Affekt nicht als deprimiert definiert, sondern als ratlos, gefühllos, etc.

Für das somatische Syndrom werden mindestens 4 Kriterien benötigt, es werden deren 3 aufgeführt, davon eines implizit.

Ein depressives Syndrom ist dem Bericht aber eindeutig zu entnehmen, auch entsprechende Einschränkungen der Alltagsfunktionalität. Die depressive Störung wird aber nicht anhand des Befundes gemäss ICD 10 begründet, der Schweregrad ist anhand der Kriterien nicht eindeutig abzuleiten.

Die rezidivierende Störung wird nicht anhand des Befundes gemäss ICD 10 begründet, es werden weder anamnestisch noch klinisch mehrere Episoden abgegrenzt.

Eine damals bestehende mittelgradige depressive Symptomatik ist gemäss Bericht nachvollziehbar, schliesst das Vorliegen einer lediglich leichten depressiven Symptomatik zum späteren gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt aber nicht aus.

Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird nicht begründet und ist nicht nachvollziehbar. Bei einer mittelgradigen depressiven Symptomatik beträgt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit üblicherweise 50%.

(...)

Arbeitsfähigkeit 2016, 2017 und aktuell

Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik X._____ im Jahr 2016 wurde die Arbeitsunfähigkeit für die Zeit der Klinikbehandlung bestätigt, eine Besserung bei Austritt wurde berichtet. Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht zwingend zu attestieren.

Eine mittelgradige depressive Symptomatik, wie im Jahr 2017 festgestellt, ist mit einer circa 50%igen Arbeitsunfähigkeit vereinbar. Die offenbar ausgeprägte Symptomatik der Jahre 2016 und 2017 ist zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr vorhanden gewesen.

Die Diagnose einer leichten depressiven Episode in unserem Gutachten wurde anhand der ICD 10 Kriterien ausreichend begründet. Eine Arbeitsunfähigkeit ist deshalb aber nicht per se abzuleiten, auch wenn, wenn eine fachärztliche Behandlung durchgeführt wird. Analphabetismus (wie im Bericht aus X._____ 2016 aufgeführt) bedingt keine Arbeitsunfähigkeit. Ausserdem handelt es sich um einen IV-fremden Faktor, welcher zwar im heutigen Privat- und Arbeitsleben zweifelslos ungünstig, aber versicherungsmedizinisch nicht zu berücksichtigen ist.

(...)

2.9 Gestützt auf die getroffenen Abklärungen und namentlich das erwähnte W._____-Gutachten veranschlagte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2021 eine massgebende Arbeitsfähigkeit von 90% für leidensangepasste Tätigkeit (ohne repetitives Bücken/ Heben, ohne Arbeiten auf unebenem Gelände etc., siehe oben).

3. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen sowie der Ausführungen der Parteien zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1.1 Im Vergleich zur letzten gerichtlichen Prüfung eines IV-Rentenanspruchs des Versicherten ist eine anspruchserhebliche Änderung zum einen bereits darin

zu erblicken, dass damals gestützt auf ein beweiskräftiges W._____ - Gutachten eine Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten von 100% veranschlagt wurde (IV-act. 112-10/21 unten i.V.m. 112-17/21 Ziff. 6.3 und IV-act. 114-3f./6), derweil hier für angepasste Beschäftigungen gestützt auf ein weiteres W._____ -Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 90% postuliert wird (wobei weiter unten zu prüfen ist, ob einem solchen Arbeitsfähigkeitsgrad beizupflichten ist oder nicht).

3.1.2 Zum andern ist zu beachten, dass bei der letzten gerichtlichen Prüfung das psychische Zustandsbild des Versicherten sich bezüglich Depression als gebessert präsentierte (ohne eine gesicherte psychiatrische Diagnose hinsichtlich einer relevanten Depressivität, vgl. IV-act. 112-9f./21 und 112-12/21 unten). Dabei wurde ein geäussertes Verdacht auf eine leichte bis mittelgradige Depression (vgl. IV-act. 112-15/21 unten), welcher nach der damaligen Aktenlage nicht erhärtet wurde, als nicht entscheidrelevant beurteilt, was vom Bundesgericht bestätigt wurde (IV-act. 114-4/6 unten).

Demgegenüber wird im neuen W._____ -Gutachten das Vorliegen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F 32.0) anerkannt (wenn auch ohne Auswirkung auf den Arbeitsfähigkeitsgrad, IV-act. 137-9/136). Sodann hat die psychiatrische Teilgutachterin in ihrer Antwort auf die vorinstanzliche Rückfrage die von der (seit 22.01.2017) behandelnden Psychiaterin im Bericht vom 20. März 2017 diagnostizierte mittelgradige depressive Symptomatik als (für den damaligen Zeitpunkt) nachvollziehbar beurteilt (auch wenn im zeitlich nachfolgenden Explorationszeitpunkt [15.03.2019, vgl. IV-act. 137-2/136] nur noch eine leichte depressive Symptomatik evaluierbar war (vgl. IV-act. 155-3/4). Auch auf diese Fragestellung (Ausmass und Tragweite der depressiven Symptomatik) ist nachfolgend zurückzukommen.

3.2 Was die somatischen gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten anbelangt, fällt vorab ins Gewicht, dass bei der erneuten, am 6. Juni 2018 eingegangenen IV-Anmeldung die gesundheitlichen Einschränkungen einzig mit einer psychischen Erkrankung umschrieben wurden (vgl. IV-act. 122-6/8, Ziff. 6.1). Im Einklang damit steht auch der am 20. April 2018 bei der IV-Stelle eingetroffene Verlaufsbericht der Hausärztin Dr.med. L._____, welche als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich eine chronifizierte mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F 32.11) anführte (vgl. IV-act. 120-1/11). Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass der beanwaltete Beschwerdeführer vor Gericht (im Vergleich zur letzten gerichtlichen Prüfung) keine Verschlechterung seines somatischen Gesundheitszustandes substantiiert dargelegt hat (vgl. Beschwerde, Ziff. 28). Soweit sich der Versicherte auf

Migräneattacken beruft (vgl. Beschwerde, Ziff. 40), wurde diesem Aspekt in der interdisziplinären Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der W._____ -Gutachter nachvollziehbar und überzeugend Rechnung getragen (vgl. IV-act. 137-12/136 oben).

3.3 In der Folge ist auf die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten näher einzugehen.

3.3.1 Mit der Vorinstanz ist hier festzuhalten, dass das bei der letzten W._____ -Begutachtung integrierte psychiatrische Teilgutachten lege artis erarbeitet wurde und in sich schlüssig ist. Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung zutreffend ausführte, zeigte sich bei der psychiatrischen Exploration ein weitgehend unauffälliger Befund. Eine erhobene Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei angegebener leichter bis mittelgradiger Stimmungslabilität, die zwar in der Untersuchung nicht beobachtet werden konnte aber als nachvollziehbar geschildert befunden wurde, hat die Sachverständige bei über 2-jähriger Dauer und leichter Ausprägung als leichte depressive Episode kodiert (IV-act. 137-76/136), was sich als nachvollziehbar erweist. Sodann erfolgte die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen grundsätzlich anhand der Standardindikatoren. Als krankheitserhaltende Faktoren wurden eine ausgeprägte Selbstlimitierung ohne Übernahme von Selbstverantwortung, ein maladaptives Krankheitsverhalten, eine starke Dekonditionierung sowie ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn festgehalten (wie in der Vernehmlassung, S. 2 unten, mit Verweis auf IV-act. 137-77/136 überzeugend dargelegt wurde).

3.3.2 Daraus, dass der Versicherte bei der psychiatrischen Untersuchung auf detaillierte Fragen vage, ausweichend oder mit Schweigen antwortete (vgl. IV-act. 137-77/136 oben) und damit die Arbeit der Gutachterin offenkundig erschwerte, kann er vor Gericht grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es fällt in diesem Zusammenhang auf, dass der Versicherte einfache Fragen (welche keine besonderen Anforderungen an die Intelligenz stellen) im Verlaufe der Begutachtung ausgesprochen unterschiedlich beantwortet hat. So wurde er mehrmals dazu befragt, wie er den Tag verbringe und dabei wurde auch der Fernsehkonsum thematisiert. Diesbezüglich erklärte der Versicherte gegenüber der psychiatrischen Gutachterin sinngemäss, dass er "ca. 1-2 Stunden pro Tag" vor dem Fernsehgerät verbringe (IV-act. 137-69/136 Mitte). Demgegenüber erklärte der Versicherte im Rahmen der internistischen Untersuchung: "Tagsüber schaue er meist fern" (IV-act. 137-91/136 oben). Analog erwähnte er gegenüber der Neuropsychologin: "Er liege den ganzen Tag im Bett oder vor dem

Fernseher" (IV-act. 137-126/136 unten) bzw. bei der orthopädischen Untersuchung: "Den Tag verbringe er überwiegend mit Fernsehschauen und spiele an seinem Handy" (vgl. IV-act. 137-107/136 unten).

Diese zuletzt angeführte Aussage des Versicherten (gegenüber dem orthopädischen Gutachter), wonach er sich (u.a.) mit "Spielen auf dem Handy-Gerät" verweile, widerspricht der Sachdarstellung des Versicherten gegenüber der begutachtenden Psychiaterin, welche folgende Angaben des Versicherten notierte (IV-act. 137-69/136):

Er habe ein Telefon, ein iPhone. Das habe ihm die Tochter geschenkt. Damit könne er Anrufe entgegennehmen oder selbst anrufen. Befragt, ob er auch etwas Anderes mit dem Smartphone tun könne, wird es verneint. Die Frage, wieso er ein teures iPhone habe und nicht ein anderes, einfaches Telefon, wenn er damit nur telefoniere, wird nicht beantwortet. (...)

Ähnliche Widersprüche in der Sachdarstellung des Versicherten sind auch den Fragen und Antworten zum Vorhandensein eines Führerausweises bzw. zur Thematik des Lenkens eines Personenwagens zu entnehmen. Gegenüber dem orthopädischen Gutachter sagte der Versicherte: "Er verfüge über einen Führerschein, habe jedoch kein eigenes Auto. Die heutige Anreise habe 50 Minuten gedauert und sei problemlos möglich gewesen " (IV-act. 137-108/136 oben). Bei der internistischen Untersuchung erklärte der Versicherte: "Einen Führerschein (da er nicht lesen könne) habe er nicht, auch kein Auto. Anreise zum Untersuch zusammen mit der Tochter und ihrem Auto. Im Kosovo fahre er gelegentlich illegal ohne Ausweis. In die Ferien ginge er 1-2x pro Jahr in den Kosovo, meist mit dem Flugzeug" (IV-act. 137-91/136 oben; siehe auch die Angaben gegenüber der Neuropsychologin: "Er fahre nur in der Heimat Auto. Er habe in der Schweiz keinen Führerausweis, weil er nicht bestanden habe" = IV-act. 137-126/136).

Solche vom Versicherten zu verantwortende Widersprüche erwecken erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben des Beschwerdeführers. Zudem sprechen sie für die Annahme, wonach der Versicherte grundsätzlich eine durchschnittliche Alltagsfunktionalität aufweist (Umgang mit Handy, erhaltene Fähigkeit zur Lenkung eines Personenwagens, Fernsehkonsum etc.).

3.3.3 Weitere Inkonsistenzen sind zum einen darin zu erblicken, dass der Versicherte erklärte, u.a. regelmässig täglich Cymbalta (60 mg, ein Medikament zur Behandlung von Depressionen) einzunehmen (vgl. IV-act. 137-91/136, siehe auch IV-act. 137-126/136 oben), hingegen der Laborbefund für Duloxetin (bzw. Cymbalta) eine Medikamenteneinnahme im therapeutischen Wirkungsbereich nicht feststellen konnte (vgl. IV-act. 137-75/136 unten i.V.m. IV-act. 137-83/136 unten).

Zum andern sind auch den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung erhebliche Auffälligkeiten und Inkonsistenzen zu entnehmen, wobei zu beachten ist, dass "das Gespräch vollständig ins Albanische übersetzt" wurde (IV-act. 137-129/136 unten), mithin in diesem Zusammenhang Verständigungsprobleme auszuschliessen sind:

Testbefunde

Zahlenverbindungstest: Bei Vorgabe einer einfachen Zahlenverbindungsaufgabe bereits Fehlleistungen (es müssen die Zahlen von 1 bis 8 aufsteigend miteinander verbunden werden).

Beim eigentlichen Test (es müssen die Zahlen von 1 bis 25 aufsteigend miteinander verbunden werden) Abbruch bei Ziffer 13 (Begründung: "keine Ahnung"). Trotz des geringen Ausbildungsgrades lässt sich eine Unkenntnis von Zahlen im Zehneraum nicht begründen (vgl. IV-act. 137-128/136);

Visuell-räumliche Leistungen: Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur: Die visuokonstruktiven Leistungen sind nicht beurteilbar, da von der gesamten Figur lediglich drei Elemente fragmentarisch reproduziert wurden und diese dazu am falschen Ort platziert. Die Vorlage kann in der Kopie nicht wiedererkannt werden. Ein derartiges Ergebnis wäre vereinbar mit einer schweren rechtshemisphärischen Hirnverletzung (IV-act. 137-128/136 oben);

Hinsichtlich der klinischen Befunde notierte die Fachperson unter anderem, dass der Versicherte im Gespräch durchwegs passiv und inhaltlich auf seine Schmerzsymptomatik und Versicherungsfragen ("Rentenbegehren und Ungerechtigkeits erleben gegenüber der IV") eingeengt war. Zur neuropsychologischen Symptomatik blieben "seine Angaben sehr unscharf" (IV-act. 137-129/136 unten).

Bei sämtlichen Tests zeigte sich eine massiv reduzierte Anstrengungsbereitschaft mit ausgeprägten quantitativen Minderleistungen und vor allem Fehlleistungen. Unabhängig vom Schweregrad des Tests zeigten sich häufig mehr Fehlleistungen als richtige Lösungen, was selbst vor einem sehr einfachen Bildungshintergrund nicht zu erklären ist (IV-act. 137-129/136 unten).

Bei Anwendung des Entscheidungsalgorithmus nach Slick, Sherman und Iverson (1999) ergaben sich klare Hinweise auf eine schwer reduzierte Anstrengungsbereitschaft. Bei durchgängig unbrauchbaren Testbefunden und insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Zahl an Fehlleistungen muss sogar von vorsätzlich inszeniertem Unvermögen und somit Simulation kognitiver Störungen ausgegangen werden (IV-act. 137-130/136 Mitte).

In zwei Performanzvalidierungstests waren die Ergebnisse in allen Testabschnitten grob auffällig und widersprachen den zugrundeliegenden theoretischen Modellen und Antwortwahrscheinlichkeiten (IV-act. 137-130/136, unterhalb der Mitte).

Somit entsprechen die aktuellen Befunde mit Sicherheit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit (...; IV-act. 137-130/136 unten).

4.1 Im Lichte dieser Ausführungen ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung den Beweiswert des erwähnten W. _____-Gutachtens uneingeschränkt bejaht und

hinsichtlich des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades auf die Einschätzung der Gutachter abgestellt hat.

4.2 An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Soweit sich der Versicherte sinngemäss darauf beruft, dass die ihn behandelnde Psychiaterin anders beurteilt und diesbezüglich eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bejaht (siehe die Stellungnahmen dieser Fachärztin vom 23. Juni 2020 = IV-act. 150-16f./17 und vom 27. April 2020 = Bf-act. 3), drängen sich folgende Bemerkungen auf. Die behandelnde Psychiaterin hat sich nach der Aktenlage mit den oben angeführten Inkonsistenzen auch nicht ansatzweise auseinandergesetzt, namentlich auch nicht mit einem von ihr veranlassten Medikamentenspiegel überprüft, ob und inwiefern der Versicherte die verschriebenen Medikamente in einem therapeutischen Wirkungsbereich einnimmt (was gemäss dem erwähnten Gutachten nicht der Fall ist). Wenn die behandelnde Psychiaterin in ihrer Stellungnahme vom 27. April 2020 u.a. geltend macht, die Durchhaltefähigkeit des Versicherten sei sehr eingeschränkt (vgl. Bf-act. 3), ist ihr entgegenzuhalten, dass die neuropsychologische Untersuchung bei sämtlichen Tests eine massiv reduzierte Anstrengungsbereitschaft ergab, welche einem vorsätzlich inszenierten Unvermögen zugeordnet wurde. Dieser Aspekt wird von der behandelnden Psychiaterin zu Unrecht ausgeblendet und deckt sich letztlich mit der besonderen Stellung der therapeutisch behandelnden Fachperson, welche in einem Vertrauensverhältnis zum Patienten steht und von dessen Angaben auszugehen (und sie nicht in Frage zu stellen) hat. In diesem Zusammenhang ist auf die zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz in der Duplik (S. 2f., Ziff. 4) hinzuweisen, wonach im Rahmen der Beweiswürdigung der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits hinreichend Rechnung zu tragen ist. Es kann darauf verwiesen werden, ohne dass diese Rechtsprechung hier zu wiederholen wäre.

Im Übrigen fällt auf, dass die behandelnde Psychiaterin in ihrer Stellungnahme vom 23. Juni 2020 (in fine) die aus den Symptomen "resultierenden Funktionseinschränkungen **unter Beachtung der angestammten Tätigkeit**" beurteilt hat (vgl. IV-act. 150-17/17 unten in fine, Hervorhebung in Fettdruck nicht im Original). Als angestammte Tätigkeit gilt die frühere (körperlich anstrengende) Erwerbsarbeit des Versicherten in einer Grossmetzgerei, welche auch nach Ansicht der angeführten W. _____-Gutachter nicht mehr länger zumutbar ist (siehe act. 137-11/136, Ziff. 4.7). Wie hoch aber die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit bei zumutbarer hinreichender Anstrengungsbereitschaft zu veranschlagen wäre, wurde von der behandelnden

Psychiaterin (im Gegensatz zu den Sachverständigen der erwähnten Gutachterstelle) nicht beantwortet. Darin ist ferner kein Grund zu erblicken, um noch eine zusätzliche Begutachtung zu veranlassen. Im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung wäre diesbezüglich nicht mit relevanten neuen Erkenntnissen zu rechnen.

5.1 Was den in der angefochtenen Verfügung enthaltenen Einkommensvergleich anbelangt, bringt der Beschwerdeführer gegen das von der Vorinstanz ermittelte Valideneinkommen von Fr. 60'173.20 (per 2018) nichts vor, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen. Hinsichtlich der Berechnung des Invalideneinkommens berücksichtigte die Vorinstanz auf der Lohnstrukturhebungstabelle TA1 (Kompetenzniveau 1) ein Durchschnittseinkommen von Fr. 67'430.--, welches als Ausgangspunkt vom beanwalteten Beschwerdeführer ebenfalls nicht in Frage gestellt wird.

5.2 Allerdings ist im konkreten Fall - nachdem das unbestrittene Valideneinkommen von Fr. 60'173.20 um Fr. 7'256.80 (bzw. 10.76%) und damit um mehr als 5% unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn (Fr. 67'430.--) liegt - eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen im Sinne von BGE 135 V 297ff. vorzunehmen. Dies hat nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Folge, dass der trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbare, als Ausgangspunkt zu berücksichtigende Jahresverdienst um den 5% übersteigenden Prozentsatz der Unterdurchschnittlichkeit von 10.76%, mithin um 5.76%, auf Fr. 63'546.03 ($67'430 : 100 \times 94.24$) herabzusetzen ist (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_2/2017 vom 16.8.2017 Erw. 2.2.2). Von diesem Zwischenergebnis sind bei einer massgebenden Arbeitsfähigkeit von 90% (siehe oben) Fr. 57'191.42 ($63'546.03 \times 0.90$) anzurechnen. Davon wäre noch gegebenenfalls ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Wie hoch ein solcher Abzug gerechtfertigt wäre, kann hier offen bleiben, denn selbst dann, wenn der Argumentation in der Replik (Rz. 17) gefolgt und ein Abzug von insgesamt 20% gewährt würde (womit ein Invalideneinkommen von Fr. 45'753.13 [$57'191.42 \times 0.80$] resultieren würde), bliebe es dabei, dass kein rentenbegründender IV-Grad von mindestens 40% erreicht würde ($60'173.20 \text{ minus } 45'753.13 = 14'420.07$; $14'420.07 : 60'173.20 \times 100 = 23.96$ bzw. aufgerundet 24%).

5.3 Nach dem Gesagten gelangte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht zum (sinngemässen) Ergebnis, dass der Beschwerdeführer keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40% erreicht.

6. Nachdem der Versicherte anlässlich der W. _____-Begutachtung unmissverständlich erklärte, "er könne wegen der Schmerzen nicht mehr

arbeiten" (vgl. IV-act. 137-126/136 unterhalb der Mitte, siehe auch IV-act. 137-40/136 oben, IV-act. 137-67/136 Mitte, IV-act. 137-90/136 oben), machen berufliche Eingliederungsmassnahmen derzeit keinen Sinn, weshalb das entsprechende Begehren hier abzuweisen ist. Sollte es sich in der Folge so verhalten, dass der Beschwerdeführer seine Haltung (wonach er sich bislang auch für adaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig erachtete) aufgeben sollte und sich ernsthaft um eine angepasste Beschäftigung bemühen würde (mit Nachweis entsprechender Bemühungen), wird es seine Sache sein, gegebenenfalls bei der Vorinstanz um entsprechende Eingliederungsmassnahmen nachzusuchen.

7. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 24. August 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. September 2021