

Eidgenössisches Versicherungsgericht  
Tribunale federale delle assicurazioni  
Tribunal federal d'assicurances

Sozialversicherungsabteilung  
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}  
I 152/05

Urteil vom 23. Mai 2006  
IV. Kammer

Besetzung  
Präsident Ursprung, Bundesrichter Frésard und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Helfenstein Franke

Parteien

A.\_\_\_\_\_, 1978, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Bruno Häfliger, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rubiswilstrasse 8, 6438 Ibach, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz  
Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, Schwyz

(Entscheid vom 11. Januar 2005)

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1978 geborene A.\_\_\_\_\_ arbeitete seit 1. September 1999 als Hilfsspengler bei der Firma J.\_\_\_\_\_. Am 22. Dezember 1999 war er mit seinem Personenwagen an einer Auffahrkollision von drei Fahrzeugen beteiligt, bei der er sich ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) zuzog. Im Anschluss an den Unfall traten Nackenschmerzen auf mit Muskelverspannungen und schmerzbedingt eingeschränkter Beweglichkeit der HWS. Die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, angeordneten Massnahmen (Medikation, Tragen eines Halskragens, Physiotherapie) brachten keine Besserung. Ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50% ab 10. Januar 2000 scheiterte. Auf Veranlassung des Rheumatologen Dr. med. M.\_\_\_\_\_, welcher eine Chronifizierung der Beschwerden befürchtete und eine psychische Beteiligung feststellte, ordnete die SUVA, bei welcher A.\_\_\_\_\_ für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert war, eine stationäre Abklärung und Behandlung in der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ an. Im Austrittsbericht dieser Klinik vom 15. Juni 2000 wurde ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit ausgeprägter Beweglichkeitseinschränkung und muskulärem Hartspann diagnostiziert; ferner wurden leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störungen sowie Anzeichen einer erschwerten Unfallverarbeitung festgestellt. Im Rahmen des durchgeführten Ergonomie-Trainingsprogramms fielen eine fragliche Leistungsbereitschaft sowie eine Selbstlimitierung auf. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 50% im bisherigen Tätigkeitsbereich und auf 100% für eine sehr leichte Arbeit bei zusätzlichen Pausen festgesetzt. Einem mit der Arbeitgeberin vereinbarten Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50% kam der Versicherte nicht nach, worauf die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf den 31. Juli 2000 auflöste. Eine vom behandelnden Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_ veranlasste chiropraktische Behandlung blieb wegen muskulärer Gegenreaktionen erfolglos. Eine psychiatrische Behandlung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, welcher auf eine leichte bis mittelgradige Depression schloss, brach der Versicherte nach zwei Sitzungen ab.

Am 13. Mai 2001 war A.\_\_\_\_\_ als Beifahrer erneut an einer Auffahrkollision beteiligt. Dabei kam es zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden, welche nach drei bis vier Wochen behoben war. Nach weiteren Abklärungen teilte die SUVA dem Versicherten am 6. Juni 2002 mit, ab 1. Juli 2002 werde noch ein Taggeld von 50% ausgerichtet. In der Folge holte sie bei Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und der Rheumaklinik des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_\_ Berichte vom 11. Februar 2002 bzw. 11. April 2003 ein. Ferner ordnete sie einen erneuten stationären

Aufenthalt in der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ an. Wegen Selbstlimitierung, mangelnder Leistungsbereitschaft und wiederholtem unentschuldigtem Fernbleiben von der Therapie wurde der Versicherte nach vierzehn Tagen vorzeitig entlassen. Im Austrittsbericht vom 9. September 2003 verneinten die Klinikärzte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und vertraten die Auffassung, aus somatischer Sicht wäre bei optimaler Kooperation und Leistungsbereitschaft eine volle Arbeit im bisherigen Tätigkeitsbereich möglich. Mit Verfügung vom 18. November 2003 stellte die SUVA die bisherigen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) ein und lehnte die Zusprechung einer Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 23. Juni 2004 fest.

Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 11. Januar 2005 ab. A.\_\_\_\_\_ liess beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde einreichen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihm aus den Unfällen vom 22. Dezember 1999 und 13. Mai 2001 die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, insbesondere habe die SUVA ab 1. Dezember 2003 weiterhin das Taggeld zu bezahlen und für die Heilbehandlungskosten aufzukommen; zudem habe sie eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung auszurichten.

A.b Am 26. Mai 2000 hatte sich A.\_\_\_\_\_ auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Stelle Schwyz ordnete eine berufliche Abklärung in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte (BEFAS) an. In deren Bericht vom 16. November 2001 wurde eine "aufbauende berufliche Übergangslösung" und eine "dreimonatige vertiefte Vorabklärung im Hinblick auf eine Tätigkeit als Maschinenzeichner" vorgeschlagen, wofür die IV-Stelle Kostengutsprache leistete. Am 22. Mai 2002 berichtete die Eingliederungsstätte W.\_\_\_\_\_, die am 4. März 2002 begonnene berufliche Abklärung sei am 8. Mai 2002 abgebrochen worden, nachdem der Versicherte die Arbeitszeit nicht eingehalten habe und ab 29. April 2002 nicht mehr erschienen sei, so dass eine zuverlässige Beurteilung der beruflichen Situation nicht möglich sei. Ein vom Berufsberater der IV-Stelle hierauf vorgeschlagenes Arbeitstraining in der Eingliederungsstätte M.\_\_\_\_\_ lehnte der Versicherte nach erfolgter Vorstellung und Besichtigung ab. Die IV-Stelle beauftragte in der Folge den Sozialpsychiatrischen Dienst D.\_\_\_\_\_ des Kantons Schwyz mit einem Gutachten. In dem am 25. September 2003 erstatteten Bericht wurde eine mindestens seit April 2001 bestehende mittelgradige depressive

Episode diagnostiziert und die Auffassung vertreten, dem Versicherten wäre auch aus psychiatrischer Sicht mindestens eine Halbtagsarbeit zumutbar. Mit Verfügung vom 14. Januar 2004 lehnte die IV-Stelle die Zusprechung einer Invalidenrente mit der Begründung ab, dass sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Mit Einspracheentscheid vom 16. August 2004 hielt sie an der Ablehnung des Leistungsbegehrens fest.

B.

Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 11. Januar 2005 ab.

C.

A.\_\_\_\_\_ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei ihm mit Wirkung ab 1. Dezember 2000 eine Invalidenrente auf Grund eines Invaliditätsgrades von mindestens 70% zuzusprechen. Ferner sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Die IV-Stelle Schwyz und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) verzichten auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Im angefochtenen Entscheid werden die gesetzlichen Bestimmungen zum Invaliditätsbegriff (Art. 8 Abs. 1 und Art. 7 ATSG), zum Rentenanspruch (Art. 28 Abs. 1 in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung) und zur Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt für die vorinstanzlichen Ausführungen zu den Aufgaben des Arztes bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen) und zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis). Darauf wird verwiesen.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer hat beim Unfall vom 22. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion erlitten, in deren Folge zunächst Nacken- und Schulterschmerzen aufgetreten sind. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ stellte am 27. Februar 2000 einen verzögerten Heilungsverlauf bei starken

Verspannungsschmerzen fest. Der Rheumatologe Dr. med. M.\_\_\_\_\_ fand keine sicheren Hinweise für eine ossäre oder ligamentäre Läsion und schloss auf eine tendenziell generalisierte Tendomyopathie sowie ein zerviko-thorakovertebrales Syndrom bei Fehlform bzw. Fehlhaltung der Wirbelsäule. Eine am 22. Mai 2000 im Kantonsspital X.\_\_\_\_\_ durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS zeigte ausser einer leichten Streckhaltung normale Befunde. Im Austrittsbericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2000 wurde ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen in die rechte Schulterpartie, ausgeprägter globaler Beweglichkeitseinschränkung, muskulärem Hartspann und zahlreichen Triggerpunkten im Bereich der Schultermuskulatur diagnostiziert. Der behandelnde Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_ fand eine praktisch völlige Unbeweglichkeit der HWS ohne wesentlichen Muskelhartspann (Berichte vom 10. August und 30. Oktober 2000). Sowohl vor wie nach dem zweiten Unfall vom

13. Mai 2001 liessen sich bei den kreisärztlichen Untersuchungen keine objektivierbaren organischen Befunde für das anhaltende Beschwerdebild feststellen (Berichte vom 30. August 2000 sowie 7. März und 9. September 2001). Bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 22. November 2002 fiel erneut eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen mit diffusen Druckdolenzen in den Nackenmuskeln auf. Neurologisch fanden sich keine fokalen Ausfälle und die sicherheitshalber durchgeführte zerebrovaskuläre Dopplersonografie ergab normale Befunde. Im Gutachten vom 11. April 2003 führten die Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_\_ aus, die vom Versicherten angegebenen massivsten Schmerzen und die stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS liessen sich durch die radiologischen Befunde nicht erklären. Ein starkes Gegenspannen verhindere eine konklusive Untersuchung der HWS, weshalb eine stationäre Abklärung angezeigt sei. Diese fand in der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ statt, wo in somatisch-medizinischer Sicht unveränderte Verhältnisse gegenüber der Untersuchung im Jahr 2000 festgestellt und auf eine Selbstlimitierung sowie mangelnde Leistungsbereitschaft des Versicherten geschlossen wurde.

2.2 Im Anschluss an den Unfall hatte der Beschwerdeführer auch über erhöhte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen geklagt. Bei der neuropsychologischen Untersuchung anlässlich des ersten Aufenthaltes in B.\_\_\_\_\_ im April/Mai 2000 wurden deutliche Einschränkungen in der psychophysischen Gesamtbelastbarkeit sowie verminderte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen festgestellt. Ferner bestanden leichte Einschränkungen bei der kognitiven Umstellfähigkeit und beim mündlichen Rechnen. Insgesamt wurden die Befunde als vereinbar mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung erachtet. Im neuropsychologischen Bericht vom 28. Juni 2001 gelangte Dr. phil. G.\_\_\_\_\_ zum Schluss, es liege eine schmerzbedingte Belastbarkeitsminderung mit Konzentrationsschwankungen, jedoch keine hirnorganisch bedingte neuropsychologische Funktionsstörung vor. Im Vergleich zum Befund der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ zeige sich ein insgesamt verbessertes kognitives Leistungsprofil. Die leichtgradigen Leistungsschwankungen liessen sich weitgehend durch Schmerzfactoren erklären. Anlässlich des zweiten Aufenthaltes in B.\_\_\_\_\_ im August 2003 fand keine erneute neuropsychologische Untersuchung statt. Aus den Berichten der Rehaklinik lässt sich indessen schliessen, dass die weiterhin geklagte Leistungsminderung sowie die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen in Zusammenhang mit einem leicht depressiven Zustandsbild multifaktorieller Genese stehen. In diesem Sinne hatte sich schon Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im psychiatrischen Bericht vom 20. März 2001 geäussert.

2.3 Bereits während des ersten Aufenthaltes in B.\_\_\_\_\_ im April/ Mai 2000 hatten sich Anzeichen einer erschwerten Unfallverarbeitung sowie einer fraglichen Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung gezeigt. Weil der Versicherte trotz Dauermedikation an depressiven Verstimmungen litt, wurde er von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ im Januar 2001 einer psychiatrischen Behandlung zugeführt. Am 20. März 2001 berichtete der Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_, der Versicherte habe die Behandlung nach der zweiten Konsultation abgebrochen. Es hätten sich klare Hinweise auf eine leichte bis mittelgradige Depression ergeben. Diese dürfte die Schmerzen verstärkt und die mangelnde Leistungsbereitschaft mitbedingt haben. Zudem könnten die kognitiven Beeinträchtigungen im Rahmen der Depression aufgetreten oder von dieser verstärkt worden sein. Im psychosomatischen Konsiliarbericht des Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Rehaklinik B.\_\_\_\_\_, vom 20. August 2003 werden die Diagnosen eines leicht depressiven Zustandsbildes multifaktorieller Genese (am ehesten als langgezogene depressive Anpassungsstörung, vom Schweregrad aber keine Major-Depression gemäss ICD-10 F43.21) und maladaptiver Bewältigungsstrategien im Sinne von Vermeidung und Selbstlimitierung bei wahrscheinlich eher wenig durchsetzungsfähiger Persönlichkeit gestellt. Es wird eine multiple psychosoziale Problematik angenommen und das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert sinngemäss verneint. In dem von der IV-Stelle eingeholten Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2003 wird auf eine seit mindestens April 2001, eventuell bereits früher vorhanden gewesene mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) geschlossen.

Diese wirke sich negativ auf die Motivation, das Selbstvertrauen und die Eigeninitiative des Versicherten aus und führe zusätzlich zu einem verstärkten Schmerzerleben. Die körperliche Beeinträchtigung (chronifiziertes Zervikalsyndrom) und die psychische Erkrankung (mittelgradige Depression) beeinflussten sich wechselseitig in einem "Teufelskreis", indem die Depressivität die somatisch bedingten Schmerzen stärker erleben lasse und nachfolgend Selbstvertrauen und Eigeninitiative zum Gesundungsprozess behindere.

3.

Streitig ist, ob eine rentenbegründende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit besteht, wobei vorab zu prüfen ist, inwieweit der Beschwerdeführer unfall- oder krankheitsbedingt in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nach der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich bestimmt. Bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind jedoch andere zumutbare Tätigkeiten zu berücksichtigen (Art. 6 Satz 2 ATSG), was im vorliegenden Fall umso mehr zu gelten hat, als dem Beschwerdeführer das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2000 gekündigt worden ist.

3.1 Der Beschwerdeführer hat beim Unfall vom 22. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion erlitten und im Anschluss daran über Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie depressive Verstimmungen geklagt. Objektivierbare organische Unfallfolgen liessen sich nicht feststellen. Inwieweit in der Folgezeit überhaupt noch somatisch erklärbare Beschwerden bestanden haben, ist fraglich. Auf Grund der medizinischen Akten ist indessen anzunehmen, dass sie jedenfalls zu keiner anhaltenden erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt haben. Im Austrittsbericht der Rehaklinik B. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2000 wird ausgeführt, die bisherige berufliche Tätigkeit als Hilfsspengler sei dem Versicherten mit Einschränkungen zumutbar, wobei die Arbeitsfähigkeit zur Zeit mit 50% zu bewerten sei. Eine sehr leichte Arbeit sei ganztags mit zusätzlichen Pausen von etwa zwei Stunden über den Tag verteilt zumutbar. Die BEFAS Appisberg gelangte auf Grund beruflicher und medizinischer Untersuchungen im Bericht vom 16. November 2001 zum Schluss, wegen des ungünstigen Belastungsprofils erscheine eine Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit als Abkanter/Hilfsspengler nicht mehr als zumutbar. Eine körperlich

leichtere und wechselbelastend ausübbarer Tätigkeit sei zumutbar, sofern keine wiederholten und längerdauernden Armeinsätze über Schulterhöhe und keine grösseren Gewichtsbelastungen (über 15 kg) gefordert seien. Wegen bald zweijähriger Arbeitskarenz mit entsprechender Arbeitsentwöhnung sei eine "aufbauende berufliche Übergangslösung" erforderlich, wie sie in Form einer dreimonatigen Abklärung in Richtung Maschinenzeichner vorgesehen sei. Im Anschluss daran sollte das Wiedererreichen einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit unter behinderungsgerechten Arbeitsbedingungen möglich sein. Im Austrittsbericht zur zweiten stationären Abklärung und Behandlung in der Rehaklinik B. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2003 heisst es, bei den Therapien sei eine deutliche Selbstlimitierung und mangelnde Leistungsbereitschaft festgestellt worden; bei optimaler Kooperation und Leistungsbereitschaft wäre aus somatisch-funktioneller Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Belastbarkeit für die bisherige Tätigkeit ganztags erreichbar gewesen. Das Gleiche gilt gemäss Bericht der Rehaklinik für andere geeignete berufliche Tätigkeiten mindestens soweit es sich um leichtere Arbeiten handelt, wobei zur Erleichterung des beruflichen Wiedereinstiegs sowohl in

der bisherigen als auch in einer andern Tätigkeit vorübergehend ein halbtägiger Einsatz erfolgen sollte. Auf Grund dieser ärztlichen Angaben ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht, wenn nicht in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsspengler, so doch in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit voll arbeitsfähig wäre. Dem steht nicht entgegen, dass mehrere Arbeitsversuche und wiederholte Eingliederungsbemühungen zu keinem Erfolg geführt haben. Nach den Feststellungen sowohl im IV- als auch im UV-Verfahren hat es der Beschwerdeführer an der ihm zumutbaren Willensanstrengung fehlen lassen. Für das Andauern der Erwerbslosigkeit bestehen damit persönliche, allenfalls auch psychosoziale Gründe, welche bei der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unberücksichtigt zu bleiben haben (BGE 127 V 299 Erw. 5).

3.2 Eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit folgt auch aus den festgestellten neuropsychologischen Beeinträchtigungen nicht. Die von der Rehaklinik B. \_\_\_\_\_ zunächst als leicht bis mittelschwer beurteilten Störungen insbesondere der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen hatten sich bis zur neuropsychologischen Untersuchung vom Juni 2001 gebessert. Gemäss Bericht des Dr. phil. G. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2001 lagen lediglich noch leichtgradige Leistungsschwankungen im Bereich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen vor, welche als schmerzbedingt und allenfalls auch als psychisch beeinflusst zu betrachten sind. Sie führen zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

3.3 Nach dem psychosomatischen Konsiliarbericht des Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 20. August 2003 besteht ein leicht depressives Zustandsbild, wobei die Belastungsfaktoren zu einem grossen Teil aus

sekundär aufgetretenen psychosozialen Problemen bestehen. Gegen konkrete Schritte, die weiterführen könnten, setze der Versicherte dysfunktionale Vermeidungsstrategien ein. Er sei darauf hingewiesen worden, dass er sich selber zu mehr Verlässlichkeit und Regelmässigkeit zwingen müsse. Die depressive Störung sei nicht derart schwer, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre. Abweichend hiervon wird im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2003 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angenommen. Dabei wird von einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen und festgestellt, aus der psychischen Beeinträchtigung ergebe sich keine zusätzliche Einschränkung. Hinsichtlich der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit stützt sich das Gutachten auf die Ergebnisse der BEFAS-Abklärung sowie einen Bericht des Neurologen Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2002. Im Bericht der BEFAS vom 16. November 2001 wird indessen eine volle Arbeitsfähigkeit

in einer den Behinderungen angepassten körperlich leichteren und wechselbelastenden Tätigkeit unter der Voraussetzung eines Arbeitstrainings als realisierbar erachtet. Nachdem der Beschwerdeführer dem entsprechenden Eingliederungsvorschlag sowie weiteren Eingliederungsbemühungen nicht gefolgt ist, kann nicht von einer andauernden somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen werden. Eine solche lässt sich auch aus dem Bericht des Dr. med. S.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2002 nicht ableiten. Soweit im Bericht dieses Arztes davon ausgegangen wird, die berufliche Eingliederung sei wegen des somatischen Gesundheitsschadens gescheitert, kann dem im Lichte der übrigen medizinischen Akten nicht gefolgt werden. Es geht daraus klar hervor, dass es der Beschwerdeführer an der ihm zumutbaren Willensanstrengung zur (Selbst-)Eingliederung hat fehlen lassen. Im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ wird zwar auf eine mittelgradige Depression (mit Krankheitswert) geschlossen und näher dargelegt, wie sich die psychische Beeinträchtigung auf das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers auswirkt. Es wird jedoch nicht gesagt, dass der Beschwerdeführer krankheitsbedingt nicht in der Lage gewesen wäre, den

Eingliederungsbemühungen der IV Folge zu leisten und - allenfalls nach Absolvierung eines Arbeitstrainings - einer rentenausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. Vielmehr wird ausgeführt, das Scheitern der beruflichen Eingliederungsbemühungen sei mit dem Ausmass der vorliegenden psychischen Störung nur teilweise erklärbar und die Arbeitsfähigkeit liege weit über dem, was sich der Versicherte gemäss seiner Selbsteinschätzung zumute. Zur Annahme einer relevanten psychischen Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit besteht umso weniger Anlass, als die Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ nicht - wie Dr. med. K.\_\_\_\_\_ - eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades (ICD-10 F33.1), sondern eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostizieren. Dabei handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und länger dauernde Störungen unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren sind (vgl. Dilling/Mambour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 5.

Aufl. Bern 2004, S. 142 ff.).

4.

Entgegen den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde liegen nach dem Gesagten keine grundlegenden Differenzen zwischen den psychiatrischen Gutachten vor, welche die Anordnung eines Obergutachtens rechtfertigen würden. Von einem Expertenstreit kann nicht gesprochen werden. Es besteht auch kein Grund, dem Konsiliarbericht des Dr. med. K.\_\_\_\_\_ geringere Beweiskraft beizumessen. Der Bericht erfüllt die nach der Rechtsprechung für den Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten geltenden Anforderungen (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis) und vermag in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Demgegenüber beruht die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ auf unzutreffenden Annahmen bezüglich der somatischen Beeinträchtigungen und weicht von der Beurteilung im Bericht des Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen nur insofern ab, als eine mittelgradige depressive Episode mit Krankheitswert diagnostiziert wird. Auch bei einer psychischen Störung mit Krankheitswert kommt jedoch der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten und einem Erwerb

nachzugehen (BGE 127 V 299 f.). Dass dem Beschwerdeführer ungeachtet der psychischen Beeinträchtigung eine entsprechende Willensanstrengung zumutbar wäre, wird im Konsiliarbericht des Dr. med. K.\_\_\_\_\_ sinngemäss bejaht und im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D.\_\_\_\_\_ zumindest nicht verneint. Aus dem Abklärungs- und Behandlungsverlauf ergeben sich zudem klare Hinweise darauf, dass invaliditätsfremde subjektive Faktoren (mangelnde Leistungsbereitschaft, Selbstlimitierung), allenfalls auch psychosoziale und soziokulturelle Faktoren,

eine bedeutende Rolle spielen. Objektiv ist dem Beschwerdeführer auch ohne vorgängige berufliche Eingliederungsmassnahmen eine rentenausschliessende Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem ihm offen stehenden Arbeitsmarkt (vgl. BGE 110 V 276 Erw. 4b; ZAK 1991 S. 320 Erw. 3b) möglich und zumutbar, was zur Abweisung des Leistungsbegehrens führt.

5.

Mit seinem Verhalten ist der Beschwerdeführer der ihm obliegenden sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht (BGE 129 V 463 Erw. 4.2, 123 V 233 Erw. 3c, 117 V 278 Erw. 2b u. 400, je mit Hinweisen) nicht nachgekommen. Indessen kann eine Verweigerung von Leistungen wegen Ablehnung einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben grundsätzlich nur erfolgen, wenn der Versicherte vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen seines Verhaltens hingewiesen wurde. Dabei ist ihm eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht zu alt Art. 31 Abs. 1 IVG festgestellt hat, ist die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eine zwingende Voraussetzung für die Verweigerung oder den Entzug von Versicherungsleistungen (BGE 122 V 218 ff.). Diese Rechtsprechung ist auch unter der Herrschaft des ATSG zu beachten (SVR 2005 IV Nr. 30 S. 113 [Urteil A. vom 11. Januar 2005, I 605/04]). Selbst wenn klare Anhaltspunkte dafür bestehen, dass es der versicherten Person an der erforderlichen Eingliederungsbereitschaft fehlt, ist eine sanktionsweise Einstellung der Leistungen wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht erst nach Durchführung des Mahn- und

Bedenkzeitverfahrens möglich (SVR 2005 IV Nr. 30 S. 113 [Urteil A. vom 11. Januar 2005, I 605/04] und Urteil A. vom 3. Oktober 2005, I 265/05). Zu einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Durchführung eines entsprechenden Verfahrens besteht im vorliegenden Fall indessen kein Grund. Der Beschwerdeführer hat wiederholt Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen verweigert und klar zum Ausdruck gebracht, dass er an weiteren Massnahmen kein Interesse hat. Auch in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird nicht geltend gemacht, es hätten weitere Massnahmen oder auch nur ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen. Vielmehr wird die Zusprechung einer Rente beantragt. Eine solche ist nicht deshalb zu verweigern, weil der Beschwerdeführer der Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen ist, sondern weil objektiv betrachtet keine leistungsbegründende Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit besteht.

6.

Die unentgeltlichen Verbeiständung (Art. 152 Abs. 2 OG) kann gewährt werden, weil die Bedürftigkeit nach den eingereichten Unterlagen zu bejahen ist, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht als aussichtslos qualifiziert werden kann und die Vertretung durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin geboten war (BGE 125 V 372 Erw. 5b mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer wird indessen auf Art. 152 Abs. 3 OG hingewiesen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Rechtsanwalt Bruno Häfliger, Luzern, für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht aus der Gerichtskasse eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) ausgerichtet.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 23. Mai 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin:

i.V.