

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2017 113

## Entscheid vom 11. April 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Luca Barmettler,  
Bahnhofstrasse 8, 6403 Küssnacht,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rentenanspruch)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_, geboren am 20. April 1957, serbischer Staatsangehöriger, lebt seit 1991 in der Schweiz. Er ist verheiratet und Vater von vier erwachsenen Kindern. In seiner Heimat hat er eine Ausbildung zum Automechaniker absolviert. In der Schweiz war er als Bauarbeiter tätig. Ab 1999 arbeitete er für die A.\_\_\_\_\_ AG, Y.\_\_\_\_\_. Seit dem 22. August 2011 ist er wegen plötzlich aufgetretenen Rückenschmerzen zu 100% arbeitsunfähig. Am 16. November 2011 meldete er sich wegen den anhaltenden Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Am 15. Mai 2012 teilte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ mit, dass keine Frühinterventionsmassnahmen möglich seien. Es werde ein Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung geprüft (IV-act. 17-1/2).

**B.** Nach verschiedenen Abklärungen teilte die IV-Stelle Schwyz C.\_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 29. April 2013 mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (IV-act. 30). Dagegen liess C.\_\_\_\_\_ am 10. Mai 2013 (IV-act. 32) sowie am 17. Juni 2013 (IV-act. 36-1/15 ff.) Einwände erheben.

**C.** Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis mit C.\_\_\_\_\_ am 3. Juni 2013 per Ende September 2013 (IV-act. 36-12/15).

**D.** Mit Verfügung vom 22. August 2013 lehnte die IV-Stelle Schwyz einen Rentenanspruch ausgehend von einem ermittelten IV-Grad von 15% ab (Vi-act. 42).

**E.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 3. September 2013 beim Verwaltungsgericht Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit dem Antrag, ihm sei ab August 2012 eine Dreiviertelsrente auszurichten, eventuelter sei die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle Schwyz zurückzuweisen (Vi-act. 44).

Das Verwaltungsgericht hat die Beschwerde mit Entscheid I 2013 114 vom 6. März 2014 insofern gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens und zum Neuentscheid nach Vorliegen des entsprechenden Gutachtens.

**F.** Nach Vorliegen diverser neuer medizinischer Berichte und Durchführung einer Observation holte die IV ein interdisziplinäres Gutachten bei der B.\_\_\_\_\_ ein (unter Einbezug der Fachrichtungen Orthopädie [Dr.med. D.\_\_\_\_\_], Psychiatrie [Dr.med. X.\_\_\_\_\_], Neurologie [Dr.med. E.\_\_\_\_\_] und Innere Medizin [Dr.med. F.\_\_\_\_\_]); Zuweisung der Gut-

achterstelle durch SuisseMED@P, Vi-act. 75). Mit Vorbescheid vom 17. November 2016 stellte die IV-Stelle ausgehend von einem IV-Grad von 20% die Abweisung des Rentengesuches in Aussicht (Vi-act. 83). Am 5. Januar 2017 erliess die IV-Stelle die entsprechende Verfügung (Vi-act. 84). Auf Einwand vom 9. Januar 2017 (vi-act. 85) von C.\_\_\_\_\_ hin, hob die IV-Stelle die Verfügung am 17. Januar 2017 wiedererwägungsweise wieder auf (Vi-act. 88).

**G.** Nach weiteren Sachverhaltsabklärungen verfügte die IV-Stelle am 5. Dezember 2017, dass ausgehend von einem IV-Grad von 32% kein Rentenanspruch bestehe (Vi-act. 93).

**H.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 27. Dezember 2017 beim Verwaltungsgericht Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 5. Dezember 2017 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab August 2012 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Eventuell sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab August 2012 eine Dreiviertelsrente auszurichten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

**I.** Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 25. Januar 2018 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträch-

tigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**1.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**1.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

**2.1** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a).

**2.2.** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil 9C\_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C\_260/2017 v. 1.12.2017 Erw. 4.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 Erw. 2.2.4).

**2.3.** Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu Urteil BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1).

**2.4** Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 2.1 und 2.2 vorstehend), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil Bger 8C\_260/2017 v. 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

**3.** Den vorliegenden Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Eine Diskushernie L4/5 mediolateral links mit Wurzelkompression L5 links wurde beim Versicherten erstmals bereits im Mai 2002 diagnostiziert (IV-act. 10-35/36). Der damit verbundene Ischialgieschmerz verbesserte sich jedoch innert weniger Wochen und die angestammte Arbeit konnte wieder aufgenommen werden (IV-act. 10-34/36).

**3.2** Am 27. April 2005 wurde der Versicherte nach einer Patella-Luxation am linken Knie operiert (arthroskopische Gelenkskörper-Entfernung, IV-act. 10-29/36). Der Versicherte war in der Folge mehrere Monate arbeitsunfähig (IV-act. 10-22/36 ff.). In der Folge gelangte jedoch wieder eine vollständige Aufnahme der angestammten Tätigkeit.

**3.3** Ab dem 22. August 2011 wurde dem Versicherten wegen einem lumboradikulären Reizsyndrom von Seiten seines Hausarztes Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH Y.\_\_\_\_\_) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 10-6/36).

**3.4** Anlässlich einer CT-Untersuchung im Spital Z.\_\_\_\_\_ vom 1. September 2011 wurden eine ältere links mediolaterale Diskushernie L4/L5 mit Affektion der Nervenwurzel L5 sowie eine Diskushernie mediolateral rechts L5/S1 mit Affektion der Nervenwurzel S1 diagnostiziert (IV-act. 10-19/36).

**3.5** Mit Beurteilung vom 20. September 2011 hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Konsiliarärztin Orthopädie Spital AA.\_\_\_\_\_) fest (IV-act. 10-17/36):

Anamnestisch wie auch klinisch zeigt sich eindeutig eine radikuläre Symptomatik der L5er Wurzel links. Als ersten Therapieversuch starten wir heute eine Infiltration epidural auf Höhe L4/L5. Danach wird Herr C.\_\_\_\_\_ ein Schmerzprotokoll führen.

**3.6** Im Bericht vom 3. Oktober 2011 hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie Spital AA.\_\_\_\_\_) fest, dass die Schmerzen nach der Infiltration gemäss Patient um etwa 50% abgenommen hätten (IV-act. 10-14/36).

**3.7** Am 14. Oktober 2011 wurde auf Veranlassung von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ im Zentrum für medizinische Radiologie (Röntgeninstitut Zürich-Altstetten) eine MRI-Untersuchung durchgeführt (IV-act. 12-9/12). Nach Vorliegen dieses Befundes hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 18. Oktober 2011 zu Händen des Hausarztes was folgt fest (IV-act. 10-12/36):

Verantwortlich für die Beschwerden des Patienten ist meiner Meinung nach ganz klar die in Höhe L4/L5 sichtbare [linkslaterale] Diskushernie, die die abgehende Wurzel L5 komprimiert. Neurologische Ausfälle, die ein notfallmässiges operatives Vorgehen erzwingen würden (...) habe ich beim Patienten nicht finden können.

Auch überreichte mir der Patient seine IV-Papiere zum Ausfüllen, was natürlich auch für den Verlauf nach der Operation alles andere als vielversprechend ist. Gleichwohl sehe ich auf der anderen Sicht eigentlich keine andere Chance, dem Patienten zu helfen, da die von uns durchgeführte Infiltration jetzt nach MRI-Beurteilung ganz klar am korrekten Ort durchgeführt wurde und nach Aussage des Patienten ja auch eine gewisse Wirkung entfaltet hat.

**3.8** Mit Bericht vom 15. November 2011 hielt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ fest, dass die Physiotherapie wegen Zunahme der Schmerzen vom Patienten abgebrochen worden sei, gleichwohl habe der Versicherte später – mit dem Operationstermin konfrontiert – angegeben, es gehe ihm eher besser. Auffällig sei, dass in der letzten Sprechstunde der IV-Antrag eine zentrale Rolle gespielt habe. Seine Erfahrungen in ähnlich gelagerten Fällen seien eher ernüchternd, was die postoperative berufliche Integration anbelange (IV-act. 10-9/36).

**3.9** Am 23. Dezember 2011 berichtete Dr.med. I. \_\_\_\_\_, nach Angaben des Patienten habe sich die Schmerzsituation markant verbessert, so dass die Meinung vorherrsche, die Operation nicht durchzuführen. Der Patient sei an zwei Gehstützen mobilisiert, wobei im Vergleich zu den letzten Terminen auffalle, dass der Patient doch deutlich besser laufe (IV-act. 10-7/36). Zu Händen der IV-Stelle hielt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ am 3. Januar 2012 fest, der Patient sei aufgrund des lumboradikulären Schmerzsyndroms in seiner Arbeitsfähigkeit als Bauarbeiter stark eingeschränkt bzw. diese Arbeit könne aktuell nur eingeschränkt ausgeführt werden (IV-act. 12-6/12). Bis Ende 2011 wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 12-2/12).

**3.10** Eine weitere Konsultation bei Dr.med. I. \_\_\_\_\_ fand am 25. April 2012 statt. Zum Grund der Konsultation führte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ aus (IV-act. 19-5/6):

Der Patient konnte sich bis anhin nicht zu einer Operation durchringen, hat allerdings jetzt offensichtlich wieder stärkeren Leidensdruck. Allerdings gibt er im Gespräch auch zu, dass wohl offensichtlich von Seiten der IV eine Reservierung kommuniziert wurde und er erklärt sich wohl auch unter dem Eindruck dieser Entwicklung für eine Operation bereit. Der Patient kommt nach wie vor bei eher kleinem Befund an zwei Unterarmgehstützen in die Sprechstunde. Er macht einen deutlich schmerzgeplagten Eindruck.

Des Weiteren führt Dr.med. I. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung aus:

Insgesamt entsteht nun genau die Situation, die ich vermeiden wollte: Der Patient gibt nun verhalten die Zustimmung zu einer Operation. Ob diese nun tatsächlich auf Grund seines erhöhten Leidensdruck zustande kommt oder unter dem Eindruck, dass eine IV-Rente nun doch nicht so einfach zu bekommen ist, sei dahin gestellt. Da ich die Beschwerden des Patienten gleichwohl ernst nehmen muss, bleibt mir natürlich nun nichts anderes übrig, als die Operation

vorzubereiten. Allerdings unterliege ich dabei keinerlei Illusion, dass in dem Gesamtkontext das postoperative Ergebnis schon jetzt voraussehbar ist. Ich habe jetzt nochmals die Wiederholung des MRI angemeldet auch um den Verlauf des Bandscheibenvorfalles über die letzten Monate zu dokumentieren (...).

Nach Durchführung der angeordneten MRI-Untersuchung hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 15. Mai 2012 fest, dass ein unveränderter Befund im Vergleich zum Vor-MRI vom 14. Oktober 2011 vorliege (IV-act. 19-3/6).

**3.11** Am 11. Juni 2012 wurde der Versicherte auf Veranlassung von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ von Dr.med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, untersucht. In der Beurteilung führte sie aus (IV-act. 20-8/9):

Eine strukturelle Radikulopathie L5/S1 konnte elektromyographisch ausgeschlossen werden. Bis auf eine leichtgradige Grosszehenextensionsschwäche, die sich aber im Gangbild nicht bemerkbar macht, sind sonst keine Paresen und keine Atrophien nachweisbar. Es finden sich deutliche Anzeichen einer Schmerzausweitung und Aggravation.

Insgesamt riet Dr.med. J.\_\_\_\_\_ von einer Operation ab.

**3.12** Im weiteren Verlauf wurde der Versicherte im Spital AA.\_\_\_\_\_ von Dr.med. AB.\_\_\_\_\_ untersucht (Oberärztin Orthopädie). Diese zog zur Beurteilung des Verlaufs auch die im Jahr 2002 in der Klinik Balgrist angefertigten MRI-Aufnahmen bei. Mit Schreiben vom 25. Juli 2012 an den Hausarzt hielt Dr.med. AB.\_\_\_\_\_ folgendes fest (IV-act. 20-2/9):

Hier zeigt sich ein stationärer Befund auf Höhe L4/L5 mit bekannter Diskusprotrusion und Kompromittierung der Wurzel L5 linksseitig. Was seit 2002 neu aufgetreten ist, ist die Diskusprotrusion L5/S1 mit fraglichem Kontakt zur Wurzel S1 rechtsseitig. Da der Patient jedoch eine rein linksseitige Problematik hat und der Befund schon 10 Jahre alt ist, scheint ein operatives Vorgehen unsererseits wenig erfolgsversprechend. Auch im Hinblick darauf, dass die elektromyographische Untersuchung einen unauffälligen Befund zeigte.

**3.13** Mit Stellungnahme vom 14. September 2012 hielt die RAD-Ärztin N.\_\_\_\_\_ fest, der Versicherte werde für eine Tätigkeit als Bauarbeiter überwiegend wahrscheinlich (sowohl mit als auch ohne Operation) arbeitsunfähig bleiben. Aufgrund der Befunde könne davon ausgegangen werden, dass eine leichte behinderungsangepasste Arbeit, überwiegend sitzend, in Vollzeit zuzumuten sei. Wie sich dies allerdings in Hinsicht Schmerzüberlagerung entwickle, sei aktuell kaum vorauszusagen (IV-act. 23-4/4).

**3.14** Zwecks Einholung einer Zweitmeinung zur Operationsindikation wurde der Versicherte in der Folge mehrmals in der Uniklinik Balgrist untersucht, wobei zweimal eine Nervenwurzelinfiltration durchgeführt wurde. Nach der ersten In-

filtration konstatierten PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ und Dr.med. L.\_\_\_\_\_ einen unveränderten Befund. In der Beurteilung vom 9. Nov. 2012 führten sie aus (IV-act. 27-33/38):

Grundsätzlich kann eine Dekompression angeboten werden. Bei jedoch chronischen Schmerzen kann wie gesagt das Resultat schlecht vorausgesagt werden. Der Patient wünscht deshalb weiterhin keine Operation. Er könne mit dem Zustand sowie täglichen Schmerzmittel leben.

Mit Bericht vom 21. Dezember 2012 führten PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ und Dr.med. L.\_\_\_\_\_ dann aus (IV-act. 27-31/38):

#### Anamnese

(...). Die lumbalen Schmerzen sind zurzeit kaum noch vorhanden. Es plagen ihn nun Schmerzen in der linken Wade und im gesamten linken Fuss. Zudem seien auch Schmerzen in der rechten Ferse aufgetreten. Der Patient nimmt täglich Schmerzmittel ein. (...).

#### Beurteilung

Die beiden Infiltrationen (S1 und L5 links) haben in keiner Weise eine Besserung gebracht. Wir sehen deshalb die Prognose bezüglich einer Operation als sehr ungewiss. In diesem Fall können wir dies deshalb nicht empfehlen. (...).

**3.15** In seiner Heimat wurde der Versicherte durch den Neuropsychiater Dr. AC.\_\_\_\_\_ untersucht. Dieser diagnostizierte neben einer Lumboischialgie (bei Discopathie L3/4, L4/5, L5/S1) neuropathische Schmerzen und einen Status nach Commotio cerebri. Der Versicherte sei weiterhin arbeitsunfähig (IV-act. 27-29/38 f.).

**3.16** Auf Veranlassung der Krankentaggeldversicherung (Schweizerische Mobiliar) wurde der Beschwerdeführer am 11. Februar 2013 durch den Neurologen Prof.Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Klinik AD.\_\_\_\_\_) untersucht. Dem Gutachten vom 1. März 2013 kann entnommen werden (IV-act. 27-3/38):

#### 4. Diagnose

Lumbales Vertebralesyndrom mit Spinalnervenwurzelkompression von S1 und L5 links (ICD 10: G 55) bei Adipositas permagna

#### 5. Beurteilung

Die hier durchgeführte Untersuchung ergab ein deutliches Vertebralesyndrom mit paravertebralem Hartspann und eingeschränkter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Der weitere klinische Befund mit einem nicht auslösbaren Kennreflex für S1 links sowie einer möglichen leichtgradigen Grosszehenheberparese links (Kennmuskel für L5) spricht für eine kompressive Läsion der genannten Spinalnervenwurzeln. Die vorliegende bildgebende Diagnostik ist hiermit hinreichend korrelierend.

Die soweit erhobenen Befunde und aktenkundigen Daten sprechen für eine auf Dauer nicht mehr gegebene Arbeitsfähigkeit in körperlich schweren Tätigkeiten wie bislang ausgeübt. In Betracht kommen jedoch noch Arbeiten mit leichter körperlicher Belastung, vorzugsweise im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen oder überwiegend sitzend ausgeübt.

Die erhebliche Adipositas ist prognostisch sicherlich ungünstig und die Beschwerden mit unterhaltend. Diesbezüglich ist eine konsequente Gewichtsreduktion anzuraten. Die Mitarbeit von Herrn C. \_\_\_\_\_ ist hierbei gut zumutbar, steht in seinem Gesundheitsinteresse, darf als Mass des Leidensdrucks interpretiert und im Sinne der Schadenminderung erwartet werden.

Die insgesamt geringen Abnutzungsspuren an den von Herrn C. \_\_\_\_\_ eingesetzten Unterarmgehstützen, die Beschwielung der Fusssohlen und die Diskrepanz zwischen reklamierter Schmerzintensität und klinischem Eindruck sprechen für einen bewusstseinsnahen demonstrativen Störungsanteil und relativieren das Mass der Einschränkung. Für eine angepasste Tätigkeit darf somit also durchaus von einer vollen (100%igen) Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

**3.17** Mit Verlaufsbericht vom 30. März 2013 beschrieb Dr.med. G. \_\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand. Die Therapie umfasse Analgetika und Physiotherapie. Im angestammten Beruf könne er nicht mehr arbeiten. Wie weit er mit seinen Fähigkeiten noch einsetzbar sei, solle in einer Berufsberatung beurteilt werden (IV-act. 27-1/38).

**3.18** Mit Schreiben vom 16. April 2013 zu Handen der Krankentaggeldversicherung kritisierte Dr.med. G. \_\_\_\_\_ das Gutachten von Prof.Dr.med. M. \_\_\_\_\_, wobei er ausführte (IV-act. 36-13/15):

Der klinische Befund beginnt schon mit einer verfehlten Bemerkung, dass Herr C. \_\_\_\_\_ den Untersuchungsraum mit Stöcken betritt, deren Gummimuffen keine wesentlichen Abnutzungsspuren aufweisen. Herr C. \_\_\_\_\_ ist schon gestempelt als Simulant. Auf die Idee ist der Untersucher nicht gekommen, dass Herr C. \_\_\_\_\_ die Muffen ausgewechselt haben könnte. Ich habe etliche Male diese auch kontrolliert und bei mir waren diese häufig abgenutzt. Herr C. \_\_\_\_\_ wechselt die Muffen, da er sonst auf dem Metall läuft.

Auch die folgende Bemerkung über inkohärente Aussagen bezüglich Schmerz ist wohl auch verfehlt. Herr C. \_\_\_\_\_ kann genau beschreiben wie seine Schmerzen sind. Er ist sehr einfach gestrickt aber immer klar und direkt.

Mir hat Herr C. \_\_\_\_\_ erzählt, dass er 1,5 Stunden dort gewesen sei. Mit dem Arzt gesprochen und untersucht worden sei er um die 20min. Die restliche Zeit habe er gewartet.

Hier kommt die Aussage des Untersuchers, dass die Angaben häufig vage und ausweichend sind. Weiter unten beschreibt er aber, dass Herr C. \_\_\_\_\_ dem Gespräch konzentriert und aufmerksam folgt und die Fragen klar und präzise beantwortet. Ein Widerspruch im Abstand von wenigen Zeilen.

Die Beurteilung erfolgt dann auch dementsprechend. Auf die Rückenproblematik wird kaum eingegangen und es werden Vorschläge gemacht, die standardisiert in den meisten Berichten folgen. (...).

Dass Herr C. \_\_\_\_\_ psychisch nicht belastet ist, muss ich auch in Frage stellen, da er auf mich sehr deprimiert wirkt, Ängste betreffend Zukunft äussert und eigentlich gerne arbeiten möchte.

Massiv an Gewicht hat er seit der Erkrankung zugenommen. (...).

Herr C. \_\_\_\_\_ hatte vor ein paar Jahren eine Diskushernie gehabt und konnte auch fast ein Jahr nicht arbeiten, aber dann hat es wieder gebessert und er ist der Arbeit nachgekommen. Ich denke dass Herr C. \_\_\_\_\_ in naher Zukunft eine Teilarbeitsfähigkeit in einem nicht rückenbelastenden Umfeld mit der eben genannten Wechselbelastung wahrscheinlich ausüben kann. Hierfür ist aber eine Beurteilung der effektiven Leistungsfähigkeit (EFL) nötig. (...).

**3.19** Die RAD-Ärztin Dr.med. N. \_\_\_\_\_ schloss sich in der Stellungnahme vom 22. April 2013 der Schlussfolgerung von Prof.Dr.med. M. \_\_\_\_\_ an und ging von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten nach Ablauf der Akutphase (spätestens Ende 2011) in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit aus (IV-act. 28-3/3). Nach Kenntnisnahme der oberwähnten Einwände von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ bestätigte sie mit Stellungnahme vom 16. Oktober 2013 ihre Einschätzung und hielt sinngemäss fest, aus der hausärztlichen Beurteilung ergäben sich keine neuen Befunde. Es liege lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vor (IV-act. 41-4/4).

**3.20** Im Rahmen des ersten Verfahrens vor Verwaltungsgericht liess der Beschwerdeführer eine rheumatologische Beurteilung von Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (AF. \_\_\_\_\_) vom 28. Oktober 2013 zu Händen von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ einreichen. Neben dem bereits bekannten chronischen lumboradikulären Syndrom L5 diagnostizierte Dr.med. O. \_\_\_\_\_ eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie chronisch rezidivierende Knieschmerzen links. In der Beurteilung führt Dr.med. O. \_\_\_\_\_ aus (Vi-act. 47):

Zusammenfassend besteht bei dem Patienten ein chronisches, lumboradikuläres Syndrom L5 links mit einem sensiblen und allenfalls leichtem motorischem Defizit. Die Situation ist sicherlich durch die bestehende Schmerzverarbeitungsstörung deutlich erschwert wie die Inkongruenzen in der Untersuchung wie obenerwähnt zu zeigen vermögen. Jedoch zur Klinik korrelierend besteht ein bildgebender Befund, insbesondere der Diskushernie L4/5, wobei die Situation des Segments L5/S1 klinisch vordergründig nicht relevant ist.

Therapie/Procedere: Eigentlich gehe ich mit den beurteilenden Spital AA. \_\_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_\_ von der Balgrist-Klinik einig, dass auf Grund der bestehenden Schmerzverarbeitungsstörung und der durchgehend stark negativen interventionellen Schmerztherapie Verbesserungsmöglichkeiten auf operativem Wege kaum gegeben sein dürften (...).

Von deiner Seite her wird angefragt, inwiefern eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) notwendig ist.

Ich denke nicht, dass diese Untersuchung beim Patienten mit ausgeprägter Schmerzverarbeitungsstörung ausser der irrelevanten Aussage einer Selbstlimitation hilfreich ist und empfehle entsprechend nicht dessen Durchführung.

Trotz dem Gesagten ist daran festzuhalten, dass beim Patienten ein lumboradikuläres Syndrom besteht, welches entsprechend die Leistungsfähigkeit des Patienten beeinträchtigt. Aus rein rheumatologischer Sicht besteht eine Arbeitsfähigkeit von 50% für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Hebe- und Tragbelastungen bis 10kg. Die Limitierung der zeitlichen Dauer ergibt sich aus der Notwendigkeit von intermittierenden Pausen. (...).

Die Würdigung der bestehenden Schmerzverarbeitungsstörung und möglicher psychiatrischer Probleme kann meinerseits als Rheumatologe nicht durchgeführt werden, wofür es eine psychiatrische Beurteilung braucht.

In diesem Sinne denke ich, dass bei der bestehenden hochkomplexen Situation zur definitiven Festlegung der Arbeitsfähigkeit ein interdisziplinäres Gutachten, unter Berücksichtigung rheumatologisch-wirbelsäulenorthopädisch-neurologisch-psychiatrischer Aspekte sinnvoll ist.

**3.21** Ab dem 20. September 2013 bis zum 14. Februar 2014 war der Versicherte auf Zuweisung des Hausarztes bei Dr.med. P.\_\_\_\_\_, AE.\_\_\_\_\_, in psychiatrischer Behandlung. Dieser diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Depressivität und Somatisierungstendenz auf dem Boden anhaltender psychosozialer Belastung (ICD10 F43.22) und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD10 F68.0). Im Bericht vom 12. Mai 2014 führte Dr.med. P.\_\_\_\_\_ aus (Vi-act. 53):

Arbeitsunfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht beträgt aktuell ca. 50%. Diese Arbeitsunfähigkeit wird dem Patienten für die gesamte Behandlungszeitspanne (20.9.2013-14.02.2014) attestiert. Intensität und Ausprägungsgrad der depressiven Anpassungsstörung sind zu wenig schwerwiegend, um beim Patienten eine markantere Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu begründen. Im Gegenteil – bezüglich des depressiven Leidens wäre eine Krankschreibung von mehr als 50% kontraindiziert, da aufgrund des dadurch eintretenden Verlusts an Aktivität und Sozialkontakten die depressive Symptomatik sich eher verstärken würde. (...).

**3.22** Am 4. November 2014 wurde der Versicherte vom RAD-Arzt Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Dieser gelangte zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 58-7/8):

- F62.80 andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom
- F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- F32.1 chronifizierte, leichtgradige depressive Episode

Im Weiteren führt Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht aus:

Auch anlässlich der eigenen Untersuchung zeigte der V. ein sehr auffälliges Verhalten. Wie bei Dr. P.\_\_\_\_\_ setzte er sich immer wieder auf den Boden, wo er die Position häufig wechselte. Gemäss den glaubhaft wirkenden Angaben seiner beim Gespräch anwesenden Verwandten tut er dies allerdings offenbar auch zuhause. Er schlafe immer auf dem Boden (...). Insgesamt entstand der Eindruck, dass sich Herr K. durch die Schmerzen tatsächlich stark eingeschränkt fühlt, und dass er dieses Verhalten nicht nur während der Untersuchung zeigt. (...). Deshalb ist es glaubhaft, dass sich der V. wesensmässig in den letzten drei Jahren stark verändert hat, dass seine Alltagsgestaltung durch seine Schmerzen und durch seine Impulsivität stark geprägt wird, und dass seine Familie (vor allem seine Ehefrau) dadurch stark belastet wird. (...).

Aufgrund der Angaben des V. und vor allem der Beurteilung des Hausarztes ist davon auszugehen, dass der V. trotz erheblicher, organisch bedingter Schmerzen während rund neun Jahren noch die körperlich schwere Tätigkeit als Bauarbeiter in einem vollen Pensum ausübte.

Dies führte schliesslich zu einer bis heute anhaltenden Wesensveränderung, im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsveränderung bei chronischer Schmerzstörung. (...).

Insgesamt fanden sich anlässlich der eigenen Untersuchung keine erheblichen Hinweise auf eine relevante Aggravation oder gar auf eine Simulation. (...).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ aus, die Persönlichkeitsveränderung stehe im Vordergrund. Der Versicherte sei reizbar, impulsiv und bereits im familiären Umfeld kaum tragbar. Schon bei Bagatellen zerstöre er Mobiliar. Diese Verhaltensauffälligkeiten seien krankheitsbedingt nicht durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar und auch nicht behandelbar. Zudem seien sie nicht mit einer anhaltenden Integration im ersten Arbeitsmarkt vereinbar. Es sei davon auszugehen, dass die Entwicklung der Persönlichkeitsveränderung zur Aufgabe der letzten Arbeitstätigkeit geführt habe. Somit bestehe eine volle, psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. August 2011.

**3.23** Am 15. Januar 2015 und am 26. Februar 2015 wurde der Versicherte (soweit ersichtlich auf Zuweisung von Dr.med. O.\_\_\_\_\_) durch den Psychiater Dr.med. R.\_\_\_\_\_, AF.\_\_\_\_\_, untersucht. Im Verlaufsbericht führt er unter dem Titel "Diagnosen" aus (Vi-act. 67-6/7):

Aktualachse: Dysthymie F34.1, somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung F54 b M54 etc.

Persönlichkeitsachse: keine Diagnose; Dynamik der totalen Regression und des Rollenverlusts durch Schmerz-Angst-Vermeidungsverhalten

Körperachse: fast totale Konditionsverlust; mancher 90jähriger ist besser beisammen als er

Psychosoziale Belastungssituation: Migration, nur reduzierte Sprachlichkeit im Gastland; durch Verlust der Arbeit und der meisten sozialen Tätigkeiten Isolation; abgemindert durch claneske Strukturen der Kosovaren.

Funktionsniveau 10%

Zur Arbeitsfähigkeit führt er aus (Vi-act. 67-6/7):

In ursprünglicher Tätigkeit gemäss Dr. O. \_\_\_\_\_ nicht mehr gegeben. In angepasster Tätigkeit 80% möglich. Gleichzeitig wegen aktueller Dekonditionierung völlig illusorisch. Rehabilitationsziele aktuell auf die Rückgewinnung sozialer Basisfunktionen ausrichten. (...).

**3.24** Mit Bericht vom 12. Oktober 2015 zu Handen der Vorinstanz stellt Dr.med. O. \_\_\_\_\_ die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (mit u.a. schwerer Schmerzverarbeitungsstörung mit schmerzbedingter Selbstlimitierung), chronisch rezidivierender Knieschmerzen links, einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung sowie einer Dysthymie (Vi-act. 68). Es bestünden zwar relevante, strukturelle Veränderungen tieflumbal sowie im Bereich des linken Knies, welche die physische Leistungsfähigkeit beeinträchtigten, dennoch wären rehabilitative Massnahmen möglich. Die Dekonditionierung und Selbstlimitierung sei jedoch so hochgradig, dass ein Einschluss in ein klassisches, ambulantes interdisziplinäres Schmerzprogramm nicht möglich sei. Aufgrund der offenen Rechtsstreitigkeit mit der Versicherung erachtet Dr.med. O. \_\_\_\_\_ auch eine stationäre Rehabilitation als nicht sinnvoll, da eine solche eine hohe Motivation des Patienten voraussetze.

**3.25** Im Zeitraum vom 16. Juni 2015 bis zum 15. Oktober 2015 wurde der Versicherte im Auftrag der Vorinstanz an insgesamt acht Tagen während unterschiedlich langen Zeiten observiert. Dabei konnte er an fünf Tagen beobachtet werden. Im Bericht vom 29. Oktober 2015 wird zusammenfassend festgehalten:

C. dürfte in den Sommermonaten zeitweise nicht zu Hause und ferienabwesend gewesen sein. An den Tagen, wo er an seiner Wohnadresse angetroffen werden konnte, begab er sich nicht allzu oft aus dem Haus. (...). Das Lenken des Personenwagens (mit Automatik-Getriebe) schien ihm keine Mühe zu bereiten. (...). Am 16.06. chauffierte er einen Kollegen nach Bilten und fuhr später wieder zurück (...). Ansonsten war NK eher kürzere Strecken unterwegs (...).

Beim Gehen in der Öffentlichkeit hatte C. jeweils zwei Unterarmstöcke bei sich. Die Gehhilfen setzte er unterschiedlich stark ein. Teilweise setzte er sie kaum ein, auch ging er teils mehrere Schritte, ohne die Krücken zu benützen. Sein Gang war stets etwas unrund, aber trotzdem wiederholt recht zügig. C. nahm vielfach grosse Schritte und war nicht etwa behutsam und langsam unterwegs. Die Richtungswechsel, im Aldi gut zu sehen, führte er schwungvoll und ohne erkennbare Zurückhaltung aus. (...). Wenn er jeweils auf den Balkon trat, was

mehrmals und an unterschiedlichen Tagen beobachtet werden konnte, hatte er nie Krücken dabei und er musste sich auch nicht besonders an Wänden oder Geländern etc. festhalten.

Das nach vorne Beugen mit dem Oberkörper (...) erfolgte trotz seinem deutlichen Übergewicht flüssig, dynamisch und ohne erkennbare Zurückhaltung oder Vorsicht. (...).

Anzeichen von Gereiztheit konnten bei C. nicht festgestellt werden. Sein Verhalten gegenüber seiner Frau war unauffällig. C. scheint wenige soziale Kontakte zu pflegen. Beim Besuch der Autogarage von 16.06., wo er mit einem Kollegen unterwegs war, hinterliess er aber einen aufgestellten und kommunikativen Eindruck.

Aus dem Observationsbericht ergibt sich im Weiteren, dass der Versicherte auch beim Heben schwerer Dinge beobachtet werden konnte (Heben von Wassermelonen, Heben von Sechserpack-Mineralwasser vom Kofferraum in den Einkaufswagen).

**3.26** Mit Stellungnahme vom 21. Dezember 2015 hielt der RAD-Arzt Dr.med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest (Vi-act. 70-8/8):

Die vorgängig bei der psychiatrischen Untersuchung im RAD gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kann im Licht der videodokumentierten Daten keineswegs mehr einfach aufrechterhalten werden. Ein andauernder schwerer und quälender Schmerz würde sich in einem völlig anderen motorisch-szenisch-gestischen Ausdruckverhalten manifestieren. (...). Ob wirklich eine invalidisierende andauernde Persönlichkeitsveränderung vorliegt, kann anhand des Berichts von Herrn Dr. Q.\_\_\_\_\_, nicht nachvollzogen werden. Es handelt sich hier um eine ICD10 F XX.80 Diagnose, für im ICD 10 keine klinischen Kriterien ausgewiesen sind. Wir bewegen uns mit solchen klinischen .8-Klassifikationen im diagnostischen Niemandsland (...). Zudem: Wir wissen doch sehr wenig über die Längsschnittentwicklung der Persönlichkeit des Versicherten. Genaue Kenntnis der Persönlichkeitsentwicklung ist zur Diagnosestellung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung zwingend.

Abschliessend hielt Dr.med. S.\_\_\_\_\_ fest, dass angesichts diverser Unklarheiten eine interdisziplinäre (Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) Begutachtung angezeigt sei.

**3.27** Im Rahmen der Begutachtung durch die B.\_\_\_\_\_ wurde der Versicherte im Februar und März 2016 durch Dr.med. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr.med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, Dr.med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Dr.med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, untersucht. In der interdisziplinären Beurteilung halten die Gutachter fest (Vi-act. 79-19/66 ff.):

Aus orthopädischer Sicht:

(...).

Orthopädisch zusammenfassend stehen anamnestisch die Probleme im Bereiche des Kreuzes mit Ausstrahlungen in das linke Bein sowie die Knieschmerzen bds. rechts betont im Vordergrund.

Aufgrund der durchgeführten radiologischen Abklärungen können die angegebenen Beschwerden des Versicherten überwiegend nachvollzogen werden. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum der Versicherte an 2 Unterarmkrücken geht und warum er auch nach langer Leidenszeit nicht weiss, wie man sich rückengerecht verhält.

Auf Grund der obengenannten Probleme besteht folgendes Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 kg bds. ist nicht mehr zumutbar, wie auch Arbeiten mit monotoner Rumpfhaltung sowie rein sitzende, rein gehende und rein stehende Arbeiten. Arbeiten mit Gehen auf unebenem Boden, ständigem Treppensteigen oder das Besteigen von Leitern oder Gerüsten ist nicht zumutbar.

Aus orthopädischer Sicht besteht in der schweren Arbeit als Bauarbeiter keine verwertbare AF mehr seit November 2011. In einer dem Zumutbarkeitsprofil angepassten Arbeit besteht hingegen eine AF von 80%. Die 20% Einschränkung kommt durch einen erhöhten Pausenbedarf zu Stande.

#### Aus psychiatrischer Sicht:

(...).Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung konnten anamnestisch keine bedeutsamen Konflikte in Erfahrung gebracht werden, allenfalls bestehen beim Versicherten psychosoziale, wirtschaftliche Sorgen. Unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen psychiatrischen Untersuchung ergaben sich bei dem Versicherten auch in der Kindheit und Adoleszenz keine Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeit, keine kognitiven Störungen, keine Anzeichen von Psychose, keine depressiven Störungen. Es besteht lediglich eine leichte narzisstische Akzentuierung der primären Persönlichkeitsstruktur. Eine somatoforme Störung scheidet gemäss ICD-Kriterien aus.

Bei einer Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein tief verwurzelt, anhaltendes Verhaltensmuster, das sich in starken Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigt. Dabei findet man bei den Betroffenen gegenüber der Mehrheit der jeweiligen Bevölkerung deutlich Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen Menschen. Solche Verhaltensmuster sind meist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten psychischer Funktionen. Normale Empfindungen oder Erscheinungen werden oft als abnorm und belastend interpretiert. Für eine relevante Persönlichkeitsstörung gemäss ICD, abgesehen von einer leichten Persönlichkeitsakzentuierung, ergeben sich aus der Vorgeschichte keine Anhaltspunkte.

(...).

Für den vom Versicherten beschriebenen, wenn auch einem chronischen Schmerzzustand, fehlen die Kriterien des emotional extrem belastenden und zerstörerischen, auch die entsprechenden psychischen und sozialen Voraussetzungen sind bei dem Versicherten nicht aufgetreten und können somit auch anamnestisch nicht eruiert werden.

Der Versicherte ist sozial voll integriert, er kann gut kommunizieren, er ist durchaus zur Aufnahme und Beibehaltung enger vertrauensvoller persönlicher Beziehungen im Stande, ohne sich in eine soziale Isolation zu begeben. Die verminderten

Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen sind bei dem Versicherten vor allem auf die wirtschaftlichen, finanziellen Probleme zurückzuführen. Er selbst würde jedoch gerne soziale Kontakte noch intensiver pflegen und mit seinem sozialen Umfeld auch seine Freizeitbeschäftigung stärker gestalten, wenn ihm die finanziellen Mittel hierzu nicht fehlten.

Eine dysphorische oder labile Stimmung konnte bei dem Versicherten im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung nicht beobachtet werden, diese war auch auf der videobasierten Dokumentation nicht erkennbar. Eine deutliche Störung der sozialen Funktionsfähigkeit lässt sich beim Versicherten nicht belegen, wenn auch die berufliche Funktionsfähigkeit mangels Beschäftigung gegenwärtig nicht adäquat beurteilt werden kann.

(...)

Bei dem Versicherten ergeben sich in diagnostischer Hinsicht Hinweis auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und histrionischen Verhaltensweisen. Beim Versicherten überwiegend gegenwärtig jedoch die im Vordergrund stehenden psychosozialen Faktoren, auf deren Codierung jedoch verzichtet wurde.

Unter Abwägung der oben beschriebenen diagnostischen Kriterien ergibt sich auch die Diagnosestellung Entwicklung körperliche Symptome aus psychischen Gründen F68.-.

Die Störung wäre jedoch korrigierbar und hat gegenwärtig keine Auswirkungen auf die quantitative Arbeitsfähigkeit des Versicherten.(...).

Bezogen auf das Fähigkeitsprofil lassen sich gegenwärtig keine relevanten Beeinträchtigungen der Wissensanwendung und der Problemlösung nachweisen, auch besteht keine mangelnde Entscheidungs- und Entschlusskraft, keine mangelnde Aufmerksamkeit. Der Versicherte hatte bisher bei der langjährigen Durchsetzung seiner Ansprüche bewiesen, dass er in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu vertreten, auch die Ausdauer erscheint ausreichend. Der Versicherte scheint jedoch über eine geringere Flexibilität und Umstellungsfähigkeit zu verfügen. Es bestehen jedoch relevante Probleme in Stresssituationen. Deswegen sollte der Versicherte möglichst nicht unter Akkordbedingungen, Schichtbetrieb, sonstigen Arbeiten mit Zeitdruck sowie sozial ungünstigen Verhältnissen arbeiten müssen.

Aus psychiatrischer Sicht besteht entsprechend eine 100%-ige AF in der angestammten und in adaptierten Verweistätigkeiten.

#### Aus neurologischer Sicht:

Bei dem aktuell erhobenen klinisch-neurologischen Befund sind die ASR beidseits ausgefallen, bei allgemeinem relativ schwachem Reflexniveau. Es wird eine Sensibilitätsstörung angegeben, die auch bei mehrfacher Nachfrage nicht sicher objektivierbar ist.

(...).

Das Lasègue-Zeichen ist bereits bei 30° bei massivem Gegenspannen links positiv, rechts bei 60° positiv.

(...).

Vier von fünf Waddell-Zeichen sind positiv. Hinsichtlich der demonstrierten Sensibilitätsstörung und der Bewegungseinschränkungen bestehen erhebliche Inkonsistenzen.

Der Versicherte kann auch (zumindest zeitweise) auf einem Stuhl sitzen. Selbst der Langsitz ist problemlos möglich, was auch gegen eine wesentliche radikuläre Reizsymptomatik spricht (...).

In Bezug auf die Medikamentenspiegel fällt auf, dass sich Tapentadol nicht nachweisen lässt. Dies spricht gegen eine angegebene (regelmässige) Einnahme (...).

(...). Es scheinen erhebliche psychosoziale Probleme vorzuliegen, erhebliche finanzielle Probleme, die bis zu einem gewissen Grad auch die Verdeutlichung unterstützen können.

Übereinstimmend mit allen erhobenen Befunden, sollte dies der Durchführung einer leichten körperlichen Tätigkeit nicht hinderlich sein. Es kommen Schmerzausweitung und Aggravation hinzu, die die Beurteilung erschweren.

Es erscheint jedoch anhand der Befunde der bildgebenden Diagnostik und des aktuell neurologischen Befundes nachvollziehbar, dass die letzte schwere körperliche Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr leistungsgerecht ist, eine leichte körperliche Tätigkeit unter Berücksichtigung qualitativer Einschränkung jedoch vollschichtig als abverlangbar anzusehen ist.

#### Aus internistischer Sicht

Internmedizinisch lassen sich keine Diagnosen bzw. Beschwerde ableiten. Funktionsausfälle bestehen nicht. In den Dossiers findet sich ein Arztbrief vom 20.02.2013, Spital Z. \_\_\_\_\_ Innere Medizin, an den Hausarzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ sind Zeichen einer hypertensiven Herzerkrankung mit schwerer Septumhypertrophie und diastolischer Relaxationsstörung, winzige Carotidplaques und Schwindelsymptomatik, Schwäche und Präkollaps, möglicherweise im Rahmen einer orthostatischen Hypotonie unter Therapie mit Alpha-Rezeptorenblocker. Bis dato ist jedoch keine weitere Diagnostik erfolgt bzw. findet sich nichts in den Akten. (...).

Aus internistischer Sicht liegen bei dem Versicherten keine Befunde bzw. Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit vor. Er ist deshalb medizinisch-theoretisch in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauarbeiter vollschichtig arbeitsfähig ohne Leistungseinschränkung. Dies gilt ebenso für eine Verweistätigkeit.

Die Gutachter gelangen zusammenfassend zu folgenden Diagnosen:

Diagnosen mit Relevanz für die AF in angestammter Tätigkeit (Bauarbeiter)

- Chronisches lumbospondylogenes und möglicherweise belastungsabhängiges lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links bei NPP L4/5 links und möglicher radikulärer Symptomatik S1 links bei/mit: Spondylarthrose und nach caudal umgeschlagene Diskushernie L4/5 links medio-lateral, dadurch bedingt links betonte laterale Spinalkanalstenose und Affektion der Wurzeln L5 links mehr als rechts und medialer Diskushernie L5/S mit diskogener bi-rezessaler (lateraler) Spinalkanalstenose mit Affektion der Wurzeln S1

- Gonarthrose bds. bei St.n. Patellaluxation links und Arthroskopie vom September 2005

Diagnosen ohne Relevanz für die AF

- OSG Arthrose rechts
- Fersensporn bds.
- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F68.0
- Persönlichkeitsakzentuierung Z 73.1
- Stammbetonte Adipositas Grad II, BMI 36,6 kg/m<sup>2</sup>
- Arterielle Hypertonie (medikamentös therapiert)
- Prostata-Hyperplasie Stadium I (anamnestisch)
- V.a. Steatosis hepatis

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, dass diese in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr gegeben sei. In einer angepassten Tätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (kein Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 kg, keine Arbeiten mit monotoner Rumpfhaltung und keine rein gehenden und stehenden Arbeiten, keine Arbeiten mit ständigem Gehen auf unebenem Boden, ständigem Treppensteigen oder Besteigens von Leitern und Gerüsten; aus psychiatrischer Sicht sollte der Versicherte nicht unter Akkordbedingungen, im Schichtbetrieb oder mit hohem Zeitdruck arbeiten) bestehe eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit. Die Leistungseinschränkung beruhe auf einem vermehrten Pausenbedarf (Vi-act. 79-34/66).

**3.28** Die RAD-Ärztin Dr.med. N.\_\_\_\_\_ hält in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2016 fest, dass viele Inkonsistenzen sowie IV-fremde Faktoren bestünden; im MEDAS-Gutachten werde darauf eingegangen. In der Feststellung bezüglich der Arbeitsfähigkeit werde dann aber eine vorwiegend medizinisch theoretische Beurteilung vorgenommen aufgrund einer Gesamtschau der bestehenden Befunde und unter Berücksichtigung der Inkonsistenzen. Die durch die MEDAS ermittelte Arbeitsunfähigkeit könne übernommen werden (Vi-act. 80).

**3.29** Mit Schreiben vom 4. Januar 2017 nahm der Hausarzt des Versicherten zu Händen dessen Rechtsvertreters zum MEDAS-Gutachten Stellung (Vi-act. 85-20/22 ff.). Dabei führte er aus, dass er zur psychiatrischen Einschätzung nur beschränkte Angaben machen könne. Er habe den Versicherten jedoch oft sehr bedrückt erlebt und er habe auch einige seiner Wutausbrüche „mitgeschnitten“: Im Rahmen solcher Wutausbrüche könne einiges möglich sein und er möchte dafür nicht verantwortlich sein. Die Zumutbarkeit einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit im Umfang von 100% würde er in Frage stellen. Er schätze die Arbeitsfähigkeit auf 50% (4,25 h/Tag gemäss Zumutbarkeitsprofil MEDAS) ohne

psychischen Anteil. Der Versicherte könne nicht lange sitzen und stehe immer wieder auf und gehe umher. Der Hausarzt rügt im Weiteren die retrospektive Beurteilung der MEDAS-Gutachter sowie den Umstand, dass die Einschätzung der behandelnden Ärzte keine Bedeutung habe.

**3.30** Am 16. Januar 2017 wurde der Versicherte auf Zuweisung des Hausarztes hin nochmals durch Dr.med. O. \_\_\_\_\_ untersucht. In seinem Bericht vom 16. Januar 2017 (Vi-act. 89-2/4 f.) hielt er zusammenfassend fest, dass doch erheblichere strukturelle Veränderungen tieflumbal bei klinisch vorhandener lumbospondylogener Symptomatik bestünden. Eine intermittierende radikuläre Reizung sei nicht auszuschliessen, auch wenn derzeit keine solche Problematik bestehe. Von Seiten der beiden Knie bestehe eine aktivierte Gonarthrose. Der plantare Fersensporn korreliere mit der Klinik einer Fasziitis plantaris. Zweifellos gelte es auch Inkonsistenzen und eine Schmerzverarbeitungsstörung mitzuberücksichtigen, wie das im MEDAS-Gutachten festgehalten werde. Aufgrund der strukturellen Veränderungen bestehe beim Patienten seines Erachtens eine bleibende quantitative Arbeitsunfähigkeit von 50%, welche sich durch die vermehrten Erholungspausen erklären lasse. Daneben bestehe auch qualitativ eine Einschränkung; die Arbeit sollte körperlich leicht und wechselbelastend sein mit Tragen und Heben von Gewichten bis 10 kg, selten bis 15 kg. Dies entspreche eigentlich dem orthopädischen Teilgutachten der MEDAS, welches die strukturellen Probleme würdige und entsprechend auch von einer quantitativen Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Therapeutische Massnahmen könnten aktuell kaum sinnvoll angegangen werden.

**4.1** Im Rahmen des ersten Verfahrens vor Verwaltungsgericht (VGE 6. März 2014) wurde gestützt auf die damals vorhandenen medizinischen Akten festgehalten, dass zwar relevante somatische Befunde vorlägen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zumindest für körperlich schwere Arbeiten zweifellos begründeten, dass aber auch Hinweise für Inkonsistenzen sowie eine somatisch nicht begründbare Schmerzausbreitung vorhanden seien. Insgesamt wurde das Gutachten von Prof. M. \_\_\_\_\_ und die von ihm vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar und begründet qualifiziert. Andererseits wurde aber festgestellt, dass erhebliche Anhaltspunkte für das Vorliegen psychischer Beeinträchtigungen bestünden. Die Schlussfolgerung von Dr.med. O. \_\_\_\_\_, wonach zur Abklärung des komplexen Sachverhaltes der Einbezug eines psychiatrischen Facharztes notwendig sei, wurde deshalb als begründet qualifiziert und die Sache wurde zur Einholung eines entsprechenden psychiatrischen Gutachtens an die Vorinstanz zurück gewiesen.

**4.2** Die Vorinstanz hat die entsprechenden psychiatrischen Abklärungen veranlasst, in der Folge jedoch auch in Bezug auf die somatischen Befunde einen Abklärungsbedarf (auch aufgrund des Zeitablaufs seit der Untersuchung durch Prof. M.\_\_\_\_\_) erkannt und eine interdisziplinäre Begutachtung für notwendig befunden. Gestützt auf das MEDAS-Gutachten und die darin vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung einen Rentenanspruch verneint.

Der Beschwerdeführer macht geltend, auf das MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Er verweist auf die Stellungnahmen des Hausarztes und von Dr.med. O.\_\_\_\_\_, worin eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werde. Das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS widerspreche im Weiteren diametral der Beurteilung des RAD-Arztes Dr.med. Q.\_\_\_\_\_, welcher von einer Persönlichkeitsveränderung spreche und eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Auch habe die MEDAS-Beurteilung unberücksichtigt gelassen, dass die bisher durchgeführten Massnahmen nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten.

Im Weiteren macht der Versicherte geltend, die Ergebnisse der Observation müssten unberücksichtigt bleiben, da es sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung um unzulässige Beweise handle.

**5.1** Gemäss einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 (61838/10) besteht in der Schweiz im Bereich der sozialen Unfallversicherung keine genügende gesetzliche Grundlage für eine Observation eines Versicherten durch einen Privatdetektiv. Hingegen verneinte der EGMR eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Gebot eines fairen Verfahrens) durch die erfolgte Verwendung der Observationsergebnisse. Das Bundesgericht hat unter Berücksichtigung dieser Erwägungen des EGMR entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehle, die die Observation umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen, seien sie durch den Unfallversicherer oder durch eine IV-Stelle veranlasst, Art. 8 EMRK beziehungsweise den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV (BGE 143 I 377 Erw. 4).

Andererseits hat das Bundesgericht mit BGE 143 I 377 auch erkannt, dass die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) sich ausschliesslich nach Schweizerischem Recht richtet und grundsätzlich zulässig ist, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden diese überwiegen (Erw.

5.1.1). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung (mit Hinweisen) eine weitere Präzisierung angebracht: Eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme ist verwertbar, solange Handlungen des Versicherten aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (Erw. 5.1.3; Urteil BGer 8C\_192/2017 vom 25. August 2017 Erw. 5.4.1 mit Hinweisen).

**5.2** Die Observation wurde wegen verschiedenen Hinweisen auf Aggravation in den medizinischen Akten in Auftrag gegeben. Damit bestanden ausgewiesene Zweifel über die Leistungs(un)fähigkeit des Beschwerdeführers. Aus den Observationsunterlagen (Bericht und Videoaufzeichnung) ergibt sich, dass nur Handlungen des Versicherten im öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurden. Es handelt sich ausschliesslich um Handlungen, welche der Versicherte aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung tätigte. Der Versicherte wurde während den 8 Observationstagen (wobei er an mehreren Tagen nicht angetroffen wurde bzw. er wohl ortsabwesend war) vorwiegend bei kürzeren Autofahrten, Einkäufen und Behördengängen sowie während kurzer Zeit auf seinem Balkon beobachtet. Angesichts der beobachteten alltäglichen Verrichtungen und des geringen zeitlichen Umfangs der Observation kann nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden. Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Versicherten an einer unbehelligten Privatsphäre. Die Verwertung der Observationsergebnisse war daher zulässig (vgl. auch Urteil BGer 8C\_261/2017 v. 11.9.2017 Erw. 5.2; 9C\_261/2017 v. 14. Nov. 2017 Erw. 4.1 und 4.2; 8C\_616/2017 v. 14.12.2017 Erw. 5.2).

**6.1** Das MEDAS-Gutachten beruht auf einer umfassenden Untersuchung des Versicherten, es berücksichtigt die vorhandenen medizinischen Akten sowie die geltend gemachten Beschwerden und ist in den Schlussfolgerungen nachvollziehbar. In Bezug auf die somatischen Befunde stimmt es mit den weiteren medizinischen Akten weitgehend überein. Es wird nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich, dass relevante Befunde übersehen oder nicht berücksichtigt wurden. Dr.med. O.\_\_\_\_\_, auf welchen sich der Versicherte beruft, hält denn in seiner Stellungnahme vom 16. Januar 2017 (Vi-act. 89) auch fest, dass seine Beurteilung dem orthopädischen Teilgutachten

entspricht. Unterschiede ergeben sich in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus der Stellungnahme des Hausarztes des Versicherten vom 4. Januar 2017 ergeben sich keine Hinweise darauf, dass im Rahmen der Begutachtung relevante somatische Befunde nicht oder nur ungenügend berücksichtigt wurden. In Bezug auf die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weist die Vorinstanz zu Recht auf die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 Erw. 4.5 mit Hinweis). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 Erw. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile BGer 9C\_646/2016 v. 16.3.2017 Erw. 4.2.1; 8C\_677/2014 vom 29.10.2014 Erw. 7.2). Derartige Aspekte sind aus den Angaben der Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und Dr.med. O.\_\_\_\_\_ nicht ersichtlich und werden auch nicht substantiiert aufgezeigt.

**6.2** Soweit der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten wegen Widersprüchen zur Einschätzung von Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ rügt, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Zwar hat Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom diagnostiziert, der psychiatrische Teilgutachter legt jedoch nachvollziehbar dar, weshalb dieser Diagnose nicht gefolgt werden kann (vgl. Erw. 3.27). Im Übrigen haben auch Dr.med. P.\_\_\_\_\_, bei welchem der Versicherte mehrere Monate in psychiatrischer Behandlung war (Vi-act. 53), der Psychiater Dr.med. S.\_\_\_\_\_ und Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 67-6/7) eine solche Diagnose nicht gestellt bzw. ausdrücklich verneint. Zu Recht weist die Vorinstanz auch darauf hin, dass die von Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Observation nicht festgestellt werden konnten. Weshalb im psychiatrischen Teilgutachten die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung verneint wird (demgegenüber die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen bejaht wird und zwar übereinstimmend mit Dr.med. P.\_\_\_\_\_), wird ebenfalls nachvollziehbar dargelegt. Bereits Dr.med.

S.\_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass die entsprechende Diagnose gestützt auf die Daten der Observation nicht aufrecht erhalten werden könne.

Nachdem Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen damit begründet, dass der Versicherte aufgrund einer andauernden Persönlichkeitsveränderung für einen Arbeitgeber nicht mehr tragbar sei, ist auch nachvollziehbar, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter der MEDAS dieser Beurteilung diametral widerspricht. Dass Dr.med. P.\_\_\_\_\_ eine höhere Arbeitsunfähigkeit anerkannt hat als der psychiatrische Gutachter der MEDAS stellt – wie bereits vorstehend dargelegt (Erw. 6.2) – für sich allein kein Grund dar, dem MEDAS-Gutachten nicht zu folgen, zumal der Psychiater Dr.med. R.\_\_\_\_\_ übereinstimmend mit dem MEDAS-Gutachten von einer theoretischen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80% ausging. Dass er die Verwertbarkeit infolge Dekonditionierung als illusorisch bezeichnete, ist IV-rechtlich grundsätzlich unbeachtlich.

**6.3** Der Beschwerdeführer rügt im Weiteren, dem MEDAS-Gutachten könne auch deshalb nicht gefolgt werden, weil es auf einem sehr kurzen Beurteilungszeitraum (Untersuchung während insgesamt wenigen Stunden) gründe. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass solche Gutachten immer auf gezielten, in der Regel einmaligen fachlichen Untersuchungen und wesensgemäss nicht auf einem längeren Behandlungszeitraum gründen. Der Krankheitsverlauf über einen längeren Zeitraum bleibt jedoch nicht unberücksichtigt, da ein Gutachten nach Einsicht in die vorhandenen medizinischen Akten verfasst wird und die Erkenntnisse der behandelnden Ärzte damit berücksichtigt werden. Diesem Grundsatz wurde auch im Rahmen der streitigen MEDAS-Begutachtung entsprochen. Im Gutachten wird denn auch auf die Anamnese, den Verlauf und die Beurteilungen der behandelnden bzw. untersuchenden Ärzte eingegangen.

Soweit der Beschwerdeführer rügt, im Rahmen der MEDAS-Begutachtung sei unberücksichtigt geblieben, dass die bisher durchgeführten Massnahmen nicht zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beigetragen hätten, ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf objektiven Grundlagen beruhen muss und nicht der subjektiven Einschätzung des Versicherten zu folgen hat. Die durchgeführten (konservativen) Therapiemassnahmen (Medikation und zeitweise Physiotherapie) wurden im Gutachten berücksichtigt (Vi-act. 79-11/66). Berücksichtigt wurde zudem auch, dass der Versicherte die verordneten Medikamente (insbesondere das Schmerzmittel Palexia) nicht bzw. zumindest

nicht regelmässig einnimmt (vgl. Vi-act. 79-45/66 und 79-29/66), was gegen eine schwere Schmerzerkrankung spricht (zumal auch keine weiteren starken Schmerzmittel oder Psychopharmaka zur Regulierung der Schmerzverarbeitung eingenommen werden).

**6.5** Insgesamt ist festzuhalten, dass die Begutachtung durch die B.\_\_\_\_\_ die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt. Das MEDAS-Gutachten bildet eine genügende beweiskräftige Grundlage zur Beurteilung der Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. Insbesondere kann auch von einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), wie sie der Beschwerdeführer fordert, abgesehen werden. Das Verwaltungsgericht hat bereits im vorangehenden Verfahren (VGE I 2013 114 Erw. 4.1) festgehalten, dass von einer solchen ein aussagekräftiges Resultat aufgrund der vermuteten Schmerzverarbeitungsstörung nicht zu erwarten wäre, weshalb darauf verzichtet werden durfte. Daran ist festzuhalten. Zudem besteht bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (Urteile BGer 8C\_691/2015 v. 11.2.2016 Erw. 3.4. m.H.; 9C\_764/2014 v. 21.7.2015 Erw. 3.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Die MEDAS-Gutachter konnten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinreichend genau einschätzen.

**7.1** Umstritten ist im Weiteren die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer macht geltend, infolge fortgeschrittenen Alters sei die medizinisch-theoretisch festgelegte Arbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar. Er sei zwischenzeitlich 60-jährig, habe seit seiner Einreise in die Schweiz stets im Baugewerbe gearbeitet und gesundheitlich bedingt kämen für ihn nur mehr Büroarbeiten in Frage. Eine Umstellung auf eine solche Tätigkeit sei ihm nicht möglich. Zudem gehe er bereits mehrere Jahre keiner Erwerbstätigkeit mehr nach und er werde wohl auch aufgrund der langen Arbeitsabstinenz keinen Arbeitgeber mehr finden. Über nennenswerte berufliche Fähigkeiten verfüge er nicht.

**7.2** Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (SVR

2008 IV Nr. 62 Erw. 5.1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird und ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil BGer I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteile BGer 9C\_358/2014 v. 21.11.2014 Erw. 7.1 m.H. auf 9C\_153/2011 vom 22.3.2012 Erw. 3.1; 9C\_918/2008 vom 28.5.2009 Erw. 4.2.2 mit Hinweisen).

**7.3** Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast (vgl. BGE 113 V 22 Erw. 4a S. 28 mit Hinweisen; Urteil BGer 9C\_916/2010 vom 20.6.2011 Erw. 2.2) gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Gemäss BGE 138 V 457 (Erw. 3.4) steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben.

**7.4** Letzteres war mit der Vorlage des von der MEDAS erstellten polydisziplinären Gutachtens vom 8. August 2016 der Fall. Der Beschwerdeführer war zu diesem Zeitpunkt 59-jährig.

Das Bundesgericht hat in der Regel die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nur bei im massgebenden Zeitpunkt über 60-jährigen

versicherten Personen, welchen lediglich noch eine Aktivitätsdauer von weniger als fünf Jahren verblieb, verneint (Urteil BGer 8C\_113/2016 v. 6.7.2016 Erw. 4.3 m.H.).

Verneint hat das Bundesgericht die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit etwa bei einem 64 1/2-jährigen Versicherten, der zwar noch leichte, in Wechselpositionen ausführbare Tätigkeiten ohne Heben schwerer Lasten ausführen konnte, aber für feinmotorische Arbeiten keine Fertigkeiten und keinerlei berufliche Erfahrungen mitbrachte (Urteil BGer 9C\_979/2009 vom 10.2.2010 Erw. 4 und 5). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Leistungsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 401/01 vom 4.4.2002 E. 4c und d), ebenso die 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im 64. Altersjahr und rund zehn Monate vor dem Erreichen des AHV-Alters stehenden Versicherten (Urteil 9C\_153/2011 vom 22. 3.2012 E. 3.3). Einem im demselben Altersjahr stehenden Versicherten (acht Monate vor der Pensionierung), der neun Jahre ohne Arbeit war und seit mehr als fünf Jahren eine Teilrente bezog und daneben noch zu 50 % arbeitsfähig war, sprach das Bundesgericht ebenfalls die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ab (Urteil 9C\_145/2011 vom 30.5.2011 E. 3.4; zum Ganzen: 9C\_847/2015 v. 30.12.2015 Erw. 4.1.2). Verneint wurde in der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch die Verwertbarkeit eines im massgebend Zeitpunkt 60-jährigen Versicherten, der während den letzten 20 Jahren als Portier überwiegend mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und welcher auch für körperlich leichte Tätigkeiten und Tätigkeiten, welche feinmotorische Fähigkeiten erforderten, eingeschränkt war bzw. diese nur sehr eingeschränkt ausüben konnte (Urteil BGer 9C\_954/2012 v. 10.5.2013 Erw. 3.2.1).

Demgegenüber bejahte das Bundesgericht die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem 62 3/4-jährigen Versicherten, welcher nur noch vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Arbeiten ausführen konnte, an den oberen Extremitäten aber nicht beeinträchtigt war und dem somit feinmotorische Tätigkeiten trotz fehlender diesbezüglicher Erfahrung in Form von Sortier- und Überwachungsarbeiten möglich waren (Urteil 8C\_345/2013 vom 10. 9.2013 E. 4.3.3). Auch bei einem 61 Jahre alten Versicherten, der leichte Tätigkeiten nur noch vorwiegend sitzend aber vollzeitlich verrichten konnte und in seiner Feinmotorik nicht beeinträchtigt war, erachtete es die Chancen auf eine Anstellung als intakt (Urteil 8C\_330/2015 vom 19.8.2015 E. 3.2). Bejaht wurde sie im Weiteren bei einem 63-jährigen Versicherten, welcher die bisherige

Tätigkeit im Bereich Zuschnitt/Verkauf nicht mehr ausüben konnte, in einer adaptierten Tätigkeit jedoch vollständig arbeitsfähig war (Urteil 9C\_536/2015 v. 21.3.2016 Erw. 4.2) sowie bei einem 60-jährigen Hausabwart/Reinigungsmitarbeiter, welcher nurmehr vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Arbeiten ausführen kann und keine Erfahrung mit feinmotorischen Tätigkeiten hatte (8C\_345/2013 v. 10.9.2013 Erw. 4.3.2 und 4.3.3). Bejaht wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zudem bei einem 60-jährigen Flachdachmonteur bei Status nach zweimaliger zerebrovaskulärer Ischämie mit geringem residuellem sensomotorischem Hemisyndrom und leichten kognitiven Defiziten bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% in einer adaptierten Tätigkeit (Urteil 8C\_434/2017 v. 3.1.2018 Erw. 7.2.2), bei einem Hilfsarbeiter in verschiedenen Baugewerben mit einer Aktivitätsdauer von noch knapp vier Jahren (über 60-jährig) und einer Arbeitsfähigkeit in geeigneten Verweistätigkeiten (körperlich leicht, wechselbelastend) von 80% (8C\_910/2015 v. 19.5.2016 Erw. 4.3.2 und 4.3.3), bei einem 61-jährigen Montagearbeiter ohne Berufsausbildung mit voller Arbeitsfähigkeit bei adaptierter Tätigkeit (9C\_680/2014 v. 15.5.2015 Erw. 6.2.4), bei einem 60-jährigen Gleisbauer, mit einer Restarbeitsfähigkeit von 60% in einer angepassten Tätigkeit (9C\_168/2015 v. 13.4.2016 Erw. 7.5.und 7.6) und einem 63,5 Jahre alten Servicetechniker, welcher nur mehr vorwiegend sitzende und nicht mehr körperlich schwere Arbeiten in einem Vollzeitpensum ausüben kann (9C\_847/2015 v. 30.12.2015 Erw. 4.2 und 4.3).

**7.5** Wie bereits erwähnt ist dem Beschwerdeführer eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit (bei einer Leistungseinschränkung von 20% wegen erhöhtem Pausenbedarfs) in einer Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten und ohne monotone Rumpfhaltung zumutbar, unter Ausschluss rein sitzender, rein stehender oder rein gehender Tätigkeiten und unter Ausschluss von Tätigkeiten mit Gehen auf unebenem Boden, ständigem Treppensteigen oder ständigem Besteigen von Leitern oder Gerüsten. An den oberen Extremitäten bestehen keine Behinderungen. Auch bestehen keine feinmotorischen Beeinträchtigungen. Aus psychiatrischer Sicht liegen keine relevanten Beeinträchtigungen vor, es wird aber von einer Tätigkeit unter erheblichen Stresssituationen (insbesondere Akkordarbeiten und sonstige Arbeiten mit Zeitdruck) abgeraten. Die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter kann unstreitig nicht mehr ausgeübt werden. In Berücksichtigung der obzitierten Rechtsprechung und der relativ hohen Hürden für Versicherte, welche noch über eine Aktivitätsdauer von über fünf Jahren verfügen (vgl. auch Urteil BGer 8C\_113/2016 v. 6.7.2016 Erw. 4.3), ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit trotz dem Erfordernis, die angestammte Tätigkeit aufzugeben und eine Hilfsarbeitstätigkeit in einem

anderen Segment aufzunehmen, zu bejahen, zumal in der Rechtsprechung davon ausgegangen wird, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile BGer 8C\_657/2010 v. 19.11.2010 Erw. 5.2.3; 9C\_646/2010 v. 23.2.2011 Erw. 4). Zudem werden die dem Versicherten offen stehenden leidensangepassten bzw. zumutbaren Tätigkeiten nicht mit derart vielen Einschränkungen umschrieben, dass das Finden einer entsprechenden Stelle als von vornherein ausgeschlossen erscheint, auch wenn die Verwertbarkeit in Berücksichtigung der konkreten Umstände (gesundheitliche Einschränkungen und Alter) sicherlich erschwert ist. Es steht dem Versicherten grundsätzlich immer noch ein weites Spektrum an zumutbaren Hilfstätigkeiten offen, welche keine Ausbildung erfordern. In Frage kommen einfache Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in Industrie und Gewerbe, einfache Maschinenbedienungsfunktionen, sowie Hilfsarbeiten wie Montage-, Sortierungs-, Prüf- und Verpackungstätigkeiten in Produktionsbetrieben. Die genannten Tätigkeiten bedürfen weder einer nennenswerten Einarbeitungszeit noch besonderer Fertigkeiten. Seine mehrjährige Berufserfahrung als Mechaniker könnte er auch im Rahmen einer Hilfsarbeitertätigkeit einbringen. Insgesamt ist eine wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mithin zu bejahen.

**8.1** Auf der beruflich-erwerblichen Seite der Invaliditätsbemessung ist schliesslich die Höhe des Leidensabzuges vom Tabellenlohn für die Ermittlung des Invalideneinkommens umstritten. Nicht bestritten wird die Bemessung des Valideneinkommens (Fr. 66'892.50).

Der Beschwerdeführer macht ausgehend von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit und in Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 20% ein Invalideneinkommen von Fr. 26'071 geltend. Hinsichtlich der Bemessung des leidensbedingten Abzuges wendet er ein, es bestünden erhebliche leidensbedingte Einschränkungen, weshalb ihm nurmehr ein sehr beschränktes Tätigkeitsspektrum offen stünde. Im Weiteren könne er nurmehr Teilzeitarbeit verrichten, er verfüge über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung, sei auch für leichte Tätigkeiten in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und zudem aufgrund seines Alters gegenüber anderen Arbeitnehmern benachteiligt. Im Weiteren ist der Beschwerdeführer der Auffassung, dass bei der Bemessung des Invalideneinkommens gemäss statistischen Daten (Lohnstrukturerhebung, LSE) nurmehr auf den Sektor Dienstleistungen abgestellt werden könne, da für ihn im Sektor Produktion behinderungsbedingt keine Erwerbsmöglichkeiten mehr bestünden.

Die Vorinstanz geht unter Hinweis auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 von einem hypothetischen Einkommen bei voller Erwerbstätigkeit von Fr. 67'022 aus. Sie anerkennt einen leidensbedingten Abzug von maximal 15%, da dem Versicherten nur mehr körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien. Ein höherer Leidensabzug lasse sich aufgrund der Gesamtsituation und mit Verweis auf die erheblichen Aggravationstendenzen nicht rechtfertigen (Vi-act. 93-2/5). Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 80% errechnete die Vorinstanz ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 45'575.

**8.2** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25 % zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; 126 V 75 Erw. 5b/aa-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb; Urteil BGer 8C\_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.1).

**8.3** Vorab ist nicht zu beanstanden, dass bei der Bemessung des Invalideneinkommens in Berücksichtigung des MEDAS-Gutachtens von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% ausgegangen wurde. Es kann auf die Ausführungen in Erw. 6 verwiesen werden.

Im Weiteren ist auch nicht zu beanstanden, dass bei der Bemessung des hypothetischen Invalideneinkommens auf die statistischen Lohnverhältnisse unter Einbezug des Sektors Produktion abgestellt wurde. Bei versicherten Personen, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn (Total) für Männer bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten, somit vom tiefsten Anforderungsniveau auszugehen; dabei sind in der Regel die Lohnverhältnisse im gesamten privaten Sektor massgebend (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG; 3.A., Art. 28a Rz 97 m.H.). Vorliegend besteht kein Anlass, bei der Bemessung des Invalideneinkommens von diesem Grundsatz abzuweichen und lediglich auf den Durch-

schnittslohn im Dienstleistungssektor abzustellen, nachdem die für den Beschwerdeführer in Frage kommenden Tätigkeiten (vgl. Erw. 7.5) vorwiegend im Sektor Produktion angesiedelt sind (vgl. analog Urteil BGer I 39/04 v. 20.7.2004 Erw. 2.3).

**8.4** Vorliegend ist unbestritten, dass in Berücksichtigung der Einschränkungen, die sich aus dem ärztlichen Zumutbarkeitsprofil ergeben (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, kein ständiges Gehen auf unebenem Boden oder häufiges Treppensteigen u.ä., keine Tätigkeiten unter Akkordbedingungen oder mit hohem Zeitdruck) ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Die Vorinstanz hat diesem Umstand mit der Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15% angemessen Rechnung getragen, zumal z.B. mangelnde Anpassungsfähigkeit oder verstärkte Rücksichtnahme seitens des Betriebs nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (vgl. z.B. Urteil BGer 9C\_955/2011 v. 7.11.2012 Erw. 5.3; 9C\_366/2015 v. 22.9.2015 Erw. 4.3.1; 9C\_826/2015 v. 13.4.2016 Erw. 3.2.2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist ein weitergehender Abzug auch nicht wegen Teilzeitarbeit gerechtfertigt, nachdem dem Versicherten eine volle Erwerbstätigkeit bei um 20% verminderter Leistungsfähigkeit infolge erhöhten Pausenbedarfs zumutbar ist. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei Männern ein Abzug vom Tabellenlohn unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei einer gesundheitlich bedingten Teilzeiterwerbstätigkeit, nicht aber bei einer Vollzeiterwerbstätigkeit mit gesundheitlich bedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit gerechtfertigt (Urteile BGer 9C\_710/2011 v. 20.3.2012 Erw. 5; 9C\_40/2011 v. 1.4.2011 Erw. 2.3.1; 8C\_910/2015 v. 19.5.2016 Erw. 5.3). Sodann ist eine mangelnde berufliche Ausbildung nicht beim leidensbedingten Abzug, sondern bei der Bestimmung des Anforderungsniveaus des herangezogenen Tabellenlohnes zu berücksichtigen. Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne auf dem niedrigsten Anforderungsniveau 1 (einfache Tätigkeiten), welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden (Urteil BGer 8C\_427/2011 v. 15.9.2011 Erw. 5.2; vgl. auch 9C\_808/2015 Erw. 3.4.2). Insofern der Beschwerdeführer das fortgeschrittene Alter anführt, kann mit der Vorinstanz auf die Rechtsprechung verwiesen werden, gemäss welcher Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile BGer 9C\_134/2016 v. 12.4.2016 Erw. 5.3; 9C\_658/2015 v. 9.5.2016 Erw. 5.2.2; 8C\_403/2017 v. 25.8.2017 Erw. 4.4.1; 8C\_439/2017 v. 6.10.2017 Erw. 5.6.4). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteile BGer 8C\_594/2011 v. 20.11.2011 Erw. 5; 8C\_238/2011 v. 7.12.2011 Erw. 10.2; 8C\_312/2017 v. 22.11.2017 Erw. 3.3.2). Im Übrigen kommt

auch der mehrjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt im tiefsten Anforderungsniveau (1) keine massgebende Bedeutung zu (Urteile BGer 9C\_777/2015 v. 12.5.2016 Erw. 5.3; 8C\_434/2017 v. 3.1.2018 Erw. 7.3.2). Insgesamt ist der berücksichtigte Abzug in Höhe von 15% rechtmässig.

Im Übrigen vermöchte auch ein leidensbedingter Abzug von 20% - wie vom Beschwerdeführer beantragt - keinen Rentenanspruch zu begründen. Ausgehend vom Totalwert des monatlichen Bruttolohns (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, 2014 (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1: Fr. 5'312/Mt) bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Tabelle T03.02 2004-2015, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie bei einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20% und einer Nominallohnentwicklung in der Periode 2014-2015 von 0.3% und in der Periode 2015-2016 von 0,6% (Basis 1939 = 100; Nominallohnindex Männer; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>) von Fr. 53'641.40 resultiert aus einem leidensbedingten Abzug von 20% ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 42'913. Im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 66'891.50 ergibt dies einen IV-Grad von 36%.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat am 13. Januar 2018 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).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A)

Schwyz, 11. April 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die 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: