

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/123 und IV 2018/153 vom 31. Oktober 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_123\\_und\\_IV\\_2018\\_153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_123_und_IV_2018_153)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/123 und IV 2018/153 du 31 octobre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/123 und IV 2018/153 del 31 ottobre 2019

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiskraft des polydisziplinären Administrativgutachtens bejaht. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Art. 15 ff. IVG. Anspruch auf berufliche Massnahmen wegen fehlender Eingliederungsbereitschaft verneint. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Oktober 2019, IV 2018/123 und IV 2018/153).

## **Volltext**

Entscheid vom 31. Oktober 2019 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2018/123, IV 2018/153 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Rufener, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente und berufliche Massnahmen Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 5. Oktober 2015 zum Bezug von IV-Leistungen an. Zur gesundheitlichen Beeinträchtigung führte er aus, er leide an massiven Rückenbeschwerden (LWS) und zufolge einer OP im Bereich der BWS an gravierenden funktionalen Störungen und enormen Schmerzen, die eine extrem hohe Dosis Schmerzmedikamente erfordern. Ein Sturz im Geschäft habe einen Schlag in den Lendenwirbelbereich gegeben sowie eine Fraktur des rechten Hüftgelenks verursacht (IV-act. 1). Der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 11. November 2015, der Versicherte leide an chronischen progredienten invalidisierenden Dorsalgien bei Status nach M. Scheuermann, DIAM-Implantation Th12/L1 und L1/L2 2011; Entfernung im März 2015. Zurzeit könne er keine Tätigkeiten ausüben (IV-act. 15). Auf Anfrage der IV-Stelle bezüglich der vom Versicherten behaupteten Fraktur des rechten Hüftgelenks berichtete Dr. B.\_\_\_\_ am 26. November 2015, der Versicherte habe am 12. März 2014 keine Fraktur erlitten. Auch die MRI-Abklärung vom 23. März 2015 habe keine Unfallfolgen zur Darstellung gebracht (IV-act. 29). Vom 7. bis 11. Dezember 2015 war der Versicherte in der Abteilung Spinale Chirurgie am Universitätsspital C.\_\_\_\_ zur stationären Abklärung des Rückenleidens hospitalisiert. Der dort behandelnde Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ führte im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2015 aus, radiologisch habe sich im konventionellen Röntgen eine leichte Aufrichtungstendenz der Kyphose des thorakolumbalen Übergangs gezeigt. Im SPECT-CT habe kein echter Fokus für die Beschwerden lokalisiert werden können. In Zusammenschau der klinischen und radiologischen Befunde würden die Beschwerden am ehesten im Rahmen einer Hypermobilität bei ligamentärer Insuffizienz des TLÜ (thorakolumbalen Übergangs) bei Status nach DIAM-Einlage und Entfernung interpretiert (IV-act. 33-2 f.). Zur Vermeidung

einer Schmerzverarbeitungsstörung empfahl der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, dass sich der Versicherte baldmöglichst bei einem Psychiater vorstelle (Stellungnahme vom 3. Februar 2016, IV-act. 35). Die am Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) behandelnden medizinischen Fachpersonen berichteten am 8. April 2016, der Versicherte leide an einem chronifizierten überwiegend nozizeptiven Schmerzsyndrom/Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen. Als "Yellow Flags" gaben sie an: erhöhte Aufmerksamkeit für körperliche Symptome; Rückzug von normaler Alltagsaktivität; extremes Schmerzverhalten; ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten; Schlafstörungen; depressive Verstimmung und fixierte Vorstellung über den Behandlungsverlauf (IV-act. 44). Dr. med. F.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 23. Juni 2016 aus, die Beschwerden des Versicherten seien von der somatischen Seite her schwierig einzuordnen. Entsprechend könne keine Angabe zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden (IV-act. 50). Prof. D.\_\_\_\_ berichtete am 3. August 2016, sämtliche durchgeführten Abklärungen sowie diagnostischen Infiltrationen seien nicht konklusiv gewesen und hätten den Schmerzzursprung für die chronischen Dorsalgien nicht eindeutig lokalisieren können (IV-act. 59). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 3. und 27. April 2017 in der SMAB AG, Bern, polydisziplinär (orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch, neuropsychologisch und internistisch) durch die Dres. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, und I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, sowie durch lic. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, begutachtet. In der gesamtgutachterlichen Einschätzung gelangten die Experten zum Schluss, der Versicherte leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten u.a. degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule bei Status nach DIAM-Stabilisation Th12/L2 am 22. Juni 2011, Status nach Explantation der DIAM-Implantate am 30. März 2015 und Status nach Morbus Scheuermann der Brustwirbelsäule. Unzweifelhaft seien degenerative Veränderungen diagnostiziert worden, die zu berücksichtigen seien. Daher seien dem Versicherten (bloss noch) leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich. Eine Beschränkung auf ständig nur leichte Arbeit sei nicht zu argumentieren, da keine ausgeprägten degenerativen Veränderungen mit erheblichen Bandscheibenschädigungen und keine rezidivierende radikuläre Symptomatik vorlägen. Es bestünden auch keine posttraumatischen Deformierungen oder eine höhergradige Skoliose und auch keine fortgeschrittene Spondylolisthesis. Sowohl für die angestammte Tätigkeit (siehe hierzu die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers IV-act. 6) als auch für andere leidensangepasste Tätigkeiten verfüge der Versicherte über eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Somatisch seien die Beschwerden des Versicherten nicht konsistent gewesen und hätten nicht nachvollzogen werden können (Gutachten vom 15. Mai 2017, IV-act. 94, insbesondere S. 11 ff.). Der Versicherte hielt die gutachterliche Beurteilung für mangelhaft und ersuchte um eine neuerliche Begutachtung (E-Mail vom 30. Mai 2017, IV-act. 99). Am 6. Juni 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ Stellung zum Gutachten. Dieses erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen. Es könne darauf abgestellt werden (IV-act. 95). Mit Vorbescheiden vom 14. Juli 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Gesuchs um eine Rente (IV-act. 124) und um berufliche Massnahmen (IV-act. 125) in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 8. September 2017 Einwand (IV-act. 128; zur ergänzenden Begründung vom 16. November 2017 siehe IV-act. 130, zu den miteingereichten Berichten der Abteilung Schmerztherapie am

Universitätsspital C.\_\_\_\_ vom 12. September 2017 bzw. von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Ärztlicher Direktor an der Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie an der Universitätsklinik L.\_\_\_\_, vom 25. Oktober 2017 siehe IV-act. 131 bzw. IV-act. 132). Auf entsprechende Anfrage hin erhielt die IV-Stelle am 9. Januar 2018 den radiologischen Bericht der Universitätsklinik L.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2017 (IV-act. 142) und am 20. Februar 2018 einen Bericht von Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Senior Consultant an der Abteilung Spinale Chirurgie am Universitätsspital C.\_\_\_\_, vom 12. Oktober 2017 (IV-act. 153). Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, setzte sich in der Stellungnahme vom 6. März 2018 mit den Einwänden des Versicherten auseinander. Sie gelangte zur Ansicht, es ergäben sich daraus keine neuen Fakten, die Anlass gäben, von der Einschätzung des Gutachtens abzuweichen (IV-act. 158). Mit Verfügungen vom 12. März 2018 wies die IV-Stelle die Gesuche um Rente (IV-act. 160) und um berufliche Massnahmen (IV-act. 162) ab. Gegen die Rentenverfügung vom 12. März 2018 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 22. März 2018 (act. G 1 im Verfahren IV 2018/123). In der Beschwerdeergänzung vom 22. Mai 2018 beantragt der Beschwerdeführer die Aufhebung der angefochtenen Rentenverfügung und die Gewährung der gesetzlichen Leistungen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Im Wesentlichen bemängelt er die gutachterliche Beurteilung und stellt die Fachkompetenz der Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ in Frage. Des Weiteren reicht er u.a. Berichte vom 4. und 9. Mai 2018 über die am 4. Mai 2018 in der Klinik O.\_\_\_\_ erfolgte Operation (dorsal instrumentierte Spondylodese Th 11-L2 Anlagerung demineralisierter Knochenmatrix) ein (act. G 7 im Verfahren IV 2018/123). Gegen die Verfügung vom 12. März 2018 betreffend berufliche Massnahmen richtet sich die am 27. April 2018 erhobene Beschwerde. Der Beschwerdeführer beantragt darin deren Aufhebung und die Gewährung beruflicher Massnahmen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Gestützt auf den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" und dem von der Beschwerdegegnerin attestierten 30%igen Invaliditätsgrad habe er Anspruch auf berufliche Massnahmen. Er sei willens und bereit, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken (act. G 1 im Verfahren IV 2018/153; zur Beschwerdeergänzung vom 22. Mai 2018 siehe act. G 7 im Verfahren IV 2018/153). In den Beschwerdeantworten vom 7. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin in beiden Verfahren die Abweisung der jeweiligen Beschwerde. Sie hält die gutachterliche Beurteilung der SMAB-Experten für beweiskräftig und die gestützt darauf erfolgte Abweisung des Rentengesuchs für rechtmässig (act. G 12 im Verfahren IV 2018/123). Bezüglich der Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen vertritt die Beschwerdegegnerin unverändert die Auffassung, dem Beschwerdeführer habe die Eingliederungs- bzw. Mitwirkungsbereitschaft gefehlt (act. G 12 im Verfahren IV 2018/153). Mit Schreiben vom 12. September 2018 teilt das Versicherungsgericht den Parteien die Vereinigung der beiden Verfahren mit (act. G 13 in beiden Verfahren). Der Beschwerdeführer hält in der Replik vom 28. Januar 2019 unverändert an den Beschwerdeanträgen fest und reicht weitere, vor allem medizinische, Unterlagen u.a. betreffend die am 4. Mai 2018 durchgeführte dorsale instrumentale Spondylodese thorakal 11 bis L2 sowie die im Oktober 2018 erfolgte "Revision Spondylodese, Refixation autochthone Rückenmuskulatur, Fascienplastik dorsal" ein (act. G 23 in beiden Verfahren). Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 25 in beiden Verfahren). Erwägungen Zunächst zu prüfen ist der im Verfahren IV 2018/153 umstrittene Anspruch auf berufliche Massnahmen (Art. 15 ff. des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Beschwerdegegnerin wies einen Anspruch

auf berufliche Massnahmen mit der Begründung ab, dem Beschwerdeführer fehle die Eingliederungsbereitschaft (IV-act. 162). Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) unter anderem Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn der Eingliederungswille bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit gegeben ist (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juni 2017, 9C\_59/2017, E. 3.1 mit Hinweis). Anlässlich der polydisziplinären Begutachtung brachte der Beschwerdeführer zum Ausdruck, "er könne aufgrund der von ihm beschriebenen Instabilität der Wirbelsäule zurzeit definitiv nicht arbeiten" (IV-act. 94-27; vgl. bezüglich der Selbsteinschätzung auch die Angaben in IV-act. 94-42). U.a. in den E-Mails vom 10. Mai 2017 (IV-act. 97) und vom 30. Mai 2017 (IV-act. 99) hielt der Beschwerdeführer an seiner Sichtweise fest, er könne wegen seines Rückenleidens keiner Arbeit nachgehen. In der Notiz zum Telefongespräch vom 26. Juni 2017 zwischen dem Beschwerdeführer und der für die beruflichen Massnahmen zuständigen Sachbearbeiterin hielt letztere fest, ersterer fühle sich nicht in der Lage, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (IV-act. 116-5). Die vom Beschwerdeführer in der E-Mail vom 15. Juli 2017 erwähnten, nicht näher belegten, Bewerbungsbemühungen erfolgten im Übrigen gemäss seinen eigenen Angaben jeweils ausdrücklich unter dem Vorbehalt eines zukünftigen erfolgreichen medizinischen Eingriffs, der ihn (erst) zur Teilnahme am Arbeitsprozess befähigen würde (IV-act. 126-2 oben). Sie sind unter Berücksichtigung der gesamten Umstände und der negativen Selbsteinschätzung nicht Ausdruck einer ernsthaften Eingliederungsbereitschaft bezogen auf die damals bestehende Arbeitsfähigkeit. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer gegen den Vorbescheid vom 14. Juli 2017 betreffend berufliche Massnahmen (IV-act. 125) keinen Einwand erhob. Die vom damaligen Rechtsvertreter verfasste Einwandbegründung vom 16. November 2017 richtete sich ausdrücklich nur gegen den Vorbescheid betreffend Invalidenrente. Darin wurden denn auch keine beruflichen Massnahmen beantragt, sondern einzig die Gewährung einer Invalidenrente. Hinweise, die auf eine Eingliederungsbereitschaft schliessen lassen, ergeben sich daraus nicht. Vielmehr wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-act. 130, insbesondere S. 5). In der E-Mail vom 24. November 2017 wies der Beschwerdeführer darauf hin, er sei nicht vermittlungsfähig (IV-act. 134; siehe auch die E-Mails vom 30. November 2017, IV-act. 135, und vom 25. Januar 2018, IV-act. 144). Schliesslich ergeben sich weder aus der E-Mail vom 26. Februar 2018 (IV-act. 156) noch derjenigen vom 6. März 2018 (IV-act. 159) Anhaltspunkte für eine Eingliederungsbereitschaft. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. März 2018 das Gesuch um berufliche Massnahmen ohne zusätzliche Abklärungen abgewiesen hat (IV-act. 162). Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer erstmals im Rahmen der Beschwerdeerhebung am 27. April 2018 durch seinen Rechtsvertreter vorbringt, er sei willens und bereit, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken (act. G 1, Rz 8, im Verfahren IV 2018/153; siehe auch das Schreiben des Rechtsvertreters an die Beschwerdegegnerin vom 27. April 2018 act. G 1.3 im Verfahren IV 2018/153). Denn für die gerichtliche Beurteilung ist allein der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene Sachverhalt massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2018, 9C\_135/2018, E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 132 V 220 E. 3.1.1). In Anbetracht des fehlenden Rentenanspruchs (siehe hierzu nachstehende E. 4) kann auch keine Rede davon sein, die Beschwerdegegnerin habe den Grundsatz Eingliederung vor Rente verletzt. Bei veränderter Mitwirkungsbereitschaft steht es dem Beschwerdeführer frei, sich bei der

Beschwerdegegnerin zur Prüfung eines allfälligen Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen erneut zu melden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2019, 9C\_56/2019, E. 5.2). Im Verfahren IV 2018/123 umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Rentenverfügung vom 12. März 2018 auf die Einschätzung der SMAB-Gutachter (IV-act. 160). Der Beschwerdeführer hält diese in verschiedener Hinsicht für mangelhaft. Der Beschwerdeführer bezweifelt, dass Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ über eine fachlich genügende Qualifikation als Gutachter verfügen würden (act. G 7, Rz 32 f., 36 und 38, im Verfahren IV 2018/123, und act. G 23, Rz 30 und Rz 33 f.). Gemäss Medizinalberuferegister erwarb Dr. G.\_\_\_\_ in Deutschland im Jahr 1996 den Weiterbildungstitel "Chirurgie" und im Jahr 2007 den Weiterbildungstitel "Orthopädische

Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates". Die Anerkennung dieser Weiterbildungstitel für die Schweiz und die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung erfolgten im Jahr 2016. Demnach verfügt Dr. G.\_\_\_\_ über die notwendigen Fachqualifikationen, um in das Fachgebiet der Orthopädie fallende Leiden zu beurteilen. Aus den Ausführungen des Beschwerdeführers und den von ihm eingereichten Ergebnissen einer Internetrecherche ergeben sich keine Anhaltspunkte, welche die Fachqualifikation von Dr. G.\_\_\_\_ als Orthopäde in Frage stellen würden. Daran vermag insbesondere nichts zu ändern, dass sich seine Tätigkeit offenbar auf den gesamten Bewegungsapparat und nicht ausschliesslich auf die Wirbelsäule bezieht. Der Beschwerdeführer legt denn auch nicht substantiiert dar, weshalb Dr. G.\_\_\_\_ aus fachlicher Sicht generell nicht in der Lage wäre, die in das Fachgebiet der Orthopädie fallenden Wirbelsäulenschäden lege artis zu beurteilen. Solche Anhaltspunkte ergeben sich auch nicht aus seiner Begutachtung. Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass Dr. G.\_\_\_\_ u.a. die Zusatzqualifikation "Chirotherapie" erwarb (act. G 7, Beilage 5, im Verfahren IV 2018/123). Die Chirotherapie ist eine Handgrifftechnik zur Diagnostik und Therapie reversibler Funktionsstörungen der Wirbel- und Extremitätengelenke (siehe hierzu Pschyrembel, 267. Auflage, Berlin 2017, S. 319). Dies spricht zusätzlich gegen die Kritik des Beschwerdeführers, Dr. G.\_\_\_\_ sei fachlich nicht zur Beurteilung von Wirbelsäulenleiden in der Lage. Dr. H.\_\_\_\_ erwarb je in Deutschland im Jahr 2002 den Weiterbildungstitel "Neurologie" und im Jahr 2003 den Weiterbildungstitel "Psychiatrie und Psychotherapie". Die Anerkennung dieser Weiterbildungstitel sowie die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung für die Schweiz erfolgten im Jahr 2016. Nach eigenen Angaben ist er neben seiner privatärztlichen Praxistätigkeit seit 2007 als freiberuflicher neurologischer und psychiatrischer Gutachter tätig (act. G 7, Beilage 8, im Verfahren IV 2018/123). Dr. H.\_\_\_\_ verfügt damit sowohl über die für eine neurologische als auch psychiatrische Begutachtung erforderlichen Fachqualifikationen. Der Beschwerdeführer legt weder dar noch ist erkennbar, dass die Zugehörigkeit zum Berufsverband der Psychiater im Verhältnis zum Weiterbildungstitel zusätzliche Aussagen über die Fachqualifikation zulässt (siehe zum entsprechenden Vorbringen act. G 7, Rz 33, im Verfahren IV 2018/123). Aus dem Lebenslauf geht ausserdem hervor, dass Dr. H.\_\_\_\_ in den Jahren 2000 bis 2003 als Assistenzarzt in der Psychiatrischen Abteilung am Klinikum P.\_\_\_\_ tätig war (act. G 7, Beilage 8, im Verfahren IV 2018/123). Des Weiteren ergibt sich aus dem Internetauftritt von Dr. H.\_\_\_\_ unter der Rubrik "Patientenversorgung", dass er sowohl neurologische als auch psychiatrische Krankheitsbilder behandelt. Die nicht näher substantiierte Annahme des Beschwerdeführers, Dr. H.\_\_\_\_ weise keine berufliche Erfahrung im Bereich der Psychiatrie aus (act. G 7, Rz 33, im Verfahren IV 2018/123), erweist sich demnach als nicht stichhaltig. Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ widerspreche den Beurteilungen mehrerer Wirbelsäulenspezialisten. Mit diesen habe sich Dr. G.\_\_\_\_ nicht auseinandergesetzt (act. G 7, Rz 37, im Verfahren IV 2018/123, und act. G 23, Rz 31). Insbesondere habe er zu der von den Ärzten des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ gestellten Diagnose eines "nozizeptiven Schmerzsyndroms" mit keinem Wort Stellung genommen. Ebenso wenig habe er sich mit der Beurteilung auseinandergesetzt, dass der vorhandene Dauerschmerz gemäss dem Beurteilungsschema von Gerbershagen dem Stadium 3 zuzuordnen sei (act. G 23, Rz 32). Von Bedeutung ist zunächst, dass die vom Beschwerdeführer aufgesuchten medizinischen Fachpersonen aus orthopädischer Sicht keine objektivierbare Ursache für die vom Beschwerdeführer als invalidisierend wahrgenommenen Schmerzen fanden. Bereits vor der am 22. Juni 2011 durchgeführten

dynamischen interspinösen Diam-Stabilisation Th12-L2 klagte der Beschwerdeführer über chronische thorakolumbale Schmerzen. Radiologisch zeigte sich keine signifikante Pathologie (Operationsbericht vom 22. Juni 2011, IV-act. 23; siehe auch den Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für FMH für Neurochirurgie, Klinik R.\_\_\_\_, vom 15. November 2011, IV-act. 27). Prof. M.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer vor der Operation durch Dr. Q.\_\_\_\_ wegen der schon damals geklagten starken Kreuzschmerzen gesehen hatte, berichtete am 26. November 2014, bereits damals habe der Schmerzursprung nicht ermittelt werden können. Später klärte er den Beschwerdeführer wiederum mehrmals ab, ohne einen Schmerzursprung nachweisen zu können. Nach der Meinung von Prof. M.\_\_\_\_ wäre es (lediglich) möglich, dass die interspinösen Implantate die Beschwerden unterhielten, und er zeigte sich bezüglich deren Entfernen und einer damit verbundenen Schmerzreduktion sehr pessimistisch (Bericht vom 26. November 2014, IV-act. 66-1; siehe auch den Bericht vom 22. März 2013, worin er festhielt: Der Beschwerdeführer dränge auf eine pathophysiologische Erklärung seiner Beschwerden, was er ihm nicht abliefern könne; IV-act. 68-1). Nach der Entfernung der Implantate erklärte Prof. M.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer am 27. Juli 2016, dass er selbst keine weitere Abklärung oder Infiltration durchführen werde, da er persönlich nicht daran glaube, ihm helfen zu können (IV-act. 60). Im Bericht vom 12. Oktober 2017 wiederholte er, eine operative Behandlung könne er persönlich nicht empfehlen, da die Abklärungen, die er bis anhin vorgenommen habe, gegen eine chirurgische Behandlung sprächen (IV-act. 153). Auch Prof. D.\_\_\_\_ führte im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2015 aus, im SPECT-CT habe kein echter Fokus für die Beschwerden lokalisiert werden können. "Am ehesten" interpretiere er die Beschwerden im Rahmen einer Hypermobilität bei ligamentärer Insuffizienz des "TLÜ bei St. n. DIAM Einlage und Entfernung" (IV-act. 33-2), wobei Prof. M.\_\_\_\_ zuvor im Bericht vom 13. Mai 2015 angab, radiologisch sei die Wirbelsäule stabil (IV-act. 63). Am 3. August 2016 wiederholte Prof. D.\_\_\_\_, sämtliche durchgeführten Abklärungen inklusive SPECT-CT-Untersuchung sowie diagnostische Infiltrationen seien nicht konklusiv gewesen und hätten den Schmerzursprung nicht eindeutig lokalisieren können. Aus diesem Grund verneinte er aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht eine therapeutische Option (IV-act. 59). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit berichtete Dr. F.\_\_\_\_ am 23. Juni 2015 in damit zu vereinbarender Weise, "die Beschwerden sind von der somatischen Seite her schwierig einzuordnen. Entsprechend kann keine Angabe gemacht werden" (IV-act. 50-4). In der Anamnese hielt er "chronische thoraco-lumbale Rückenschmerzen unklarer Ursache" fest (IV-act. 50-3). Er gab im Operationsbericht vom 1. März 2016 ebenfalls an, "ein klarer Schmerzursprung konnte mit sämtlichen Abklärungen nicht eruiert werden" (IV-act. 42-3). Auch Prof. K.\_\_\_\_ vermochte keine fassbare Schmerzursache zu eruieren und erklärte dem Beschwerdeführer ausdrücklich, dass keine chirurgischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschwerden bestünden (Bericht vom 25. Oktober 2017, IV-act. 132; siehe auch dessen Ausführungen im Bericht vom 16. Januar 2017, act. G 23.3). Das Gutachten der SMAB enthält eine ausführliche Darstellung der medizinischen Vorakten, deren wesentliche Inhalte zusammengefasst wiedergegeben werden (IV-act. 94-3 ff.). Dr. G.\_\_\_\_ gab am Anfang des orthopädischen Teilgutachtens bei der Beschreibung der Ausgangssituation das Ergebnis der bisherigen Abklärungsbemühungen zusammengefasst und inhaltlich korrekt wieder (IV-act. 94-24) und berücksichtigte die bisherigen Ergebnisse der bildgebenden Abklärungen (IV-act. 94-10). Zudem nahm er im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine schlüssige Würdigung der Akten vor (IV-act. 94-33 unten). In mit den

Vorakten zu vereinbarenden Weise zog er den Schluss, dass die vom Beschwerdeführer als sehr stark beschriebene Schmerzsymptomatik durch klinische Untersuchungsverfahren nicht objektiviert werden können. "Unzweifelhaft" vorhanden seien degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, welche hingegen bei leistungsgerechten leichten bis mittelschweren Tätigkeiten wie dem angestammten Beruf zu keiner Leistungseinschränkung führten, da keine ausgeprägten degenerativen Veränderungen mit erheblichen Bandscheibenschädigungen und keine rezidivierende radikuläre Symptomatik vorlägen. Es fehlten auch posttraumatische Deformierungen, eine höhergradige Skoliose und eine fortgeschrittene Spondylosisthese (IV-act. 94-33; siehe auch IV-act. 94-14 unten). Dies deckt sich etwa mit der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_, welcher der Osteochondrose L5/S1 keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (IV-act. 50-2). Auch Prof. S.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik O.\_\_\_\_, mass der Segmentdegeneration L5/S1 keine relevante Bedeutung zu (Bericht vom 21. März 2018, act. G 23.5). Zu ergänzen bleibt, dass auch die verschiedenen bildgebenden Abklärungen an der LWS vom 20. Oktober 2017 (siehe hierzu IV-act. 142-2 f.) keine relevanten Veränderungen und keine Indikation für einen wirbelsäulenchirurgischen Eingriff ergaben (Bericht von Prof. K.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2017, IV-act. 132-2). Der Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. G.\_\_\_\_ habe sich nicht genügend mit den Vorakten auseinandergesetzt oder damit nicht zu vereinbarende Schlüsse gezogen, trifft nicht zu. Dies gilt umso mehr, als die Vorakten keine nachvollziehbar auf ein objektivierbares Wirbelsäulenleiden zurückzuführende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestätigten, die in Widerspruch zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. G.\_\_\_\_ steht. Daran vermögen auch die unbegründeten Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. B.\_\_\_\_ nichts zu ändern (siehe etwa IV-act. 121 und IV-act. 137). Unbehelflich sind die Ausführungen des Beschwerdeführers zum "nozizeptiven Schmerzsyndrom" bzw. zur Zuordnung des geklagten Dauerschmerzes gemäss dem Beurteilungsschema von Gerbershagen (act. G 27, Rz 32). Denn dabei handelt es sich lediglich um Charakterisierungen der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen bzw. des syndromalen Leidens. Dadurch wird weder eine somatische Ursache nachgewiesen noch ein bestimmter Arbeitsunfähigkeitsgrad begründet. Im Übrigen legt der Beschwerdeführer nicht konkret dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass die Gutachter zu Schlüssen gelangten, die im Widerspruch zu den genannten Charakterisierungen stehen. Hinzu kommt, dass das Beurteilungsschema nach Gerbershagen primär auf der Selbsteinschätzung der versicherten Person und deren Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen beruht (vgl. act. G 23.16). Dies wird auch anhand des - von den Gutachtern berücksichtigten (IV-act. 94-6) - Berichts von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2015 deutlich: So sprach dieser - ausserhalb der Diagnosestellung - von einem chronifizierten, überwiegend nozizeptiven Schmerzsyndrom mit Chronifizierung Stadium 3 nach Gerbershagen (IV-act. 50-3 unten), ohne dass er einerseits eine somatische Ursache fand noch gestützt darauf eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (IV-act. 50-4). Angesichts dessen, dass Dr. G.\_\_\_\_ keinen in den Fachbereich der Orthopädie fallenden Schaden für die geklagten Schmerzen und deren Ausmass fand, war es auch nicht erforderlich, sich mit dessen Charakterisierung nach Gerbershagen näher auseinanderzusetzen. Die "Diagnose" eines chronifizierten überwiegend nozizeptiven Schmerzsyndroms/Chronifizierungsstadium 3 nach Gerbershagen wurde denn auch nicht orthopädischerseits, sondern durch die am Schmerzzentrum behandelnden Anästhesiologen im Bericht vom 8. April 2016 gestellt (IV-act. 44; siehe auch den Bericht vom 13. Juni 2016, IV-act. 51), der Eingang in das Gutachten fand (IV-act. 94-8 f.). Dieser Bericht

enthält keine Arbeitsunfähigkeitsschätzung und auch keine relevanten objektiven Befunde, die geeignet wären, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. G. \_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Im Übrigen stellten die Anästhesiologen des Universitätsspitals C. \_\_\_ im Bericht vom 12. September 2017 keine vergleichbare Diagnose (IV-act. 131). Nicht zu beanstanden ist ferner, dass die von Dr. G. \_\_\_ schlüssig begründeten Inkonsistenzen (IV-act. 94-32, IV-act. 94-33 oben; siehe bezüglich des Sitzverhaltens des Beschwerdeführers ohne Schonhaltung auch die Feststellungen von Dr. H. \_\_\_ in IV-act. 94-55 oben) Eingang in die gutachterliche Beurteilung fanden und bei der Konsistenzbeurteilung berücksichtigt wurden (IV-act. 94-20). Er legte u.a. nachvollziehbar dar, dass die vom Beschwerdeführer demonstrierte Bewegungseinschränkung in verschiedenen, unbeobachtet geglaubten Momenten schlichtweg nicht mehr vorhanden gewesen sei (IV-act. 94-33). Für nicht schlüssig hält der Beschwerdeführer die Beurteilung von Dr. H. \_\_\_, es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor und die Arbeitsunfähigkeit betrage 30%. Er setze sich nicht mit der Diagnose "nozizeptives Schmerzsyndrom" auseinander, sondern suche den "Ausweg" über die Diagnose einer "somatoformen Schmerzstörung". Eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen und Beurteilungen der diversen Ärzte wäre jedoch notwendig. Folge man der Beurteilung von Dr. H. \_\_\_, dass eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, so genüge das Gutachten nicht den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, zumal die Standardindikatoren gemäss Urteil "9C\_942/2014" nicht abgehandelt worden seien (act. G 23, Rz 35 f.). Bezüglich des "nozizeptiven Schmerzsyndroms" kann zunächst auf die Ausführungen unter vorstehender E. 3.2.3 verwiesen werden. In den Akten liegen weder fachneurologische noch fachpsychiatrische Berichte, mit denen die Einschätzung von Dr. H. \_\_\_ nicht zu vereinbaren wäre bzw. mit denen er sich hätte vertiefter auseinandersetzen können (vgl. die diesbezüglich schlüssigen Ausführungen von Dr. H. \_\_\_ in IV-act. 94-48 und IV-act. 94-56). Dr. H. \_\_\_ nahm im Rahmen der Problemstellung ausdrücklich Bezug zum Bericht des Schmerzzentrums am KSSG vom 13. Juni 2016 (IV-act. 94-39 und IV-act. 94-51; zum Bericht siehe IV-act. 51). Dessen Inhalt, insbesondere bezüglich der Charakterisierung des syndromalen Leidens, war ihm somit bekannt. Im Einklang mit der somatischen Aktenlage (siehe hierzu vorstehende E. 3.2.1) gelangte Dr. H. \_\_\_ zur Auffassung, dass die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beeinträchtigungen in ihrer Quantität und Qualität nicht "[ausschliesslich]" auf eine organische Ursache zurückgeführt werden könnten (IV-act. 94-45). Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hat er plausibel und in Würdigung der Voraktenlage begründet (IV-act. 94-45 und IV-act. 94-48 f.) und wird durch verschiedene Erkenntnisse in den übrigen Akten gestützt. Bereits Dr. Q. \_\_\_ beschrieb am 15. September 2011 eine übertriebene Körperempfindlichkeit (IV-act. 26). Die medizinischen Fachpersonen des Schmerzzentrums am KSSG sprachen von einer erhöhten Aufmerksamkeit für körperliche Symptome (siehe hierzu auch die gutachterliche Würdigung in IV-act. 94-18), einem extremen Schmerzverhalten, einem ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhalten sowie einer fixierten Vorstellung über den Behandlungsverlauf (Bericht vom 8. April 2016, IV-act. 44-1 unten). Die medizinischen Fachpersonen der Abteilung Schmerztherapie am Universitätsspital C. \_\_\_ wiesen bei der Diagnose auf eine "Somatisierungskomponente bei medizinisch nicht sicher nachvollziehbarer Krankheitstheorie des Patienten" hin (Bericht vom 12. September 2017, IV-act. 131-1). Sie stellten "deutliche Anzeichen auf eine psychische Überlagerung" (IV-act. 131-2 unten) bzw. "deutliche Zeichen einer Somatisierungsstörung" fest, die psychologisch-psychiatrisch mitzubehandeln seien

(IV-act.131-2 Mitte). Soweit sie sich überhaupt aus schmerztherapeutischer Sicht zur Arbeitsfähigkeit äussern, setzen sie sich nicht mit der gutachterlichen Einschätzung auseinander und nennen insbesondere keine objektiv relevanten Gesichtspunkte, welche die Gutachter ausser Acht gelassen hätten. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist ausserdem vage formuliert und enthält keine - zumindest keine erkennbare - von der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers unabhängige Konsistenz- oder Ressourcenprüfung. Von Bedeutung für die Beurteilung der Aussagekraft der Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ ist ausserdem, dass Prof. K.\_\_\_\_ ebenfalls vom Bestehen einer "somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung" ausging und diesbezüglich ausdrücklich auf das Gutachten verwies (IV-act. 132-2). Als aktenwidrig erweist sich das nicht näher begründete Vorbringen, Dr. H.\_\_\_\_ habe keine den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) genügende Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung vorgenommen und die Standardindikatoren nicht abgehandelt. So beinhaltet das psychiatrische Teilgutachten eine die massgebenden Standardindikatoren umfassende Beurteilung sowohl unter dem Aspekt "funktioneller Schweregrad" als auch unter demjenigen der "Konsistenz" (IV-act. 94-47 f.; siehe hierzu BGE 141 V 297 f. E. 4.1.3). Aus der Sicht des Beschwerdeführers kann der gutachterlichen Auffassung nicht gefolgt werden, es lägen keine somatischen Beschwerden vor, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die Gutachter würden nicht beschreiben, "welche Auswirkungen die diagnostizierten Beschwerden im Alltag haben, sondern direkt zum Schluss gelangen, diese würden sich in der bisherigen Tätigkeit nicht auswirken", ohne jedoch zu wissen, "welche Anforderungen die bisherige Tätigkeit stellt". Ebenso wenig würden die Gutachter ausführen, weshalb sich die somatischen Beschwerden in der bisherigen Tätigkeit nicht auswirken würden (act. G 23, Rz 37). Dr. G.\_\_\_\_ legte schlüssig u.a. gestützt auf eine Konsistenzprüfung dar, dass zwar somatische Gesundheitsschäden bestünden, diese jedoch bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten zu keiner quantitativen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen, und dass die darüber hinaus geklagten Schmerzen keine somatisch erklärbare Ursache haben (siehe hierzu vorstehende E. 3.2.2). Die Anforderungen an leidensangepasste Tätigkeiten wurden ausführlich und nachvollziehbar umschrieben (IV-act. 94-12 f; siehe zum Belastungsprofil auch IV-act. 94-33 Mitte). Der Beschwerdeführer benennt denn diesbezüglich auch keine konkreten Mängel und legt auch nicht nachvollziehbar dar, dass die angestammte Tätigkeit nicht wechselbelastend (sitzend-stehend) gestaltet werden könnte. Soweit der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit für nicht mehr zumutbar hält, gibt er zur Begründung im Wesentlichen das lange Sitzen an (IV-act. 94-27). Diesbezüglich beschrieben die Gutachter Inkonsistenzen (siehe vorstehende E. 3.3). Angesichts des aktenkundigen ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhaltens (Bericht vom 8. April 2016, IV-act. 44-1 unten) bzw. der Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers (siehe vorstehende E. 3.4.2) ist seine abweichende Selbsteinschätzung für sich allein nicht geeignet, Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Ausserdem bringt der Beschwerdeführer vor, hätten die Gutachter sorgfältig gearbeitet, hätten sie bemerkt, dass die autochthone Rückenmuskulatur an den Dornfortsätzen ausgerissen gewesen sei. Aufgrund des Befundes von Prof. S.\_\_\_\_ sei nachgewiesen, dass die mehrfach geklagten Beschwerden zutreffend seien (act. G 23, Rz 38). Bei seiner Kritik übersieht der Beschwerdeführer, dass der Abriss der autochthonen Rückenmuskulatur Folge des von Prof. S.\_\_\_\_ am 4. Mai 2018 durchgeführten operativen Eingriffs ("dorsale instrumentierte Spondylodese thorakal 11 bis L2") war. Indikation hierfür bildete eine "Micro Instabilität" in den Segmenten thorakal 11 bis L2. Anlässlich der Operation wurde die autochthone

Rückenmuskulatur elektrokaustisch abpräpariert. Nach dem Setzen der Schrauben wurde die autochthone Rückenmuskulatur an die Dornfortsätze readaptiert (Operationsbericht vom 4. Mai 2018, act. G 23.8). Anlässlich der Operation vom 4. Mai 2018 wurde bezüglich der autochthonen Rückenmuskulatur kein vorbestehender Schaden bzw. Abriss beschrieben (act. G 23.8). So ist - wie auch bei sämtlichen anderen medizinischen Vorakten - in den Berichten von Prof. S.\_\_\_\_ vom 21. März 2018 (act. G 23.5) und 24. April 2018 (act. G 23.7) noch keine Rede von einem Abriss der autochthonen Rückenmuskulatur. Vielmehr lässt sich dem Bericht vom 24. April 2018 entnehmen, dass die autochthone Rückenmuskulatur durch den operativen Eingriff betroffen sein würde, wies Prof. S.\_\_\_\_ doch darauf hin, dass nach der Operation 6 Wochen lang keine Beübung der autochthonen Rückenmuskulatur stattfinden dürfe (act. G 23.7, S. 2). Die bildgebende Untersuchung vom 4. Oktober 2018 (MR BWS-LWS nativ) war aufgrund des klinischen Befundes "Muskeldehiszent nach dorsaler Spody" veranlasst worden (act. G 23.10). Prof. S.\_\_\_\_ stellte zudem im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2018 in damit zu vereinbarender Weise die Diagnose "Abriss autochthone Rückenmuskulatur bei Status nach dorsaler thorakolumbalen Spondylodese", die Grund zu einer im Zeitraum vom 10. bis 15. Oktober 2018 durchgeführten Revision der Spondylodese bildete (act. G 23.11). Unter diesen Umständen erweist sich der an die SMAB-Gutachter gerichtete Vorwurf des Beschwerdeführers als unzutreffend. Im Übrigen nahm Prof. S.\_\_\_\_ nicht - insbesondere auch nicht rückwirkend - Stellung zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Seinen Ausführungen kann denn auch nicht entnommen werden, dass der von ihm beschriebene Abriss der autochthonen Rückenmuskulatur Ursache der langjährig vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen wäre. Es ergeben sich aus seinen Berichten auch keine objektiv wesentlichen Befunde, die bereits im Zeitpunkt der Begutachtung bestanden und von den SMAB-Gutachtern übersehen wurden. Die Frage, ob der Abriss der autochthonen Rückenmuskulatur zu einer (zusätzlichen) Arbeitsunfähigkeit führte, kann offenbleiben, da er nicht den vorliegend für die gerichtliche Überprüfung massgebenden Sachverhalt bis zum 12. März 2018 betrifft (siehe hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2018, 9C\_135/2018, E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 132 V 220 E. 3.1.1). Bei der Würdigung der gutachterlichen Beurteilung fällt schliesslich ins Gewicht, dass sie auf polydisziplinären Untersuchungen beruht, die Leiden des Beschwerdeführers umfasst, in Berücksichtigung der massgebenden Vorakten erfolgte sowie eine schlüssige Konsistenz- und Ressourcenprüfung enthält. Ergänzend kann auf die Würdigung der gutachterlichen Beurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. N.\_\_\_\_ verwiesen werden (Stellungnahme vom 6. März 2018, IV-act. 158). Gestützt darauf ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht über eine 70%ige Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch eine leidensangepasste Tätigkeit verfügt. Des Weiteren ist die Frage zu beantworten, ob sich der medizinische Sachverhalt seit der Begutachtung im April 2017 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (12. März 2018) erheblich verschlechterte, zumal bereits Dr. G.\_\_\_\_ darauf hinwies, bei den degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (siehe hierzu etwa IV-act. 94-24) handle es sich um Dauerschäden mit der Tendenz zum Fortschreiten (IV-act. 94-34). Aus dem Bericht von Prof. K.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2017 lässt sich kein verschlechterter Gesundheitszustand an der Lendenwirbelsäule entnehmen. Die bildgebenden Abklärungsergebnisse vom 20. Oktober 2017 (siehe hierzu IV-act. 142-2 f.) ergaben abgesehen von einer Osteochondrose L2/3 und L5/S1 bzw. einer geringgradigen Bandscheibenprotrusion auf Höhe L2/3 und L5/S1 ohne Kompression der Nervenwurzel

oder des Spinalkanals keine Auffälligkeiten (IV-act. 132). Zuvor gab Prof. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Januar 2017 an, der Befund sei im Vergleich zur Untersuchung im Oktober 2015 unverändert geblieben (zur Berücksichtigung der damaligen Ergebnisse im Rahmen der Begutachtung siehe etwa IV-act. 94-6 f.). Es bestünden global unveränderte multisegmentale degenerative Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule. Grundsätzlich persistiere die Situation wie bereits vor eineinhalb Jahren (act. G 23.3). Eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Veränderung ist daher zu verneinen, zumal bereits Dr. F.\_\_\_\_ der Osteochondrose L5/S1 keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beimass (Bericht vom 23. Juni 2015, IV-act. 50-2). Auch aus dem Bericht der Schmerztherapeuten des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vom 12. September 2017 gehen keine Hinweise auf einen verschlechterten Gesundheitszustand hervor (IV-act. 131). Nichts anderes gilt mit Blick auf den Bericht von Prof. M.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2017 (IV-act. 153). Vor diesem Hintergrund leuchtet die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. N.\_\_\_\_ vom 6. März 2018 ein, dass kein Anlass bestehe, von der Einschätzung der Gutachter abzuweichen (Stellungnahme vom 6. März 2018, IV-act. 158-3). Aus den erst nach dem Verfügungserlass ergangenen medizinischen Berichten von Prof. S.\_\_\_\_ lassen sich keine rückwirkenden Schlüsse auf eine zuvor eingetretene dauerhafte gesundheitliche Verschlechterung ziehen. Indikation für die am 4. Mai 2018 durchgeführte Spondylodese Th 11-L2 bildeten segmentale Degenerationen thorakal 11 bis L2 nach multiplen Voreingriffen bzw. eine "Micro Instabilität" in diesen Segmenten (act. G 7, Beilage 2, im Verfahren IV 2018/123; siehe auch den Austrittsbericht vom 9. Mai 2018, act. G 7, Beilage 3, im Verfahren IV 2018/123). Die von Prof. S.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. März 2018 beschriebenen zervikalen Segmentdegenerationen zeigten keinerlei Pathologie und bedurften nach seiner Auffassung keiner Therapie. Das festgestellte Hämangiom sei asymptomatisch. Die Segmentdegeneration L5/S1 sei langjährig bekannt und stehe im Hintergrund. Für zentral hielt er die Beschwerden im thorakolumbalen Übergang (act. G 23.5), ohne eine fassbare Verschlechterung zu beschreiben, die bereits bei Verfügungserlass bestanden hätte (vgl. auch den Bericht von Prof. S.\_\_\_\_ vom 24. April 2018, act. G 23.7). Diesbezüglich lässt sich auch dem Bericht vom 3. Mai 2018 von Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsspital U.\_\_\_\_, keine relevante Verschlechterung entnehmen. Er riet im Gegensatz zu Prof. S.\_\_\_\_ und im Einklang mit früheren medizinischen Einschätzungen (siehe hierzu vorstehende E. 3.2.1 und die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ in IV-act. 94-33 unten) von einem Eingriff im thorakolumbalen Bereich ab (act. G 23.6). Der Beschwerdeführer macht denn auch gestützt auf die Berichte von Prof. S.\_\_\_\_ nicht substantiiert geltend, sein Gesundheitszustand habe sich noch vor Verfügungserlass verschlechtert (act. G 7 im Verfahren IV 2018/123 und act. G 23). Ausgehend von einer spätestens ab Juli 2015 bescheinigten 70%igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf die angestammte und eine andere leidensangepasste Tätigkeit (IV-act. 94-13) verbleibt die Ermittlung des Invaliditätsgrads. Dabei kann offenbleiben, ob die aus medizinischer Sicht bescheinigte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht eine Invalidität begründet (was die Beschwerdegegnerin anzweifelt, IV-act. 160-2) oder ob der Beschwerdeführer überhaupt das Wartehjahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllte (zur retrospektiven gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung siehe IV-act. 94-13). Denn selbst wenn diese Fragen bejaht würden, resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Mit Blick darauf, dass die angestammte Tätigkeit einer leidensangepassten entspricht, kann zur Bestimmung des Invaliditätsgrads ein Prozentvergleich vorgenommen werden, da die Vergleichseinkommen im Sinn von Art. 16 ATSG auf der gleichen Grundlage zu

bestimmen sind. Unter diesen Umständen sind auch keine leidensbedingten lohnwirksamen Nachteile bezogen auf den hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu erwarten, da der Beschwerdeführer sich nicht in einem neuen Beruf betätigen muss, sondern im angestammten arbeiten und somit auch auf seine früheren Erfahrungen zurückgreifen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2011, 8C\_10/2011, E. 7). Der Beschwerdeführer fordert denn auch einzig einen Teilzeitabzug. Gemäss der nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für die Frage des Teilzeitabzugs massgebenden Tabelle des Bundesamts für Statistik T18, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2016, liegt der statistische Lohn für Teilzeit, Männer, im Bereich von 50% bis 74% sowohl in der beruflichen Stellung "1 + 2" (Fr. 10'244.--) als auch "3" (Fr. 8'001.--) weniger als 10% unter dem statistischen Lohn für Vollzeit (90% oder mehr; Fr. 10'921.-- bzw. Fr. 8'795.--). Damit fällt ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10% in Betracht (im Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2019, 9C\_44/2019, E. 4.3 wurde bei vergleichbarem Sachverhalt ein Teilzeitabzug von 5% bestätigt), zumal keine weiteren Abzugsgründe ersichtlich sind. Bei einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit und einem allfälligen 10%igen Tabellenlohnabzug resultiert im Rahmen des Prozentvergleichs ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 37% ( $30\% + [70\% \times 10\%]$ ). Nach dem Gesagten sind die Beschwerden sowohl im Verfahren IV 2018/123 (betreffend Rente) als auch im Verfahren IV 2018/153 (betreffend berufliche Massnahmen) abzuweisen. Die beiden Beschwerdeverfahren sind kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Gerichtskosten von Fr. 600.-- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der in beiden Verfahren vollständig unterliegende Beschwerdeführer hat die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde im Verfahren IV 2018/123 betreffend Rente wird abgewiesen. Die Beschwerde im Verfahren IV 2018/153 betreffend berufliche Massnahmen wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.