

SO_GERICHTE VSBES.2018.79 vom 29. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.79_d20190329

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.79 du 29 mars 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.79 del 29 marzo 2019

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 31. Januar 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2018 beruhe auf nicht rechtsgenügenden medizinischen Abklärungen. Demnach ist der medizinische Sachverhalt im Folgenden darzulegen:

3.1 Dem Bericht des K.____ vom 3. Dezember 2014 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. bis 20. November 2014 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Bilaterale Lungenembolien, rechts parazentral, links segmental mit V.a. Infarktpneumonitis und Pleuritis unklarer Ätiologie, DD: Neoplasie, TVT, genetisch, CT-Thorax 16.11.14: Nachweis von multiplen Lungenembolien ab parazentral rechts, segmental links, jeweils Unterlappen. Dorsobasale Transparenzminderungen, DD Lungenembolie-assoziert, DD zusätzliche Infektkomponente nicht auszuschliessen. Indeterminierte Noduli am Interlobium links, Duplex 17.01.14: keine Hinweise für Beinvenenthrombose, RF: positive Familienanamnese (Faktor-V-Leiden-Mutation und APC-Resistenz bei Schwester bekannt); 2. Hyponatriämie, a.e. medikamentös bei Antidepressiva-Einnahme, Natrium 130 mmol/l; 3. Psoriasis mit anamnestisch St.n. Psoriasisarthritis; 4. Folsäure- und Vitamin B12-Mangel, Substitutionstherapie, Anti-Intrinsic-Faktor-Antikörper und Anti-Parietalzell-Antikörper: negativ». Als Nebendiagnose wurde ein Status nach Osteosynthese bei Weber-B-Fraktur links 04/2014 angegeben.

Unter dem Titel «Beurteilung und Verlauf» wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient habe berichtet, dass seit dem 12. November 2014 intermittierend eine Dyspnoe bestehe und er an rechtsthorakalen Thoraxschmerzen leide. Die Thorax-schmerzen seien vor allem inspiratorisch verstärkt. Die Dyspnoe habe im Verlauf deutlich zugenommen. Am 15. November 2014 sei zusätzlich Husten mit blutig-tingiertem Sputum hinzugekommen, sodass sich der Patient in [...] auf der Notfallstation vorgestellt habe. Beinschmerzen oder eine vorausgegangene Immobilisation habe er verneint. Fieber habe er nicht gemessen, er habe sich jedoch febril gefühlt. Bei Eintritt habe sich ein 54-jähriger Patient in reduziertem Allgemein- und unauffälligem Ernährungszustand präsentiert. Er sei subfebril, normoton sowie normokard gewesen und die Sauerstoffsättigung habe 93 % bei Raumluft betragen. Kardial hätten sich reine Herztöne ohne Strömungsgeräusche auskultieren lassen. Pulmonal habe sich ein vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenfeldern gefunden. Der übrige internistische Status sei ohne wegweisende Befunde gewesen. Bei einem CT-Thorax habe sich ein Befund gezeigt, welcher mit einer ausgeprägten Lungenembolie beider Unterlappen vereinbar gewesen sei. Zudem habe sich eine noduläre Veränderung interlobär gefunden. Es sei eine Therapie mit Fragmin begonnen worden. Am 17. November 2014 sei eine Duplexsonographie der Beinvenen durchgeführt worden. Hierbei hätten sich keine

Hinweise für eine frische oder ältere tiefe Beinvenenthrombose gezeigt. Überlappend zur Fragmintherapie sei mit der Medikation mit Marcoumar begonnen worden. Bei bekannter Faktor-V-Leiden-Mutation der Schwester sei zusätzlich eine Gerinnungsdiagnostik durchgeführt worden, da der Patient Kinder habe. Hierbei habe man eine heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation sowie eine heterozygote Prothrombin G20210A-Mutation festgestellt. Ein Folsäuremangel sowie ein Vitamin-B12-Mangel seien substituiert worden. Zusätzlich seien Parietalzell- sowie Intrinsic-Faktor-Antikörper abgenommen worden; diese seien im Normbereich gelegen. Am 20. November 2014 habe der Patient in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 14.88).

3.2 Am 13. Januar 2015 erlitt der Beschwerdeführer einen Unfall, als er zu Hause unter der Dusche ausrutschte und sich dabei die Rippen (links) am Duschhalter aufschlug (vgl. Schadenmeldung UVG vom 21. Januar 2015; IV-Nr. 14.83). Aus dem Bericht des L. ____, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 21. Januar 2015 geht hervor, es bestehe eine unauffällige Darstellung des Rippenthorax, ein Hinweis auf eine dislozierte Fraktur sei nicht vorhanden. Es bestehe kein Pleuraerguss bzw. Hämatothorax. Ebenso wenig sei ein Pneumothorax feststellbar. Die Herzgrösse sei im Normbereich, der Patient sei kardial kompensiert (IV-Nr. 14.86).

3.3 Aus dem Bericht der E. ____, [...], vom 19. Mai 2015 über die ambulante Sprechstunde vom 12. Mai 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: «1. Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) bei chronisch rezidivierenden Zervikobrachialgien links, unklarem Thoraxschmerz, rezidivierendem Thoraxschmerz bei St.n. Lungenembolie mit Belastungsdyspnoe, Psoriasis vulgaris mit anamnestischer Psoriasisarthritis; 2. Psychosoziale Belastungssituation mit positiver Testung im DASS auf eine Angststörung; 3. St.n. Osteosynthese einer Weber-B-Fraktur links; 4. Thrombophilie bei Faktor V-Leiden Mutation».

Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte über eine Rotatorenmanschettenruptur in der rechten Schulter im Jahr 2010 mit operativer Versorgung im K. ____. Seit Frühjahr 2014 bestünden verschiedene Traumata wie Rotationstrauma der linken Schulter mit Anschlagen der Hand im Gesicht und Vorstellung in der interdisziplinären Notfallstation des K. ____. Kurze Zeit später sei ein Supinationstrauma mit dislozierter Weber-B-Fraktur linksseitig und nachfolgender osteosynthetischer Versorgung aufgetreten. Die postoperative Versorgung sei im VACOPed Stiefel erfolgt. Seit August 2014 sei dann die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt worden. In dieser Zeit habe sich ein Hautausschlag zunehmend ausgebreitet, beginnend in den Hörgängen, jetzt aktuell bei beiden Händen sowie bei den streckseitigen Ellen- und Kniegelenken. Im weiteren Verlauf sei es dann zu intermittierender Dyspnoe mit rechts thorakalen Schmerzen gekommen. Es sei eine stationäre Einweisung ins L. ____ erfolgt und eine Überweisung ins K. ____. Hier sei eine Lungenembolie festgestellt worden. Im weiteren Verlauf sei dann auch eine Thrombophilieerkrankung bei Faktor V-Leiden Mutation und positiver Familienanamnese festgestellt worden. Nachfolgend sei eine Dauertherapie mit Antikoagulantien (Marcoumar) erfolgt. Der Patient gebe an, dass er sich insbesondere nach der Lungenerkrankung nie vollständig erholt habe. Er fühle sich schlapp. Es bestünden wechselnde Schmerzen im Oberkörper mit Schwindelattacken und Appetitlosigkeit. Die körperliche Belastbarkeit sei deutlich herabgesetzt und werde mit 10 Minuten angegeben. Der Patient berichte über Schmerzen im Oberkörper, insbesondere im Brustbeinbereich. Der Schmerz fühle sich teilweise wie ein «Durchschuss» an. Durch Entspannung werde der

Schmerz besser. Ausserdem bestehe ein Nackenschmerz insbesondere bei der HWS-Rotation. Er habe das Gefühl, dass etwas einklemme, sodass er dann kaum gerade stehen könne. Durch Entspannung werde die Schmerzsymptomatik besser. Insbesondere die stechenden Schmerzen im Brustkorbbereich bereiteten ihm Angst hinsichtlich eines erneuten embolischen Geschehens im Thoraxbereich.

Der Arzt führte sodann aus, bei der körperlichen Untersuchung zeige sich ein florides Ekzem an den Streckseiten der Ellen- und Kniegelenke gut handflächengross. Darüber hinaus seien die Finger beginnend an den Grundgelenken befallen. Es zeige sich ein unauffälliges Gangbild mit Beckengeradstand. Das Aufrichten sei etwas verlangsamt. Es bestehe ein diffuser Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der mittleren BWS. Eine Blockierung lasse sich nicht eruieren. Die HWS-Rotation gelinge rechts und links beidseits mit 90 Grad. Bei allgemein verspannter Trapeziusmuskulatur sei jedoch kein fortgeleiteter Schmerz durch eine HWS-Bewegung auslösbar. Die Schultergelenksbeweglichkeit sei frei. Der Faustschluss sei vollständig. Zur psychischen Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte über wiederholte Angstattacken insbesondere beim Stechen in der Brust, was sich auch in einer positiven Testung für eine Angststörung im DASS niederschlage.

Zusammenfassend wurde festgestellt, es bestehe ein chronifiziertes Schmerzgeschehen des Thorax sowie zervikobrachial bei Status nach Lungenembolie. Darüber hinaus zeige sich eine zunehmende Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit durch die Schmerzen. Im Vorfeld zum Entscheid für die Aufnahme zu einer multimodalen stationären Gruppenschmerztherapie werde um eine erneute lungenfachärztliche Beurteilung der vom Patienten beschriebenen Belastungsdyspnoe gebeten. Darüber hinaus sollte ein rheumatologisches Konsil zur Optimierung der Psoriasis-bedingten Beschwerden veranlasst werden. Dies scheine insbesondere hinsichtlich der belastenden wie auch der psychosozialen Gesamtsituation für den Erfolg einer Schmerztherapie als Voraussetzung (IV-Nr. 14.67).

3.4 Dem Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 10. Juli 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: Dyspnoe/Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit bei/mit Schmerzen Wirbelsäule/links-thorakal bei/mit maximaler Spiroergometrie mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit, fortgesetztem Nikotinkonsum, Ausschluss COPD, normaler Bodyplethysmographie und eingeschränkter CO Diffusion; Bilaterale Lungenembolien (ED 16.11.14), noch unvollständig rekanalisiert; Unklarer Nodus Interlobium links; Mehrere Rippenfrakturen links; Fraktur (DD Pseudarthrose) Processus spinosus HWK 1; Adipositas; Familiäre Koagulopathie vom Typ Faktor V Leiden und Prothrombin G20210A-Mutation; Keilwirbelbildung BWK 7; Verdacht auf anale Fistel links; Psoriasis; St.n. Hyponatämie; St.n. OSG Fraktur links, Osteosynthese.

Die Beurteilung lautete dahingehend, die durchgeführte pulmonale Standortbestimmung habe Folgendes gezeigt: (noch?) nicht komplett rekanalisierte Lungenembolien, Nachweis einer (älteren?) HWK 1 Fraktur, Nachweis von mehreren seit November 2014 neu aufgetretenen z.T. sich noch in Konsolidation befindenden Rippenfrakturen links, nebenbefundlich Verdacht auf Analfistel, Ausschluss einer COPD, Grössenkonstanz von diversen pulmonalen Noduli somit nicht primär als Malignomsuspekt zu werten. Die Befunde erklärten zu einem grossen Teil die persistierenden Schmerzen thorakal und im Bereich der oberen HWS. Die beklagte Atemnot (und die in der Spiroergometrie

objektivierte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit/maximale O₂ Aufnahme) sei auch dadurch gut zu erklären. Im Bereich Atemnot spiele zusätzlich die Adipositas und die Tatsache, dass sich der Patient seit November 2014 und noch mehr seit Januar 2015 (letzter Arbeitstag) körperlich schone (Abnahme der Fitness), sicherlich eine wichtige zusätzliche Rolle. Die Entwicklung einer chronischen thromboembolischen pulmonalen Hypertonie (CTEPH) nach durchgemachten Lungenembolien wäre möglich. Nach knappen sechs Monaten könne noch nicht von einer CTEPH gesprochen werden. Eine Indikation für eine andere Art von medikamentöser Therapie bestehe im Moment nicht. In dieser Situation sei dem Hausarzt zu empfehlen, als nächstes eine Echokardiographie zu veranlassen.

Zum Befund der Rippenfrakturen links wurde Folgendes angegeben: Diese seien seit November 2014 neu aufgetreten. Der Patient könnte sich diese aber auch beim Sturz in der Dusche vom Januar 2015 zugezogen haben. Die Tatsache, dass die Rippenfrakturen noch nicht vollständig konsolidiert seien, erkläre die persistierenden Schmerzen. Zum Befund der HWK 1-Fraktur wolle er (Dr. med. M.____) sich nicht äussern. Es müsste auch die Anamnese gezielt ergänzt werden, um herauszufinden, wann die Fraktur überhaupt passiert sei. Im Weiteren wurde festgehalten, zurzeit und aufgrund der objektivierten Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne vom Patienten keine Arbeitsfähigkeit als Fahrzeugbauer (Militärfahrzeuge) erwartet werden. Diese Tätigkeit würde einer körperlich schweren Arbeit entsprechen, wozu der Patient im Moment nicht in der Lage sei. Die Prognose der Rippenfraktur sei grundsätzlich gut. Die Prognose bezüglich der Rekanalisation der Lungenembolien könne im Moment noch nicht beantwortet werden. Zur Prognose bezüglich der HWK-Fraktur könne keine Stellung bezogen werden (IV-Nr. 14.55).

3.5 Aus dem Bericht des N.____ vom 13. Juli 2015 über die gleichentags durchgeführte 2-Phasen-Skelettszintigrafie geht folgende Beurteilung hervor: Im Bereich des linken Carpometakarpalgelenkes 1 zeige sich eine intensive Steigerung des Knochenstoffwechsels, eher passend zur aktivierten Rizarthrose, es bestehe kein Nachweis von Psoriasis-typischen Anreicherungen und darüber hinaus könne eine fokale Anreicherung mit gesteigertem Stoffwechsel im Bereich des Rippenskeletts links nachgewiesen werden, passend zu älteren Rippenfrakturen. Im Bereich der BWS zeige sich kein eindeutig pathologisch gesteigerter Stoffwechsel, daher handle es sich um eine ältere Fraktur von BWK 7 (IV-Nr. 14.54).

3.6 Dr. med. O.____, Innere Medizin + Rheumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 25. August 2015 folgende Diagnosen: «1. Chronisches zerviko-thorako-vertebrales Schmerzsyndrom mit St.n. Arbeitsunfall 03/2014, Osteochondrose C5/C6, beginnende Spondylolisthesis C4/C5, begleitende Uncovertebralarthrosen mittlere HWS, Keilwirbelfraktur BWK 7 DD posttraumatisch, Wirbelsäulenfehlform- und Fehlhaltung; 2. Linksseitige Thoraxschmerzen, St.n. Kontusion 01/2015 nach Sturz und Kontusion Rippenbogen, St.n. Frakturen, aktuell konsolidiert Rippe 7 und 8 links dorsal; 3. Symptomatisch Rhizarthrose links; 4. Psoriasis vulgaris (ED ca. 2014), aktuell keine sicheren Hinweise (klinisch wie auch skelettszintigrafisch) für eine Psoriasisarthritis; 5. St.n. bilateralen Lungenembolien (ED 16.01.2014), gemäss SPECT-CT vom 23.06.2015 noch nicht vollständig rekanalisiert, Thrombophilie bei Faktor V-Leiden-Mutation, orale Antikoagulation mit Marcoumar».

Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, aus rheumatologischer Sicht könnten derzeit keine sicheren Hinweise auf eine Psoriasis-assoziierte Gelenkserkrankung objektiviert werden. Es sei neben konventionellen Röntgenbildern und

spezifischen labor-chemischen Untersuchungen hinsichtlich Rheumaserologie eine ergänzende 2-Phasen-Gelenksszintigrafie ohne jedoch sicheren Hinweis auf entzündliche Gelenkmanifestationen erfolgt. In der Szintigraphie finde man multiple Anreicherungen passend entweder zu degenerativen Veränderungen oder posttraumatischen Läsionen insbesondere im linken Rippenthorax, passend zu älteren Rippenfrakturen auf Höhe der Rippen 8 bis 10. Im Weiteren habe die durch Dr. med. M.____ veranlasste CT-Thorax- und Abdomen-Untersuchung am 23. Juni 2015 mit der Frage nach vorliegenden Lungenembolien den überraschenden Befund einer Keilwirbelfraktur im Bereich von BWK 7 gezeigt. Aufgrund der negativen Anreicherung in der Szintigraphie könne ein frischeres Frakturleiden ausgeschlossen werden. Inwieweit die erlittene Fraktur im Rahmen der Unfallereignisse im März 2014 sowie im Januar 2015 zu sehen sei, müsse durch den Unfallversicherer abgeklärt werden. Bezüglich therapeutischer Massnahmen sei dem Patienten empfohlen worden, primär die nun eingeleitete ambulante Physiotherapie am K.____ wahrzunehmen, dies insbesondere hinsichtlich der zwischenzeitlich bereits chronifizierten Rückenbeschwerden. Bezüglich aktivierter Rhizarthrose links könnte jederzeit eine intraartikuläre Steroidinfiltration erfolgen. Hinsichtlich Psoriasis vulgaris sei eine dermatologische Standortbestimmung zu empfehlen. Im Weiteren stehe die derzeit für den Patienten auch belastende psychosoziale Problematik mit einer Arbeitsplatzproblematik im Vordergrund. Eine schwere körperlich belastende Tätigkeit, wie sie der Patient zuletzt ausgeübt habe, dürfe mittel- bis langfristig auch zu vermehrten Beschwerden des Bewegungsapparates führen und müsse als ungeeignet bezeichnet werden (IV-Nr. 14.45).

3.7 Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung der Suva (Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kreisarzt) vom 8. September 2015 gab der Beschwerdeführer im Wesentlichen an, in Ruhe schmerzten die Rippen nicht. Allerdings komme es im Liegen unter Druckbelastung noch zu Thoraxschmerzen linksseitig. Eine Behandlung in der E.____ in [...] sei noch nicht erfolgt. Der Versicherte beklage bei Belastungssituationen Luftnot. Täglich müsse er Medikamente zur Schmerztherapie einnehmen. Aufgrund der diagnostizierten Lungenembolien sei eine Antikoagulation mit Marcoumar notwendig. Physiotherapien erfolgten derzeit keine. Im Rahmen der Befunderhebung wurde im Wesentlichen angegeben, im Bereich des Thorax links sei kein Druckschmerz auslösbar. Der Versicherte gebe noch geringe Druckschmerzen paravertebral im Bereich der Halswirbelsäule rechtsseitig an.

Die Beurteilung laute wie folgt: objektiv zeige der Versicherte eine freie Beweglichkeit beider Schultergelenke, der Halswirbelsäule und des linken oberen Sprunggelenks. Subjektiv gebe er Beschwerden im Sinne von Luftnot an. Zusätzlich bestünden Beschwerden aufgrund der Psoriasis vulgaris. Im Weiteren seien subjektiv Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und der linken Schulter vorhanden. Der Versicherte leide unfallfremd an einer Psoriasis vulgaris, an einer bilateralen Lungenembolie mit Antikoagulation und an einer Rhizarthrose linksseitig. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse eine Abgrenzung von unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden erfolgen. Aktuell werde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (IV-Nr. 14.42).

3.8 Dem Bericht von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Kardiologie FMH, vom 8. Oktober 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Zustand nach bilateralen massiven Lungenembolien und Infarktpneumonie 11/14, familiäre Koagulopathie vom Typ Faktor V Leiden (heterozygot) und Prothrombin G20210A-Mutation (heterozygot; ED 11/2014, C.____), unter dauerhafter AOK, noch unvollständig rekanalisiert (SPECT CT

23.06.15); 2. Dyspnoe/Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, am ehesten bei chronischer Dekonditionierung nach bilateralen Lungenembolien (11/14) und mehreren Rippenfrakturen sowie Fraktur des Processus spinosus HWS1 (6/15), Gewichtszunahme (+ 15 kg), fortgesetzter Nikotinkonsum, kein Hinweis auf eine chronische postthromboembolische pulmonale Hypertonie, Ausschluss COPD, kein Ischämienachweis ergometrisch; 3. Psoriasis; 4. St.n. Hyponaträmie (11/2014); 5. St.n. OSG Fraktur links, Osteosynthese (04/2014).

Die Beurteilung lautete dahingehend, beim 55-jährigen Patienten mit Zustand nach massiver bilateraler Lungenembolie sei glücklicherweise kein Hinweis auf eine postthromboembolische pulmonale Hypertonie gefunden worden. Der rechte Ventrikel sei nicht dilatiert, es habe eine gute longitudinale Funktion bestanden. Es seien keine Hinweise auf eine linksventrikuläre Kompression ersichtlich. Es bestehe ein normal grenzwertiger pulmonaler Druck (systolisch und diastolisch). Die Leistungsfähigkeit des Patienten sei leicht eingeschränkt, aber nicht dramatisch. Klinisch habe man keine relevanten Anhaltspunkte für eine pulmonale Hypertonie gefunden, insbesondere bestehe keine Sinustachykardie und die Sauerstoffsättigung bei Raumluft sei noch im normalen Bereich. Die Symptomatik dieses Patienten sei durch eine chronische Dekonditionierung und wegen fehlender vollständiger kardiopulmonaler Rehabilitation gut erklärbar. Dem Patienten sei eine kardiopulmonale und orthopädische Rehabilitation in [...] vorgeschlagen worden, ebenfalls mit dem Ziel, ein Programm für eine Raucherentwöhnung zu beginnen. Er sei mit dem Vorschlag einverstanden (IV-Nr. 14.8).

3.9 Aus dem Bericht des K.____ vom 2. November 2015 geht hervor, der Beschwerdeführer sei aufgrund einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit mit Belastungsdyspnoe bei Status nach Lungenembolie beidseits sowie belastungsverstärkten chronischen rezidivierenden Cervicobrachialgien zur Rekonditionierung und Schmerzlinderung zugewiesen worden. Der Patient klage vor allem über zervikale, thorakale und zerviko-brachiale Schmerzen, welche offenbar mehr oder weniger ständig vorhanden seien und sich bei raschen Kopfbewegungen extrem verstärkten. Da der Patient deutlich zu spät zum bestimmten Termin erschienen sei, habe keine klinische Untersuchung durchgeführt werden können. Er sei jedoch einverstanden gewesen, ein ambulantes Rückenrehabilitationsprogramm mit verschiedensten Therapien über drei Wochen durchzuführen. Der Start sei für den 18. August 2015 geplant gewesen und der Patient habe in der ersten Woche auch motiviert und diszipliniert am Programm teilgenommen. Aufgrund der angegebenen Beschwerden sei am 19. August 2015 ein CT von HWK6 bis BWK3 erstellt worden. Dabei sei eine mögliche alte Fraktur des Processus spinosus BWK1 mit Neoartikulation der Fragmente und dort leicht intubierten Weichteilen festgestellt worden. Zudem habe man eine vom Aspekt her ältere und im Vergleich zu Juni 2015 unveränderte geringe Deckplattenkompression des BWK3 gesehen. Weiterhin bestehe eine Osteochondrose der Cauda an der HWS mit engem Neuroforamen C6 links wie auch rechts. Aufgrund dieses Befundes habe man weiterhin stabilisierend an der HWS und thorakal arbeiten wollen. Leider sei es nicht dazu gekommen, da der Patient ab der zweiten Woche nicht mehr im Programm erschienen sei trotz mehrfachen Rückrufs des Physiotherapeuten und mündlicher Zusage, wieder zu erscheinen. Eine Aussage über die Leistungsfähigkeit des Patienten könne daher nicht gemacht werden (IV-Nr. 14.31).

3.10 Vom 27. Oktober bis 14. November 2015 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der D.____ auf. Zum Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient habe an

verschiedenen Aktivitäten teilgenommen, wobei er aufgrund der chronischen Nacken- und Rückenschmerzen limitiert gewesen sei. Von der Physiotherapie habe er profitieren können, die Verbesserung sei jedoch nicht signifikant gewesen. Aufgrund der Schmerzen habe er medikamentös behandelt werden müssen. Der Patient habe die Dyspnoe vermindern und seine funktionellen Möglichkeiten leicht verbessern können. Er sei hauptsächlich wegen der Schmerzen limitiert gewesen. Den chronischen Tabakabusus habe er auf 5 bis 10 Zigaretten pro Tag reduzieren können. Es sei ihm weitere Physiotherapie verordnet worden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, aus kardiologischer Sicht wäre eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich, sie sei aber abhängig von der Entwicklung der Rückenproblematik (IV-Nr. 14.29).

3.11 Im Sprechstundenbericht des K.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Januar 2016 wurden folgende Diagnosen angegeben: Persistierende Cervicalgien bei Status nach HWS-Distorsion 03/2014 mit Verdacht auf ältere Processus spinosus Fraktur BWK 1, DD Apophysenrest, Osteochondrose und Spondylarthrose HWK 5/6, Status nach alter BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur, anamnestisch 01/2012 mit Rippenfrakturen 7 und 8 links dorsal sowie pseudoradikuläre Schmerzen LWS rechts mit Osteochondrosen der LWS sowie Verminderung der Bandscheibenfächer. Zur Anamnese wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zur Einholung einer Zweitmeinung zugewiesen worden. Der Patient habe im März 2014 eine Halswirbelsäulendistorsion erlitten. Seither klagt er über nicht vollständig regrediente Schmerzen im Nackenbereich, teilweise auch über ein Knacken. Darüber hinaus bestünden noch zeitweise bewegungsabhängig einschliessende Schmerzen im Bereich der BWS interscapulär sowie auch bewegungsabhängige Schmerzen der LWS mit ab und zu einschliessenden Schmerzen in das rechte Gesäss. Im April 2014 habe er sich bei einem Stolpersturz eine Weber-B-Fraktur zugezogen, welche osteosynthetisch versorgt worden sei. Darüber hinaus sei im August 2014 eine Psoriasis diagnostiziert worden. Im weiteren Verlauf sei eine intensive kardiologische und pulmologische Abklärung nach einer Lungenembolie im November 2014 erfolgt, wobei eine Thrombophilie V diagnostiziert und eine Verminderung der Lungenkapazität von 25 % festgestellt worden sei. Im Weiteren wurden die bildgebenden Abklärungen dargelegt. Die CT-Untersuchungen vom 19. August 2015 ergäben den Verdacht auf eine alte Processus spinosus Fraktur BWK 1, DD Apophysenrest, eine Osteochondrose und eine Spondylarthrose BWK 5/6, die 2-Phasen-Skelettszintigraphie vom 13. Juli 2015 den Nachweis einer BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur und in Abheilung befindliche Rippenfrakturen 7 und 8 links sowie das konventionelle Röntgen der LWS in 2 Ebenen vom 23. Juni 2015 bestehende Osteochondrosen der LWS bei gutem Alignment ohne Hinweise auf eine segmentale Instabilität und einen Verdacht auf Spondylarthrosen. Zum Procedere wurde angegeben, es werde eine ambulante Knochendichtemessung bei Status nach BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur nach fraglichem Sturzereignis empfohlen. Darüber hinaus bitte man die Kollegen der E.____ um ein Aufgebot des Patienten und dessen Einbindung in ein multidisziplinäres Schmerz- und Physiotherapiekonzept (IV-Nr. 14.23).

3.12 Aus dem Bericht des K.____ vom 12. Februar 2016 geht die Diagnose «Fortgeschrittene Rhizarthrose Dig. I Hand links, aktuell kein Hinweis auf das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms beidseits» hervor. Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, insbesondere bei der Bewegung des linken Daumens unter starken Schmerzen im Bereich des linken Handballens zu leiden. Es bestehe eine diskrete

Misempfindung insbesondere im linken Daumen. Die fokussierte klinisch-neurologische Untersuchung ergebe eine volle Kraft in den Muskelgruppen beider Hände. Die Sensibilität im Bereich Dig. I sei diskret vermindert. Die Tinel-Zeichen über dem Karpaltunnel seien negativ. Die elektrophysiologische Untersuchung vom 12. Februar 2016 ergebe einen Normalbefund ohne Hinweis auf eine umschriebene demyelinisierende Läsion des Nervus medianus beidseits. Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe zum aktuellen Zeitpunkt kein Hinweis auf das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms beidseits. Reguläre Kontrollen seien hier nicht vorgesehen (IV-Nr. 14.10).

3.13 Dem Sprechstundenbericht des C. ____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. März 2016 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: 1. Fortgeschrittene Rhizarthrose Dig. I Hand links (adominant) Eaton-Littler Stadium 3 mit Schmerzprogredienz nach Trauma vor 2 Jahren; 2. Schwere Schulter-/Nackenprobleme nach Trauma vom März 2014; 3. Verdacht auf beginnendes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits, links mehr als rechts. Im Weiteren wurden die Nebendiagnosen Faktor V-Leidenerkrankung, Psoriasis, Status nach Lungenembolie November 2014 (unter Marcoumartherapie), Status nach ambulanter Rehabilitation 2015 Frühjahr im Haus sowie stationäre Rehabilitation Oktober/November 2015 für 3 Wochen im Jura sowie eine Arbeitslosigkeit seit dem 2. Dezember 2014 angegeben. Zur Zwischenanamnese wurde vermerkt, es erfolge die geplante klinische Verlaufskontrolle einen Monat nach der Infiltration. Der Patient gebe an, dass die Infiltration und insbesondere die Ruhigstellung in der kurzen Rhizarthroseschiene eine deutliche Schmerzerleichterung seien. Ohne die Rhizarthroseschiene komme es nach kurzen Arbeiten mit den Händen wieder zu einer starken Verschlechterung.

Zum Procedere wurde angegeben, aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums werde wahrscheinlich im Verlauf eine Operation unumgänglich sein. Mit dem Patienten seien die unterschiedlichen Möglichkeiten besprochen worden. Eine reine Schmerzbehandlung könnte mit einer operativen Denervation erfolgen, die natürlich nichts am Arthrostadium selbst verändere. Dies wäre die einfachste Möglichkeit der weitgehenden Schmerzausschaltung bzw. Schmerzlinderung. Falls die Kraft im Vordergrund stehe, wäre eine Arthrodese zu empfehlen; falls vorwiegend die Beweglichkeit erhalten werden solle, eine Trapezektomie mit Aufhängung. Da die Beschwerden nun regredient seien und unter der Schiene gut kompensiert, wünsche sich der Patient zum jetzigen Zeitpunkt keine Behandlung. Er gebe an, dass die Schulternackenbeschwerden sehr im Vordergrund stünden und dass er längeres Sitzen und Stehen nahezu vermeide (IV-Nr. 23 S. 14 f.).

3.14 Vom 2. bis 21. Mai 2016 war der Beschwerdeführer in der E. ____, [...], hospitalisiert. Zum Verlauf wurde angegeben, der Patient sei mit chronischen Schmerzen und daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen im Bereich der BWS zur Schmerzbehandlung eingetreten. Nach Untersuchung und gemeinsamem Assessment durch das interdisziplinäre Behandlungsteam habe der Patient an einer dreiwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, welche Physio-, medizinische Trainings- (MTT), Ergo-, Atem-, kreative und Entspannungs-Therapie sowie standardisierte psychiatrisch-psychologische Gruppen- sowie Einzelgespräche beinhalte. Es seien tägliche Visiten mit regelmässiger interdisziplinärer Teambesprechung sowie eine Überprüfung des Behandlungsverlaufs erfolgt. Der Patient habe sich rasch in die Patientengruppe integriert und sei stets motiviert gewesen. Er sei in der Gruppe aktiv gewesen und habe sich mit der Schmerztherapie auseinandergesetzt. Der Patient habe durch den multimodalen Therapieansatz stark profitieren können und habe

subjektiv den grössten Benefit durch Psychotherapie, MTT und den Austausch mit den Mitpatienten gesehen. Mit dem Patienten seien die Vorteile der neuen direkten Antikoagulantia besprochen worden. Er wolle aber zurzeit weiterhin Marcumar einnehmen. Die medizinische Eintrittsuntersuchung inkl. Labor und EKG sei unauffällig gewesen bis auf den stark erniedrigten Vitamin D3 Wert. Es sei eine Substitution erfolgt. Im Verlauf seien keine sonstigen internistischen Probleme aufgetreten. Der Patient habe schnell die positiven Effekte des regelmässigen Trainings verspürt. Lokal sei er mit Neurodol-Pflaster behandelt worden.

Zum psychiatrischen Verlauf wurde festgehalten, in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen sei es dem Patienten anfänglich möglich geworden, die Wechselwirkungen von Schmerz und Depression verstehend zu akzeptieren. Erschwerend wirkten konfliktbelastende Beziehungen im familiären und sozialen Kontext. Dem Patienten sei es im Verlauf teilweise gelungen, seine schmerzgesteuerte depressiv-negative Stimmung distanzierter zu betrachten und seine positiven Ressourcen zu artikulieren, mit regressiven Einbrüchen durch Zukunfts- und Existenzängste. Im Verlauf der zweiten Behandlungshälfte seien depressive Verhaltensmuster deutlicher geworden. Er sei aus psychiatrischen Gründen aktuell arbeitsunfähig. Eine psychiatrische Behandlung im ambulanten bzw. stationären Setting sei ihm nahegelegt worden. Er habe einen Ersttermin vereinbart. Einer antidepressiven Medikation sei der Patient noch zurückhaltend gegenübergestanden.

Die bio-psycho-soziale Zusammenfassung lautete dahingehend, beim Patienten bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehllhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen durch die IV gezeigt. Es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 5. Juni 2016 attestiert (Bericht vom 27. Mai 2016, IV-Nr. 18 S. 2 ff.).

3.15 Dr. med. R.____, Pneumologie und Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Multifaktorielle körperliche Dekonditionierung im Rahmen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms: St.n. Rippenserienfrakturen links November 2015, Fraktur/DD Pseudarthrose processus spinosus 1 (CT-Thorax vom Juni 2015); 2. chronisches Cervico-Thoraco-Vertebrales Schmerzsyndrom mit Osteochondrose (siehe Bericht Dr. O.____ vom 25.8.2015); 3. Status nach massiven Lungenembolien und Infarktneumonie beidseits November 2014: familiäre Koagulopathie Faktor V LEIDEN». Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde «4. fortgesetzter Nikotinkonsum mindestens 50 ■ 60 py: kein Nachweis einer COPD, normale Lungenfunktion» angegeben. Im Weiteren führte der Pneumologe aus, im Vordergrund der Beschwerden bestehe subjektiv das diffuse schwere chronische Schmerzsyndrom, bedingt durch die degenerativen Erscheinungen in der HWS und der BWS, teils auch durch den St.n. Rippenserienfrakturen (Bericht von Dr. med. O.____ vom 25. August 2015).

Aus pneumologischer Sicht wurde festgestellt, die Bodyplethysmographie/Lungenfunktion vom 28. April 2016 zeige eine vollständig normale Situation ohne jegliche lungenfunktionelle Einschränkung: es sei weder eine obstruktive noch eine restriktive Ventilationsstörung vorgelegen. In der Ergospirometrie vom 3. Juli 2015 (Dr. med. M.____) habe sich insgesamt eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit gezeigt: der Patient habe mit

108 W 54 % des Sollwertes erreicht, ebenso sei die maximale Sauerstoffaufnahme auf 67 % des Sollwertes reduziert gewesen. Zusätzlich habe sich in Ruhe eine relative Hyperventilation gezeigt. Eine pulmonale, sprich respiratorische Limitierung habe nicht bestanden. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei am ehesten zurückzuführen auf die muskuloskelettale Problematik, zusätzlich sicher auch bei Bewegungsmangel (ebenfalls teils mitbedingt durch die Schmerzen), auf eine Dekonditionierung sowie auf eine Adipositas. Eine kardiologische Abklärung habe keine Hinweise für eine (postthrombotische) pulmonal arterielle Hypertension ergeben, sodass auch von dieser Seite keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit geltend gemacht werden könne. Von pneumologischer Seite her ergäben sich keine therapeutischen Optionen: selbstredend werde die Nikotinabstinenz empfohlen, der Patient sollte nebst einer konsequenten Analgesie auch einer Rehabilitation im Sinne einer Rekonditionierung zugeführt werden.

Zusammenfassend könne in der jetzigen Situation dem Patienten keine schwere körperliche Arbeit (bisheriger Beruf als Fahrzeugbauer) zugemutet werden, grundsätzlich bestehe eine Wiedereingliederungsfähigkeit in angepasster, leichter körperlicher Tätigkeit. Zudem könne diese durch eine konsequente Analgesie/Schmerztherapie wahrscheinlich verbessert werden (IV-Nr. 16 S. 5 ff.; vgl. auch IV-Nr. 16 S. 1 ff.).

3.16 Nach den Angaben von Dr. med. Q.____ in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 3. Juni 2016 besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 1. Oktober 2015. Sie habe den Patienten seit Oktober 2015 nicht mehr gesehen, als sie ihn damals zur Rehabilitation und zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit überwiesen habe. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (IV-Nr. 17 S. 1 f.).

3.17 Die E.____ attestierte in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 8. August 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai bis 5. Juni 2016 und hielt fest, der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Prognose sei noch nicht absehbar. In 6 Monaten sei eine «Boosterwoche» zur Therapiestabilisierung vorgesehen. Beim Patienten bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehlhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen durch die IV gezeigt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich durch eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit aus. Die bisherige Tätigkeit sei zu Beginn mit einem Pensum von 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten. Zur Beurteilung der Belastungs- und Ausdauermöglichkeiten werde die Durchführung der Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Die Eigenübungen zur weiteren Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur und zur allgemeinen Haltungsverbesserung sowie die ambulanten Psychotherapiemassnahmen seien weiterzuführen. Dadurch könne die Belastbarkeit gesteigert und die Kondition verbessert werden. Andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wechselnd zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, seien ebenfalls zu Beginn mit einem Pensum von 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe zu Beginn eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 22 S. 1 ff.).

3.18 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, pract. med. S.____, Facharzt für Allgemeinmedizin (FMH), stellte in seinem Bericht vom 17. August 2016 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen Anteilen und Status nach verschiedenen Unfällen, Verdacht auf eine Angst- und Panikstörung mit Depression, chronische Dyspnoe bei Status nach bilateralen Lungenembolien sowie Nikotinabusus und Psoriasis vulgaris. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Adipositas angegeben. Der Hausarzt attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Januar bis 15. Februar 2015, eine solche von 50 % vom 16. Februar bis 30. September 2015 und erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Oktober 2015. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die Arbeitsfähigkeit könne jedoch durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Der Hausarzt gab sodann an, er behandle den Patienten seit dem 27. Januar 2016. Seit den Unfällen vor zwei Jahren bestünden multiple und fluktuierende Schmerzen, welche auch durch psychische Belastungen infolge Scheidung und Sorgerechtsstreit getriggert seien. Zuletzt seien in der E.____ die Medikamente umgestellt worden, seitdem sei der Symptomenprogress langsamer.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde vermerkt, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Es seien nur noch leichte Tätigkeiten möglich, kein Heben/Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, keine Armvorhalte- oder Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in WS-Zwangshaltungen und kein regelmässiges Bücken. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten während 3 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, da das Arbeitstempo durch die psychische Problematik verlangsamt sei. Der Patient benötige regelmässige Pausen (IV-Nr. 23 S. 1 ff.).

3.19 Vom 31. Oktober bis 5. November 2016 hielt sich der Beschwerdeführer erneut stationär in der E.____ auf. Bei der Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, vom letzten Aufenthalt profitiert zu haben. Er versuche, zu Hause die Struktur zu halten und regelmässig Übungen zu machen. Er mache weiter Übungen mit dem Theraband zur Kräftigung der Schultermuskulatur und der BWS. Darüber hinaus mache er regelmässig ca. einstündige Spaziergänge. Nach einer Stunde komme es zu Schmerzen und einem Hinken im Bereich des linken Beines. Die körperlichen Belastungen im Rahmen der Haushaltsarbeit könne er für 15 bis 30 Minuten tolerieren. Weiterhin berichte er, dass er sich morgens in seinem Körper «wie eingefroren» fühle. Ausserdem komme es insbesondere in Rückenlage wiederholt zu stechenden thorakalen Schmerzen, was ihm Angst mache hinsichtlich eines erneuten kardiopulmonalen Ereignisses. Er berichte über «Ups and Downs», abhängig vom Schmerzverlauf, sei aber nur an 2 bis 3 Tagen in 5 Monaten ohne Schmerzmitteleinnahme gewesen. Er lebe noch, könne laufen und habe ein Dach über dem Kopf. Seit der Scheidung lebe er aber in wirtschaftlicher Unsicherheit. Zum Psychostatus wurde im Wesentlichen festgehalten, der Patient sei gepflegt, wach und allseits orientiert erschienen. Er habe über Konzentrationsschwierigkeiten, jedoch nicht über Gedächtnisstörungen berichtet. Formalgedanklich sei er auf die persistierenden und erheblich einschränkenden Schmerzen und seine sozialen und existentiellen Probleme eingeeengt gewesen, mit erheblichen Befürchtungen und latenter Angst vor Komplikationen der Thrombophilie. Im Affekt sei er bei affektiver Schwingungsfähigkeit leicht gereizt, teils dysphorisch, innerlich angespannt, unruhig und im Antrieb reduziert gewesen. Es habe eine leichte Beeinträchtigung der Vitalgefühle bestanden, er habe von schmerzbedingten Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Es bestehe keine Suizidalität.

Zum Verlauf wurde angegeben, die Aufnahme sei zur Therapiestabilisierung nach einer multimodalen Schmerztherapie im Mai 2016 erfolgt. Nach der Untersuchung und gemeinsamem Assessment durch das interdisziplinäre Behandlungsteam habe der Patient an einer einwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, welche Physio-, medizinische Trainings-, Ergo- und Entspannungstherapie sowie psychiatrisch-psychologische Gruppen- und Einzelgespräche beinhalte. Der Patient habe sich bei der Aufnahme weiterhin in einem deutlich stabileren psychischen Zustandsbild präsentiert. Er habe sich gut in die Patientengruppe integriert und sei motiviert gewesen. Er sei in der Gruppe aktiv gewesen und habe sich mit der Schmerzthematik konstruktiv auseinandergesetzt. In den Gruppengesprächen seien nach der gemeinsamen Evaluation mit den anderen Patienten die Themen Schlaf, Grenzen, Angst, schmerzmodulierende Faktoren, Umgang mit Stress, Emotionen, soziales Umfeld sowie Selbstachtsamkeit und ■motivation besprochen worden. Während des stationären Aufenthaltes sei erneut eine manualtherapeutisch/osteopathische Behandlung zur Lösung der genannten Blockierung durchgeführt worden. Darüber hinaus sei bei verstärkten Effloreszenzen im Sinne der Psoriasis erneut eine dermatologische Vorstellung mit dem Patienten besprochen worden. Im Vorfeld sei bei einer rheumatologischen Untersuchung ein Gelenkbefall im Rahmen der Psoriasis-Grunderkrankung weitestgehend ausgeschlossen worden.

Zum psychosomatisch-psychotherapeutischen Verlauf wurde festgehalten, in den Einzelgesprächen sei offensichtlich geworden, dass der Patient weiterhin unter immobilisierendem Schmerzerleben und Ängsten leide, mit Auslösung affektiver Destabilisierung und reaktiver Erstarrung, die sich bis in rigide Körperhaltung und ■bewegung ausdrücke. Behutsam hätten die komplexe Angst-Problematik im Kontext der Schmerzerkrankung und psychosomatisch-soziale Zusammenhänge erschlossen werden können, welche seine depressiv-negative Stimmung und die Schmerzfokussierung verstärkten, einhergehend mit hoher Anspannung und hohen Selbstansprüchen. Die drohende Chronifizierung der depressiven Entwicklung mit weiterem Verlust von Leistungsfähigkeit und Selbstwertgefühl sowie erheblichem sozialem Rückzug sei thematisiert worden. Dementsprechend sei neuerlich auf das Erfordernis einer weiterführenden psychiatrisch-psychosomatischen Unterstützung hingewiesen worden. Der Patient habe sich jedoch in der Kürze der Zeit noch nicht dazu entschliessen können.

Zusammenfassend wurde in bio-psycho-sozialer Hinsicht angegeben, beim Patienten bestünden mittlerweile chronische Zervikobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, welche seine Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigten. Weiterhin bestehe eine allgemeine Dekonditionierung bei fehlenden Massnahmen regelmässiger Mobilisierung und Muskelaufbau. Das Schmerzerleben sei erheblich erschwert durch die mittlerweile chronifizierende Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste.

Die behandelnden Ärzte attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. November 2016. Zum Prozedere wurde angegeben, physiotherapeutisch werde die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein regelmässiges Ausdauertraining, die Vorstellung bei einem Dermatologen zur Abklärung der lokalen und systemischen Behandlungsmöglichkeiten bei Psoriasis, psychiatrisch eine strukturgebende Unterstützung in einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten stationären Setting in einer für affektive Störungen geeigneten Einrichtung sowie internistisch die Kontrolle der Vitamin D3- und B12-Werte empfohlen (Bericht vom 7. Dezember 2016, IV-Nr. 35).

3.20 Die E.____ stellte in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 19. Dezember 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei chronisch rezidivierenden Zervicobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, Fragmentneoartikulation proc. spinos. BWK I (CT 11/2014,

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 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 gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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 – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2018 beruhe auf nicht rechtsgenügenden medizinischen Abklärungen. Demnach ist der medizinische Sachverhalt im Folgenden darzulegen: 3.1 Dem Bericht des K.____ vom 3. Dezember 2014 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. bis 20. November 2014 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Bilaterale Lungenembolien, rechts parazentral, links segmental mit V.a. Infarkt-pneumonitis und Pleuritis unklarer Ätiologie, DD: Neoplasie, TVT, genetisch, CT-Thorax 16.11.14: Nachweis von multiplen Lungenembolien ab parazentral rechts, segmental links, jeweils Unterlappen. Dorsobasale Transparenzminderungen, DD Lungenembolie-assoziert, DD zusätzliche Infektkomponente nicht auszuschliessen. Indeterminierte Noduli am Interlobium links, Duplex 17.01.14: keine Hinweise für Beinvenenthrombose, RF: positive Familienanamnese (Faktor-V-Leiden-Mutation und APC-Resistenz bei Schwester bekannt); 2. Hyponatriämie, a.e. medikamentös bei Antidepressiva-Einnahme, Natrium 130 mmol/l; 3. Psoriasis mit anamnestisch St.n. Psoriasisarthritis; 4. Folsäure- und Vitamin B12-Mangel, Substitutionstherapie, Anti-Intrinsic-Faktor-Antikörper und Anti-Parietalzell-Antikörper: negativ». Als Nebendiagnose wurde ein Status nach Osteosynthese bei Weber-B-Fraktur links 04/2014 angegeben. Unter dem Titel «Beurteilung und Verlauf» wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient habe berichtet, dass seit dem 12. November 2014 intermittierend eine Dyspnoe bestehe und er an rechtsthorakalen Thoraxschmerzen leide. Die Thorax-schmerzen seien vor allem inspiratorisch verstärkt. Die Dyspnoe habe im Verlauf deutlich zugenommen. Am 15. November 2014 sei zusätzlich Husten mit blutig-tingiertem Sputum hinzugekommen, sodass sich der Patient in [...] auf der Notfallstation vorgestellt habe. Beinschmerzen oder eine vorausgegangene Immobilisation habe er verneint. Fieber habe er nicht gemessen, er habe sich jedoch febril gefühlt. Bei Eintritt habe sich ein 54-jähriger Patient in reduziertem Allgemein- und unauffälligem Ernährungszustand präsentiert. Er sei subfebril, normoton sowie normokard gewesen und die Sauerstoffsättigung habe 93 % bei Raumluft betragen. Kardial hätten sich reine Herztöne ohne Strömungsgeräusche auskultieren lassen. Pulmonal habe sich ein vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenfeldern gefunden. Der übrige internistische Status sei ohne wegweisende Befunde gewesen. Bei einem CT-Thorax habe sich ein Befund gezeigt, welcher mit einer ausgeprägten Lungenembolie beider Unterlappen vereinbar gewesen sei. Zudem habe sich eine noduläre Veränderung interlobär gefunden. Es sei eine Therapie mit Fragmin begonnen worden. Am 17. November 2014 sei eine

Duplexsonographie der Beinvenen durchgeführt worden. Hierbei hätten sich keine Hinweise für eine frische oder ältere tiefe Beinvenenthrombose gezeigt. Überlappend zur Fragmintherapie sei mit der Medikation mit Marcoumar begonnen worden. Bei bekannter Faktor-V-Leiden-Mutation der Schwester sei zusätzlich eine Gerinnungsdiagnostik durchgeführt worden, da der Patient Kinder habe. Hierbei habe man eine heterozygote Faktor-V-Leiden-Mutation sowie eine heterozygote Prothrombin G20210A-Mutation festgestellt. Ein Folsäuremangel sowie ein Vitamin-B12-Mangel seien substituiert worden. Zusätzlich seien Parietalzell- sowie Intrinsic-Faktor-Antikörper abgenommen worden; diese seien im Normbereich gelegen. Am 20. November 2014 habe der Patient in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 14.88).

3.2 Am 13. Januar 2015 erlitt der Beschwerdeführer einen Unfall, als er zu Hause unter der Dusche ausrutschte und sich dabei die Rippen (links) am Duschhalter aufschlug (vgl. Schadenmeldung UVG vom 21. Januar 2015; IV-Nr. 14.83). Aus dem Bericht des L.____, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 21. Januar 2015 geht hervor, es bestehe eine unauffällige Darstellung des Rippenthorax, ein Hinweis auf eine dislozierte Fraktur sei nicht vorhanden. Es bestehe kein Pleuraerguss bzw. Hämatothorax. Ebenso wenig sei ein Pneumothorax feststellbar. Die Herzgrösse sei im Normbereich, der Patient sei kardial kompensiert (IV-Nr. 14.86).

3.3 Aus dem Bericht der E.____, [...], vom 19. Mai 2015 über die ambulante Sprechstunde vom 12. Mai 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: «1. Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) bei chronisch rezidivierenden Zervikobrachialgien links, unklarem Thoraxschmerz, rezidivierendem Thoraxschmerz bei St.n. Lungenembolie mit Belastungsdyspnoe, Psoriasis vulgaris mit anamnestischer Psoriasisarthritis; 2. Psychosoziale Belastungssituation mit positiver Testung im DASS auf eine Angststörung; 3. St.n. Osteosynthese einer Weber-B-Fraktur links; 4. Thrombophilie bei Faktor V-Leiden Mutation». Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte über eine Rotatorenmanschettenruptur in der rechten Schulter im Jahr 2010 mit operativer Versorgung im K.____. Seit Frühjahr 2014 bestünden verschiedene Traumata wie Rotationstrauma der linken Schulter mit Anschlagen der Hand im Gesicht und Vorstellung in der interdisziplinären Notfallstation des K.____. Kurze Zeit später sei ein Supinationstrauma mit dislozierter Weber-B-Fraktur linksseitig und nachfolgender osteosynthetischer Versorgung aufgetreten. Die postoperative Versorgung sei im VACOPed Stiefel erfolgt. Seit August 2014 sei dann die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt worden. In dieser Zeit habe sich ein Hautausschlag zunehmend ausgebreitet, beginnend in den Hörgängen, jetzt aktuell bei beiden Händen sowie bei den streckseitigen Ellen- und Kniegelenken. Im weiteren Verlauf sei es dann zu intermittierender Dyspnoe mit rechts thorakalen Schmerzen gekommen. Es sei eine stationäre Einweisung ins L.____ erfolgt und eine Überweisung ins K.____. Hier sei eine Lungenembolie festgestellt worden. Im weiteren Verlauf sei dann auch eine Thrombophilieerkrankung bei Faktor V-Leiden Mutation und positiver Familienanamnese festgestellt worden. Nachfolgend sei eine Dauertherapie mit Antikoagulantien (Marcoumar) erfolgt. Der Patient gebe an, dass er sich insbesondere nach der Lungenerkrankung nie vollständig erholt habe. Er fühle sich schlapp. Es bestünden wechselnde Schmerzen im Oberkörper mit Schwindelattacken und Appetitlosigkeit. Die körperliche Belastbarkeit sei deutlich herabgesetzt und werde mit 10 Minuten angegeben. Der Patient berichte über Schmerzen im Oberkörper, insbesondere im Brustbeinbereich. Der Schmerz fühle sich teilweise wie ein «Durchschuss» an. Durch Entspannung werde der Schmerz besser. Ausserdem bestehe ein Nackenschmerz insbesondere bei der

HWS-Rotation. Er habe das Gefühl, dass etwas einklemme, sodass er dann kaum gerade stehen könne. Durch Entspannung werde die Schmerzsymptomatik besser. Insbesondere die stechenden Schmerzen im Brustkorbbereich bereiteten ihm Angst hinsichtlich eines erneuten embolischen Geschehens im Thoraxbereich. Der Arzt führte sodann aus, bei der körperlichen Untersuchung zeige sich ein florides Ekzem an den Streckseiten der Ellen- und Kniegelenke gut handflächengross. Darüber hinaus seien die Finger beginnend an den Grundgelenken befallen. Es zeige sich ein unauffälliges Gangbild mit Beckengeradstand. Das Aufrichten sei etwas verlangsamt. Es bestehe ein diffuser Druck- und Klopfeschmerz über den Dornfortsätzen der mittleren BWS. Eine Blockierung lasse sich nicht eruieren. Die HWS-Rotation gelinge rechts und links beidseits mit 90 Grad. Bei allgemein verspannter Trapeziusmuskulatur sei jedoch kein fortgeleiteter Schmerz durch eine HWS-Bewegung auslösbar. Die Schultergelenksbeweglichkeit sei frei. Der Faustschluss sei vollständig. Zur psychischen Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte über wiederholte Angstattacken insbesondere beim Stechen in der Brust, was sich auch in einer positiven Testung für eine Angststörung im DASS niederschlage. Zusammenfassend wurde festgestellt, es bestehe ein chronifiziertes Schmerzgeschehen des Thorax sowie zervikobrachial bei Status nach Lungenembolie. Darüber hinaus zeige sich eine zunehmende Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit durch die Schmerzen. Im Vorfeld zum Entscheid für die Aufnahme zu einer multimodalen stationären Gruppenschmerztherapie werde um eine erneute lungenfachärztliche Beurteilung der vom Patienten beschriebenen Belastungsdyspnoe gebeten. Darüber hinaus sollte ein rheumatologisches Konsil zur Optimierung der Psoriasis-bedingten Beschwerden veranlasst werden. Dies scheine insbesondere hinsichtlich der belastenden wie auch der psychosozialen Gesamtsituation für den Erfolg einer Schmerztherapie als Voraussetzung (IV-Nr. 14.67).

3.4 Dem Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 10. Juli 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: Dyspnoe/Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit bei/mit Schmerzen Wirbelsäule/links-thorakal bei/mit maximaler Spiroergometrie mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit, fortgesetztem Nikotinkonsum, Ausschluss COPD, normaler Bodyplethysmographie und eingeschränkter CO Diffusion; Bilaterale Lungenembolien (ED 16.11.14), noch unvollständig rekanalisiert; Unklarer Nodulus Interlobium links; Mehrere Rippenfrakturen links; Fraktur (DD Pseudarthrose) Processus spinosus HWK 1; Adipositas; Familiäre Koagulopathie vom Typ Faktor V Leiden und Prothrombin G20210A-Mutation; Keilwirbelbildung BWK 7; Verdacht auf anale Fistel links; Psoriasis; St.n. Hyponaträmie; St.n. OSG Fraktur links, Osteosynthese. Die Beurteilung lautete dahingehend, die durchgeführte pulmonale Standortbestimmung habe Folgendes gezeigt: (noch?) nicht komplett rekanalisierte Lungenembolien, Nachweis einer (älteren?) HWK 1 Fraktur, Nachweis von mehreren seit November 2014 neu aufgetretenen z.T. sich noch in Konsolidation befindenden Rippenfrakturen links, nebenbefundlich Verdacht auf Analfistel, Ausschluss einer COPD, Grössenkonstanz von diversen pulmonalen Noduli somit nicht primär als Malignomsuspekt zu werten. Die Befunde erklärten zu einem grossen Teil die persistierenden Schmerzen thorakal und im Bereich der oberen HWS. Die beklagte Atemnot (und die in der Spiroergometrie objektivierte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit/maximale O2 Aufnahme) sei auch dadurch gut zu erklären. Im Bereich Atemnot spiele zusätzlich die Adipositas und die Tatsache, dass sich der Patient seit November 2014 und noch mehr seit Januar 2015 (letzter Arbeitstag) körperlich schone (Abnahme der Fitness), sicherlich eine wichtige zusätzliche Rolle. Die

Entwicklung einer chronischen thromboembolischen pulmonalen Hypertonie (CTEPH) nach durchgemachten Lungenembolien wäre möglich. Nach knapp sechs Monaten könne noch nicht von einer CTEPH gesprochen werden. Eine Indikation für eine andere Art von medikamentöser Therapie bestehe im Moment nicht. In dieser Situation sei dem Hausarzt zu empfehlen, als nächstes eine Echokardiographie zu veranlassen. Zum Befund der Rippenfrakturen links wurde Folgendes angegeben: Diese seien seit November 2014 neu aufgetreten. Der Patient könnte sich diese aber auch beim Sturz in der Dusche vom Januar 2015 zugezogen haben. Die Tatsache, dass die Rippenfrakturen noch nicht vollständig konsolidiert seien, erkläre die persistierenden Schmerzen. Zum Befund der HWK 1-Fraktur wolle er (Dr. med. M.____) sich nicht äussern. Es müsste auch die Anamnese gezielt ergänzt werden, um herauszufinden, wann die Fraktur überhaupt passiert sei. Im Weiteren wurde festgehalten, zurzeit und aufgrund der objektivierten Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne vom Patienten keine Arbeitsfähigkeit als Fahrzeugbauer (Militärfahrzeuge) erwartet werden. Diese Tätigkeit würde einer körperlich schweren Arbeit entsprechen, wozu der Patient im Moment nicht in der Lage sei. Die Prognose der Rippenfraktur sei grundsätzlich gut. Die Prognose bezüglich der Rekanalisation der Lungenembolien könne im Moment noch nicht beantwortet werden. Zur Prognose bezüglich der HWK-Fraktur könne keine Stellung bezogen werden (IV-Nr. 14.55). 3.5 Aus dem Bericht des N.____ vom 13. Juli 2015 über die gleichentags durchgeführte 2-Phasen-Skelettszintigrafie geht folgende Beurteilung hervor: Im Bereich des linken Carpometakarpalgelenkes 1 zeige sich eine intensive Steigerung des Knochenstoffwechsels, eher passend zur aktivierten Rizarthrose, es bestehe kein Nachweis von Psoriasis-typischen Anreicherungen und darüber hinaus könne eine fokale Anreicherung mit gesteigertem Stoffwechsel im Bereich des Rippenskeletts links nachgewiesen werden, passend zu älteren Rippenfrakturen. Im Bereich der BWS zeige sich kein eindeutig pathologisch gesteigerter Stoffwechsel, daher handle es sich um eine ältere Fraktur von BWK 7 (IV-Nr. 14.54). 3.6 Dr. med. O.____, Innere Medizin + Rheumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 25. August 2015 folgende Diagnosen: «1. Chronisches zerviko-thorako-vertebrales Schmerzsyndrom mit St.n. Arbeitsunfall 03/2014, Osteochondrose C5/C6, beginnende Spondylolisthesis C4/C5, begleitende Uncovertebralarthrosen mittlere HWS, Keilwirbelfraktur BWK 7 DD posttraumatisch, Wirbelsäulenfehlform- und Fehlhaltung; 2. Linksseitige Thoraxschmerzen, St.n. Kontusion 01/2015 nach Sturz und Kontusion Rippenbogen, St.n. Frakturen, aktuell konsolidiert Rippe 7 und 8 links dorsal; 3. Symptomatisch Rhizarthrose links; 4. Psoriasis vulgaris (ED ca. 2014), aktuell keine sicheren Hinweise (klinisch wie auch skelettszintigrafisch) für eine Psoriasisarthritis; 5. St.n. bilateralen Lungenembolien (ED 16.01.2014), gemäss SPECT-CT vom 23.06.2015 noch nicht vollständig rekanalisiert, Thrombophilie bei Faktor V-Leiden-Mutation, orale Antikoagulation mit Marcoumar». Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, aus rheumatologischer Sicht könnten derzeit keine sicheren Hinweise auf eine Psoriasis-assoziierte Gelenkserkrankung objektiviert werden. Es sei neben konventionellen Röntgenbildern und spezifischen labor-chemischen Untersuchungen hinsichtlich Rheumaserologie eine ergänzende 2-Phasen-Gelenksszintigrafie ohne jedoch sicheren Hinweis auf entzündliche Gelenkmanifestationen erfolgt. In der Szintigrafie finde man multiple Anreicherungen passend entweder zu degenerativen Veränderungen oder posttraumatischen Läsionen insbesondere im linken Rippenthorax, passend zu älteren Rippenfrakturen auf Höhe der Rippen 8 bis 10. Im Weiteren habe die durch Dr. med. M.____ veranlasste CT-Thorax- und Abdomen-Untersuchung am 23. Juni 2015 mit der Frage nach

vorliegenden Lungenembolien den überraschenden Befund einer Keilwirbelfraktur im Bereich von BWK 7 gezeigt. Aufgrund der negativen Anreicherung in der Szintigraphie könne ein frischeres Frakturleiden ausgeschlossen werden. Inwieweit die erlittene Fraktur im Rahmen der Unfallereignisse im März 2014 sowie im Januar 2015 zu sehen sei, müsse durch den Unfallversicherer abgeklärt werden. Bezüglich therapeutischer Massnahmen sei dem Patienten empfohlen worden, primär die nun eingeleitete ambulante Physiotherapie am K.____ wahrzunehmen, dies insbesondere hinsichtlich der zwischenzeitlich bereits chronifizierten Rückenbeschwerden. Bezüglich aktivierter Rhizarthrose links könnte jederzeit eine intraartikuläre Steroidinfiltration erfolgen. Hinsichtlich Psoriasis vulgaris sei eine dermatologische Standortbestimmung zu empfehlen. Im Weiteren stehe die derzeit für den Patienten auch belastende psychosoziale Problematik mit einer Arbeitsplatzproblematik im Vordergrund. Eine schwere körperlich belastende Tätigkeit, wie sie der Patient zuletzt ausgeübt habe, dürfte mittel- bis langfristig auch zu vermehrten Beschwerden des Bewegungsapparates führen und müsse als ungeeignet bezeichnet werden (IV-Nr. 14.45).

3.7 Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung der Suva (Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kreisarzt) vom 8. September 2015 gab der Beschwerdeführer im Wesentlichen an, in Ruhe schmerzten die Rippen nicht. Allerdings komme es im Liegen unter Druckbelastung noch zu Thoraxschmerzen linksseitig. Eine Behandlung in der E.____ in [...] sei noch nicht erfolgt. Der Versicherte beklage bei Belastungssituationen Luftnot. Täglich müsse er Medikamente zur Schmerztherapie einnehmen. Aufgrund der diagnostizierten Lungenembolien sei eine Antikoagulation mit Marcoumar notwendig. Physiotherapien erfolgten derzeit keine. Im Rahmen der Befunderhebung wurde im Wesentlichen angegeben, im Bereich des Thorax links sei kein Druckschmerz auslösbar. Der Versicherte gebe noch geringe Druckschmerzen paravertebral im Bereich der Halswirbelsäule rechtsseitig an. Die Beurteilung laute wie folgt: objektiv zeige der Versicherte eine freie Beweglichkeit beider Schultergelenke, der Halswirbelsäule und des linken oberen Sprunggelenks. Subjektiv gebe er Beschwerden im Sinne von Luftnot an. Zusätzlich bestünden Beschwerden aufgrund der Psoriasis vulgaris. Im Weiteren seien subjektiv Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und der linken Schulter vorhanden. Der Versicherte leide unfallfremd an einer Psoriasis vulgaris, an einer bilateralen Lungenembolie mit Antikoagulation und an einer Rhizarthrose linksseitig. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse eine Abgrenzung von unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden erfolgen. Aktuell werde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (IV-Nr. 14.42).

3.8 Dem Bericht von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Kardiologie FMH, vom 8. Oktober 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden:

1. Zustand nach bilateralen massiven Lungenembolien und Infarktpneumonie 11/14, familiäre Koagulopathie vom Typ Faktor V Leiden (heterozygot) und Prothrombin G20210A-Mutation (heterozygot; ED 11/2014, C.____), unter dauerhafter AOK, noch unvollständig rekanalisiert (SPECT CT 23.06.15);
2. Dyspnoe/Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, am ehesten bei chronischer Dekonditionierung nach bilateralen Lungenembolien (11/14) und mehreren Rippenfrakturen sowie Fraktur des Processus spinosus HWS1 (6/15), Gewichtszunahme (+ 15 kg), fortgesetzter Nikotinkonsum, kein Hinweis auf eine chronische postthromboembolische pulmonale Hypertonie, Ausschluss COPD, kein Ischämienachweis ergometrisch;
3. Psoriasis;
4. St.n. Hyponaträmie (11/2014);
5. St.n. OSG Fraktur links, Osteosynthese (04/2014).

Die Beurteilung lautete dahingehend, beim 55-jährigen Patienten mit Zustand nach massiver bilateraler Lungenembolie sei glücklicherweise kein Hinweis auf eine postthromboembolische pulmonale Hypertonie

gefunden worden. Der rechte Ventrikel sei nicht dilatiert, es habe eine gute longitudinale Funktion bestanden. Es seien keine Hinweise auf eine linksventrikuläre Kompression ersichtlich. Es bestehe ein normal grenzwertiger pulmonaler Druck (systolisch und diastolisch). Die Leistungsfähigkeit des Patienten sei leicht eingeschränkt, aber nicht dramatisch. Klinisch habe man keine relevanten Anhaltspunkte für eine pulmonale Hypertonie gefunden, insbesondere bestehe keine Sinustachykardie und die Sauerstoffsättigung bei Raumluft sei noch im normalen Bereich. Die Symptomatik dieses Patienten sei durch eine chronische Dekonditionierung und wegen fehlender vollständiger kardiopulmonaler Rehabilitation gut erklärbar. Dem Patienten sei eine kardiopulmonale und orthopädische Rehabilitation in [...] vorgeschlagen worden, ebenfalls mit dem Ziel, ein Programm für eine Raucherentwöhnung zu beginnen. Er sei mit dem Vorschlag einverstanden (IV-Nr. 14.8).

3.9 Aus dem Bericht des K.____ vom 2. November 2015 geht hervor, der Beschwerdeführer sei aufgrund einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit mit Belastungsdyspnoe bei Status nach Lungenembolie beidseits sowie belastungsverstärkten chronischen rezidivierenden Cervicobrachialgien zur Rekonditionierung und Schmerzlinderung zugewiesen worden. Der Patient klage vor allem über zervikale, thorakale und zerviko-brachiale Schmerzen, welche offenbar mehr oder weniger ständig vorhanden seien und sich bei raschen Kopfbewegungen extrem verstärkten. Da der Patient deutlich zu spät zum bestimmten Termin erschienen sei, habe keine klinische Untersuchung durchgeführt werden können. Er sei jedoch einverstanden gewesen, ein ambulantes Rückenrehabilitationsprogramm mit verschiedensten Therapien über drei Wochen durchzuführen. Der Start sei für den 18. August 2015 geplant gewesen und der Patient habe in der ersten Woche auch motiviert und diszipliniert am Programm teilgenommen. Aufgrund der angegebenen Beschwerden sei am 19. August 2015 ein CT von HWK6 bis BWK3 erstellt worden. Dabei sei eine mögliche alte Fraktur des Processus spinosus BWK1 mit Neoartikulation der Fragmente und dort leicht intubierten Weichteilen festgestellt worden. Zudem habe man eine vom Aspekt her ältere und im Vergleich zu Juni 2015 unveränderte geringe Deckplattenkompression des BWK3 gesehen. Weiterhin bestehe eine Osteochondrose der Cauda an der HWS mit engem Neuroforamen C6 links wie auch rechts. Aufgrund dieses Befundes habe man weiterhin stabilisierend an der HWS und thorakal arbeiten wollen. Leider sei es nicht dazu gekommen, da der Patient ab der zweiten Woche nicht mehr im Programm erschienen sei trotz mehrfachen Rückrufs des Physiotherapeuten und mündlicher Zusage, wieder zu erscheinen. Eine Aussage über die Leistungsfähigkeit des Patienten könne daher nicht gemacht werden (IV-Nr. 14.31).

3.10 Vom 27. Oktober bis 14. November 2015 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der D.____ auf. Zum Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient habe an verschiedenen Aktivitäten teilgenommen, wobei er aufgrund der chronischen Nacken- und Rückenschmerzen limitiert gewesen sei. Von der Physiotherapie habe er profitieren können, die Verbesserung sei jedoch nicht signifikant gewesen. Aufgrund der Schmerzen habe er medikamentös behandelt werden müssen. Der Patient habe die Dyspnoe vermindern und seine funktionellen Möglichkeiten leicht verbessern können. Er sei hauptsächlich wegen der Schmerzen limitiert gewesen. Den chronischen Tabakabusus habe er auf 5 bis 10 Zigaretten pro Tag reduzieren können. Es sei ihm weitere Physiotherapie verordnet worden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, aus kardiologischer Sicht wäre eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich, sie sei aber abhängig von der Entwicklung der Rückenproblematik (IV-Nr. 14.29).

3.11 Im Sprechstundenbericht des K.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Januar 2016 wurden folgende Diagnosen angegeben:

Persistierende Cervicalgien bei Status nach HWS-Distorsion 03/2014 mit Verdacht auf ältere Processus spinosus Fraktur BWK 1, DD Apophysenrest, Osteochondrose und Spondylarthrose HWK 5/6, Status nach alter BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur, anamnestisch 01/2012 mit Rippenfrakturen 7 und 8 links dorsal sowie pseudoradikuläre Schmerzen LWS rechts mit Osteochondrosen der LWS sowie Verminderung der Bandscheibenfächer. Zur Anamnese wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zur Einholung einer Zweitmeinung zugewiesen worden. Der Patient habe im März 2014 eine Halswirbelsäulendistorsion erlitten. Seither klagt er über nicht vollständig regrediente Schmerzen im Nackenbereich, teilweise auch über ein Knacken. Darüber hinaus bestünden noch zeitweise bewegungsabhängig einschliessende Schmerzen im Bereich der BWS interscapulär sowie auch bewegungsabhängige Schmerzen der LWS mit ab und zu einschliessenden Schmerzen in das rechte Gesäss. Im April 2014 habe er sich bei einem Stolpersturz eine Weber-B-Fraktur zugezogen, welche osteosynthetisch versorgt worden sei. Darüber hinaus sei im August 2014 eine Psoriasis diagnostiziert worden. Im weiteren Verlauf sei eine intensive kardiologische und pulmologische Abklärung nach einer Lungenembolie im November 2014 erfolgt, wobei eine Thrombophilie V diagnostiziert und eine Verminderung der Lungenkapazität von 25 % festgestellt worden sei. Im Weiteren wurden die bildgebenden Abklärungen dargelegt. Die CT-Untersuchungen vom 19. August 2015 ergäben den Verdacht auf eine alte Processus spinosus Fraktur BWK 1, DD Apophysenrest, eine Osteochondrose und eine Spondylarthrose BWK 5/6, die 2-Phasen-Skelettszintigraphie vom 13. Juli 2015 den Nachweis einer BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur und in Abheilung befindliche Rippenfrakturen 7 und 8 links sowie das konventionelle Röntgen der LWS in 2 Ebenen vom 23. Juni 2015 bestehende Osteochondrosen der LWS bei gutem Alignment ohne Hinweise auf eine segmentale Instabilität und einen Verdacht auf Spondylarthrosen. Zum Procedere wurde angegeben, es werde eine ambulante Knochendichtemessung bei Status nach BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur nach fraglichem Sturzereignis empfohlen. Darüber hinaus bitte man die Kollegen der E.____ um ein Aufgebot des Patienten und dessen Einbindung in ein multidisziplinäres Schmerz- und Physiotherapiekonzept (IV-Nr. 14.23). 3.12 Aus dem Bericht des K.____ vom 12. Februar 2016 geht die Diagnose «Fortgeschrittene Rhizarthrose Dig. I Hand links, aktuell kein Hinweis auf das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms beidseits» hervor. Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, insbesondere bei der Bewegung des linken Daumens unter starken Schmerzen im Bereich des linken Handballens zu leiden. Es bestehe eine diskrete Missempfindung insbesondere im linken Daumen. Die fokussierte klinisch-neurologische Untersuchung ergebe eine volle Kraft in den Muskelgruppen beider Hände. Die Sensibilität im Bereich Dig. I sei diskret vermindert. Die Tinel-Zeichen über dem Karpaltunnel seien negativ. Die elektrophysiologische Untersuchung vom 12. Februar 2016 ergebe einen Normalbefund ohne Hinweis auf eine umschriebene demyelinisierende Läsion des Nervus medianus beidseits. Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe zum aktuellen Zeitpunkt kein Hinweis auf das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms beidseits. Reguläre Kontrollen seien hier nicht vorgesehen (IV-Nr. 14.10). 3.13 Dem Sprechstundenbericht des C.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. März 2016 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: 1. Fortgeschrittene Rhizarthrose Dig. I Hand links (adominant) Eaton-Littler Stadium 3 mit Schmerzprogredienz nach Trauma vor 2 Jahren; 2. Schwere Schulter-/Nackenprobleme nach Trauma vom März 2014; 3. Verdacht auf beginnendes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits, links mehr als rechts. Im Weiteren

wurden die Nebendiagnosen Faktor V-Leidenerkrankung, Psoriasis, Status nach Lungenembolie November 2014 (unter Marcoumartherapie), Status nach ambulanter Rehabilitation 2015 Frühjahr im Haus sowie stationäre Rehabilitation Oktober/November 2015 für 3 Wochen im Jura sowie eine Arbeitslosigkeit seit dem 2. Dezember 2014 angegeben. Zur Zwischenanamnese wurde vermerkt, es erfolge die geplante klinische Verlaufskontrolle einen Monat nach der Infiltration. Der Patient gebe an, dass die Infiltration und insbesondere die Ruhigstellung in der kurzen Rhizarthroseschiene eine deutliche Schmerzerleichterung seien. Ohne die Rhizarthroseschiene komme es nach kurzen Arbeiten mit den Händen wieder zu einer starken Verschlechterung. Zum Procedere wurde angegeben, aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums werde wahrscheinlich im Verlauf eine Operation unumgänglich sein. Mit dem Patienten seien die unterschiedlichen Möglichkeiten besprochen worden. Eine reine Schmerzbehandlung könnte mit einer operativen Denervation erfolgen, die natürlich nichts am Arthroestadium selbst verändere. Dies wäre die einfachste Möglichkeit der weitgehenden Schmerzausschaltung bzw. Schmerzlinderung. Falls die Kraft im Vordergrund stehe, wäre eine Arthrorese zu empfehlen; falls vorwiegend die Beweglichkeit erhalten werden solle, eine Trapezektomie mit Aufhängung. Da die Beschwerden nun regredient seien und unter der Schiene gut kompensiert, wünsche sich der Patient zum jetzigen Zeitpunkt keine Behandlung. Er gebe an, dass die Schulternackenbeschwerden sehr im Vordergrund stünden und dass er längeres Sitzen und Stehen nahezu vermeide (IV-Nr. 23 S. 14 f.). 3.14 Vom 2. bis 21. Mai 2016 war der Beschwerdeführer in der E.____, [...], hospitalisiert. Zum Verlauf wurde angegeben, der Patient sei mit chronischen Schmerzen und daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen im Bereich der BWS zur Schmerzbehandlung eingetreten. Nach Untersuchung und gemeinsamem Assessment durch das interdisziplinäre Behandlungsteam habe der Patient an einer dreiwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, welche Physio-, medizinische Trainings- (MTT), Ergo-, Atem-, kreative und Entspannungs-Therapie sowie standardisierte psychiatrisch-psychologische Gruppen- sowie Einzelgespräche beinhalte. Es seien tägliche Visiten mit regelmässiger interdisziplinärer Teambesprechung sowie eine Überprüfung des Behandlungsverlaufs erfolgt. Der Patient habe sich rasch in die Patientengruppe integriert und sei stets motiviert gewesen. Er sei in der Gruppe aktiv gewesen und habe sich mit der Schmerztherapie auseinandergesetzt. Der Patient habe durch den multimodalen Therapieansatz stark profitieren können und habe subjektiv den grössten Benefit durch Psychotherapie, MTT und den Austausch mit den Mitpatienten gesehen. Mit dem Patienten seien die Vorteile der neuen direkten Antikoagulantia besprochen worden. Er wolle aber zurzeit weiterhin Marcumar einnehmen. Die medizinische Eintrittsuntersuchung inkl. Labor und EKG sei unauffällig gewesen bis auf den stark erniedrigten Vitamin D3 Wert. Es sei eine Substitution erfolgt. Im Verlauf seien keine sonstigen internistischen Probleme aufgetreten. Der Patient habe schnell die positiven Effekte des regelmässigen Trainings verspürt. Lokal sei er mit Neurodol-Pflaster behandelt worden. Zum psychiatrischen Verlauf wurde festgehalten, in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen sei es dem Patienten anfänglich möglich geworden, die Wechselwirkungen von Schmerz und Depression verstehend zu akzeptieren. Erschwerend wirkten konfliktbelastende Beziehungen im familiären und sozialen Kontext. Dem Patienten sei es im Verlauf teilweise gelungen, seine schmerzgesteuerte depressiv-negative Stimmung distanzierter zu betrachten und seine positiven Ressourcen zu artikulieren, mit regressiven Einbrüchen durch Zukunfts- und Existenzängste. Im Verlauf der zweiten Behandlungshälfte seien depressive Verhaltensmuster deutlicher geworden. Er

sei aus psychiatrischen Gründen aktuell arbeitsunfähig. Eine psychiatrische Behandlung im ambulanten bzw. stationären Setting sei ihm nahegelegt worden. Er habe einen Ersttermin vereinbart. Einer antidepressiven Medikation sei der Patient noch zurückhaltend gegenübergestanden. Die bio-psycho-soziale Zusammenfassung lautete dahingehend, beim Patienten bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehllhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen durch die IV gezeigt. Es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 5. Juni 2016 attestiert (Bericht vom 27. Mai 2016, IV-Nr. 18 S. 2 ff.).

3.15 Dr. med. R.____, Pneumologie und Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

«1. Multifaktorielle körperliche Dekonditionierung im Rahmen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms: St.n. Rippenserienfrakturen links November 2015, Fraktur/DD Pseudarthrose processus spinosus 1 (CT-Thorax vom Juni 2015); 2. chronisches Cervico-Thoraco-Vertebrales Schmerzsyndrom mit Osteochondrose (siehe Bericht Dr. O.____ vom 25.8.2015); 3. Status nach massiven Lungenembolien und Infarkt-pneumonie beidseits November 2014: familiäre Koagulopathie Faktor V LEIDEN».

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde «4. fortgesetzter Nikotinkonsum mindestens 50 – 60 py: kein Nachweis einer COPD, normale Lungenfunktion» angegeben. Im Weiteren führte der Pneumologe aus, im Vordergrund der Beschwerden bestehe subjektiv das diffuse schwere chronische Schmerzsyndrom, bedingt durch die degenerativen Erscheinungen in der HWS und der BWS, teils auch durch den St.n. Rippenserienfrakturen (Bericht von Dr. med. O.____ vom 25. August 2015). Aus pneumologischer Sicht wurde festgestellt, die Bodyplethysmographie/Lungenfunktion vom 28. April 2016 zeige eine vollständig normale Situation ohne jegliche lungenfunktionelle Einschränkung: es sei weder eine obstruktive noch eine restriktive Ventilationsstörung vorgelegen. In der Ergospirometrie vom 3. Juli 2015 (Dr. med. M.____) habe sich insgesamt eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit gezeigt: der Patient habe mit 108 W 54 % des Sollwertes erreicht, ebenso sei die maximale Sauerstoffaufnahme auf 67 % des Sollwertes reduziert gewesen. Zusätzlich habe sich in Ruhe eine relative Hyperventilation gezeigt. Eine pulmonale, sprich respiratorische Limitierung habe nicht bestanden. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei am ehesten zurückzuführen auf die muskuloskelettale Problematik, zusätzlich sicher auch bei Bewegungsmangel (ebenfalls teils mitbedingt durch die Schmerzen), auf eine Dekonditionierung sowie auf eine Adipositas. Eine kardiologische Abklärung habe keine Hinweise für eine (postthrombotische) pulmonal arterielle Hypertension ergeben, sodass auch von dieser Seite keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit geltend gemacht werden könne. Von pneumologischer Seite her ergäben sich keine therapeutischen Optionen: selbstredend werde die Nikotinabstinenz empfohlen, der Patient sollte nebst einer konsequenten Analgesie auch einer Rehabilitation im Sinne einer Rekonditionierung zugeführt werden. Zusammenfassend könne in der jetzigen Situation dem Patienten keine schwere körperliche Arbeit (bisheriger Beruf als Fahrzeugbauer) zugemutet werden, grundsätzlich bestehe eine Wiedereingliederungsfähigkeit in angepasster, leichter körperlicher Tätigkeit. Zudem könne diese durch eine konsequente Analgesie/Schmerztherapie wahrscheinlich verbessert werden (IV-Nr. 16 S. 5 ff.; vgl. auch IV-Nr. 16 S. 1 ff.).

3.16 Nach den Angaben von Dr. med. Q.____ in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 3. Juni 2016 besteht eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 1. Oktober 2015. Sie habe den Patienten seit Oktober 2015 nicht mehr gesehen, als sie ihn damals zur Rehabilitation und zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit überwiesen habe. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (IV-Nr. 17 S. 1 f.). 3.17 Die E.____ attestierte in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 8. August 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai bis 5. Juni 2016 und hielt fest, der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Prognose sei noch nicht absehbar. In 6 Monaten sei eine «Boosterwoche» zur Therapiestabilisierung vorgesehen. Beim Patienten bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehlhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen durch die IV gezeigt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die gesundheitliche Störung bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich durch eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit aus. Die bisherige Tätigkeit sei zu Beginn mit einem Pensum von 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten. Zur Beurteilung der Belastungs- und Ausdauermöglichkeiten werde die Durchführung der Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Die Eigenübungen zur weiteren Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur und zur allgemeinen Haltungsverbesserung sowie die ambulanten Psychotherapiemassnahmen seien weiterzuführen. Dadurch könne die Belastbarkeit gesteigert und die Kondition verbessert werden. Andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wechselnd zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, seien ebenfalls zu Beginn mit einem Pensum von 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe zu Beginn eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 22 S. 1 ff.). 3.18 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, pract. med. S.____, Facharzt für Allgemeinmedizin (FMH), stellte in seinem Bericht vom 17. August 2016 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen Anteilen und Status nach verschiedenen Unfällen, Verdacht auf eine Angst- und Panikstörung mit Depression, chronische Dyspnoe bei Status nach bilateralen Lungenembolien sowie Nikotinabusus und Psoriasis vulgaris. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Adipositas angegeben. Der Hausarzt attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Januar bis 15. Februar 2015, eine solche von 50 % vom 16. Februar bis 30. September 2015 und erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Oktober 2015. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die Arbeitsfähigkeit könne jedoch durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Der Hausarzt gab sodann an, er behandle den Patienten seit dem 27. Januar 2016. Seit den Unfällen vor zwei Jahren bestünden multiple und fluktuierende Schmerzen, welche auch durch psychische Belastungen infolge Scheidung und Sorgerechtsstreit getriggert seien. Zuletzt seien in der E.____ die Medikamente umgestellt worden, seitdem sei der Symptomenprogress langsamer. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde vermerkt, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Es seien nur noch leichte Tätigkeiten möglich, kein Heben/Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, keine Armvorhalte- oder Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in WS-Zwangshaltungen und kein regelmässiges Bücken. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten während 3 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, da das Arbeitstempo durch die psychische Problematik verlangsamt sei. Der Patient benötige

regelmässige Pausen (IV-Nr. 23 S. 1 ff.). 3.19 Vom 31. Oktober bis 5. November 2016 hielt sich der Beschwerdeführer erneut stationär in der E.____ auf. Bei der Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, vom letzten Aufenthalt profitiert zu haben. Er versuche, zu Hause die Struktur zu halten und regelmässig Übungen zu machen. Er mache weiter Übungen mit dem Theraband zur Kräftigung der Schultermuskulatur und der BWS. Darüber hinaus mache er regelmässig ca. einstündige Spaziergänge. Nach einer Stunde komme es zu Schmerzen und einem Hinken im Bereich des linken Beines. Die körperlichen Belastungen im Rahmen der Haushaltsarbeit könne er für 15 bis 30 Minuten tolerieren. Weiterhin berichte er, dass er sich morgens in seinem Körper «wie eingefroren» fühle. Ausserdem komme es insbesondere in Rückenlage wiederholt zu stechenden thorakalen Schmerzen, was ihm Angst mache hinsichtlich eines erneuten kardiopulmonalen Ereignisses. Er berichte über «Ups and Downs», abhängig vom Schmerzverlauf, sei aber nur an 2 bis 3 Tagen in 5 Monaten ohne Schmerzmitteleinnahme gewesen. Er lebe noch, könne laufen und habe ein Dach über dem Kopf. Seit der Scheidung lebe er aber in wirtschaftlicher Unsicherheit. Zum Psychostatus wurde im Wesentlichen festgehalten, der Patient sei gepflegt, wach und allseits orientiert erschienen. Er habe über Konzentrationsschwierigkeiten, jedoch nicht über Gedächtnisstörungen berichtet. Formalgedanklich sei er auf die persistierenden und erheblich einschränkenden Schmerzen und seine sozialen und existentiellen Probleme eingeengt gewesen, mit erheblichen Befürchtungen und latenter Angst vor Komplikationen der Thrombophilie. Im Affekt sei er bei affektiver Schwingungsfähigkeit leicht gereizt, teils dysphorisch, innerlich angespannt, unruhig und im Antrieb reduziert gewesen. Es habe eine leichte Beeinträchtigung der Vitalgefühle bestanden, er habe von schmerzbedingten Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Es bestehe keine Suizidalität. Zum Verlauf wurde angegeben, die Aufnahme sei zur Therapiestabilisierung nach einer multimodalen Schmerztherapie im Mai 2016 erfolgt. Nach der Untersuchung und gemeinsamem Assessment durch das interdisziplinäre Behandlungsteam habe der Patient an einer einwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen, welche Physio-, medizinische Trainings-, Ergo- und Entspannungstherapie sowie psychiatrisch-psychologische Gruppen- und Einzelgespräche beinhalte. Der Patient habe sich bei der Aufnahme weiterhin in einem deutlich stabileren psychischen Zustandsbild präsentiert. Er habe sich gut in die Patientengruppe integriert und sei motiviert gewesen. Er sei in der Gruppe aktiv gewesen und habe sich mit der Schmerzthematik konstruktiv auseinandergesetzt. In den Gruppengesprächen seien nach der gemeinsamen Evaluation mit den anderen Patienten die Themen Schlaf, Grenzen, Angst, schmerzmodulierende Faktoren, Umgang mit Stress, Emotionen, soziales Umfeld sowie Selbstachtsamkeit und –motivation besprochen worden. Während des stationären Aufenthaltes sei erneut eine manualtherapeutisch/osteopathische Behandlung zur Lösung der genannten Blockierung durchgeführt worden. Darüber hinaus sei bei verstärkten Effloreszenzen im Sinne der Psoriasis erneut eine dermatologische Vorstellung mit dem Patienten besprochen worden. Im Vorfeld sei bei einer rheumatologischen Untersuchung ein Gelenkbefall im Rahmen der Psoriasis-Grunderkrankung weitestgehend ausgeschlossen worden. Zum psychosomatisch-psychotherapeutischen Verlauf wurde festgehalten, in den Einzelgesprächen sei offensichtlich geworden, dass der Patient weiterhin unter immobilisierendem Schmerzerleben und Ängsten leide, mit Auslösung affektiver Destabilisierung und reaktiver Erstarrung, die sich bis in rigide Körperhaltung und –bewegung ausdrücke. Behutsam hätten die komplexe Angst-Problematik im Kontext der Schmerzerkrankung und psychosomatisch-soziale Zusammenhänge erschlossen werden

können, welche seine depressiv-negative Stimmung und die Schmerzfokussierung verstärkten, einhergehend mit hoher Anspannung und hohen Selbstansprüchen. Die drohende Chronifizierung der depressiven Entwicklung mit weiterem Verlust von Leistungsfähigkeit und Selbstwertgefühl sowie erheblichem sozialem Rückzug sei thematisiert worden. Dementsprechend sei neuerlich auf das Erfordernis einer weiterführenden psychiatrisch-psychosomatischen Unterstützung hingewiesen worden. Der Patient habe sich jedoch in der Kürze der Zeit noch nicht dazu entschliessen können. Zusammenfassend wurde in bio-psycho-sozialer Hinsicht angegeben, beim Patienten bestünden mittlerweile chronische Zervikobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, welche seine Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigten. Weiterhin bestehe eine allgemeine Dekonditionierung bei fehlenden Massnahmen regelmässiger Mobilisierung und Muskelaufbau. Das Schmerzerleben sei erheblich erschwert durch die mittlerweile chronifizierende Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste. Die behandelnden Ärzte attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. November 2016. Zum Prozedere wurde angegeben, physiotherapeutisch werde die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein regelmässiges Ausdauertraining, die Vorstellung bei einem Dermatologen zur Abklärung der lokalen und systemischen Behandlungsmöglichkeiten bei Psoriasis, psychiatrisch eine strukturgebende Unterstützung in einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten stationären Setting in einer für affektive Störungen geeigneten Einrichtung sowie internistisch die Kontrolle der Vitamin D3- und B12-Werte empfohlen (Bericht vom 7. Dezember 2016, IV-Nr. 35).

3.20 Die E. ___ stellte in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 19. Dezember 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei chronisch rezidivierenden Zervicobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, Fragmentneuartikulation proc. spinos. BWK I (CT 11/2014, 06 & 08/2015) n. fragl. Fraktur 3/2014, sterno-symphysaler Fehlhaltung mit rez. thorakalen Blockierungen, Rhizarthrose Dig I li Hand (adominant); 2. Depressive Entwicklung, mittelgradig nach Anpassungsstörung, angstbetont (F33.2); 3. Schwierigkeiten mit Bezug auf das Wohnumfeld, die wirtschaftliche und die soziale Lage (Z59, Z60). Die weiteren Diagnosen (1. Thrombophilie bei heterozygotem Faktor V-Leiden-Mutation mit APC-Resistenz und heterozygoter Prothrombin-Mutation (ED 11/2014); 2. Orale Dauer-Antikoagulation mit Marcoumar b. Diagnose 3; 3. Chronischer Nikotinizismus (ca. 50 py); 4. Adipositas Grad I (BMI 31.5 kg/m²); 5. Psoriasis vulgaris; 6. Vitamin D- und B12-Mangel) haben nach den ärztlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 21. Mai 2016 und vom 31. Oktober bis 5. November 2016 angegeben. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs könne von einem protrahierten Verlauf ausgegangen werden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, es bestehe eine rezidivierende Cervico-Brachialgie mit Schwindelsymptomatik nach ca. 30 Minuten Arbeit. Überkopfarbeiten seien nicht zumutbar. Nach ca. 1 Stunde Gehen träten die Schmerzen im linken Bein auf. Es bestehe eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der linken Hand bei Rhizarthrose. Erschwert durch die Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, sei noch nicht absehbar. Dabei bestünde eine verminderte Leistungsfähigkeit, da die Belastbarkeit für längeres Stehen und Gehen, Überkopfarbeiten und Gewichte Heben hochgradig vermindert sei. Die Arbeitsfähigkeit am

bisherigen Arbeitsplatz könnte durch regelmässige medizinische Trainingstherapie und Ausdauertraining verbessert werden. Durch die Stabilisierung der Rumpfmuskulatur und eine allgemeine Konditionsverbesserung träten die rezidivierenden thorakalen Blockierungen selten auf. Dadurch werde eine Steigerung der körperlichen Ausdauer erzielt. Für eine psychische Stabilisierung sei aktuell ein verhaltenstherapeutisch-stationäres Setting empfohlen worden. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten zuzumuten. Körperlich empfehle man leichte Tätigkeiten überwiegend im Stehen oder Sitzen ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten von nicht mehr als 5 kg und das Vermeiden von Zwangshaltungen. Eine solche Tätigkeit sei während zwei Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (längeres Stehen, Gehen, Überkopfarbeiten, gebückte Zwangshaltung, regelmässiges Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg; IV-Nr. 36 S. 5 ff.).

3.21 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (internistischen, orthopädisch-traumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der F.____ [...], vom 20. März 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 20. und 28. Februar 2017 untersucht und begutachtet wurde. Die begutachtenden Fachärzte konnten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihnen angegebenen Diagnosen (1. Status nach bilateralen Unterlappenlungenembolien 16.11.2014, keine pulmonale Hypertonie [Echo Oktober 2015]; 2. Thrombophilie bei heterozygoter Faktor V Leiden Mutation mit APC-Resistenz und heterozygoter Prothrombin-Mutation [ED 11/2014]; 3. Psoriasis vulgaris [ED 2014]; 4. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Persistierender Nikotinabusus [ca. 80 py], Adipositas [BMI 31.8 kg/m²] mit viszeraler Fettverteilung; 5. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere C5/6 ohne Bewegungseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeiten; 6. Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne Bewegungseinschränkung; 7. Degenerative Veränderungen des linken Daumensattelgelenkes [Rhizarthrose] ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung mit erhaltener grober Kraft der linken Hand; 8. Status nach operativer Behandlung eines Aussenknöchelbruches links ohne Funktionsbeeinträchtigung des linken oberen und unteren Sprunggelenkes; 9. Status nach Operation des rechten Schultergelenkes ohne verbleibende Funktionsbeeinträchtigung; 10. Meralgia paraesthetica rechts; 11. Anpassungsstörung, depressiv gefärbt ICD-10 F43.0; 12. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 F45.41) haben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde ausgeführt, bei diesem 57-jährigen Exploranden seien ab dem Jahr 2014 multiple gesundheitliche Probleme aufgetreten. Einerseits beklage der Explorand heftige Schmerzzustände im Bewegungsapparat, welche zum Teil in Zusammenhang mit den stattgehabten Unfällen gebracht worden seien. Andererseits seien verschiedene internistische Probleme in Erscheinung getreten, namentlich eine Leistungsschwäche mit Dyspnoe nach dokumentierten bilateralen Lungenembolien, eine Gerinnungsneigung bei Thrombophilie, unklare Schwindelzustände sowie eine Psoriasis. Dazu gesellten sich psychische Störungen bei schwieriger psychosozialer Situation. Der Internist komme zum Schluss, dass keine Leiden oder Funktionsstörungen bestünden, welche die Arbeitsfähigkeit quantitativ beeinträchtigten. Namentlich gelte dies für die Lungenembolien, welche keine längerfristigen Nachwirkungen gehabt hätten, weder eine Rechtsherzüberlastung noch eine pulmonale Hypertonie. Auch die Lungensituation sei normal gewesen, ohne eine die körperliche Leistungsfähigkeit einschränkende pulmonale oder bronchiale Pathologie. Die

in der Ergometrie dokumentiert eingeschränkte Belastbarkeit sei einer chronischen Dekonditionierung zugeschrieben worden, zumal andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten. Die Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen seien aufgrund der Datenlage sowie der Befragung und Untersuchung als «unspezifisch», d.h. ohne fassbare Pathologie taxiert worden. Eine Meinung, welche auch die Neurologin teile. Ein körperliches Training mit gegebenenfalls Gleichgewichtsübungen dürfte nicht nur die körperliche Belastbarkeit verbessern, sondern auch diese unspezifischen Schwindelzustände günstig beeinflussen. Schliesslich gingen von der Thrombophilie, der Psoriasis und den übrigen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Im Weiteren wurde dargelegt, der Orthopäde erforsche die Hintergründe der mannigfaltig angegebenen muskuloskelettalen Beschwerden. Dabei finde er kein sicheres Korrelat zu den als subjektiv erheblich angegebenen Belastungseinschränkungen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule. In diesem Zusammenhang diskutiere er die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus des BWK 1 sowie die degenerativen Veränderungen C5/6, welche indessen keine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach sich zögen. Auch die Lendenwirbelsäule habe sich altersentsprechend ohne Auffälligkeiten und ohne Wurzelreizsyndrom gezeigt. Bei den Manövern bzw. Untersuchungsgängen habe im Übrigen keine Schwindelsymptomatik ausgelöst werden können. Die in der Vergangenheit durchgeführten Operationen des rechten Schultergelenks und des linken oberen Sprunggelenks seien ohne Folgen ausgeheilt. Schliesslich habe die links unzweifelhaft bestehende mässige Rhizarthrose zu keinen Funktionsdefiziten geführt. Insgesamt hätten die vom Exploranden als sehr stark und invalidisierend beschriebenen Beschwerden nicht nachvollzogen werden können. Die Neurologin habe die geklagten Schmerzen nicht einer bestimmten Nervenwurzel zuordnen können. Der Neurostatus sei unauffällig. Es hätten auch keine Hinweise für eine Myelopathie oder eine Nervenschädigung im Sinne einer Radikulopathie, Plexusläsion oder andersartigen Nervenstörung bestanden, welche als Ursache der Schmerzen in Frage komme. Die Schmerzen seien neurologisch nicht erklärbar. Ebenso finde sich für den geklagten Schwindel kein peripheres oder zentrales Korrelat. Nebenbefundlich zeige sich eine Meralgia paraesthetica rechts. Eine funktionelle Beeinträchtigung durch diese Nervenreizung liege nicht vor. Auf neurologischem Gebiet sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Für den Psychiater seien eine affektive Labilität, deutliche Wechselwirkungen zwischen Schmerzqualität und Stimmung sowie grüblerische Gedanken in Verbindung mit Existenzängsten erkennbar. Nach ICD-10-Kriterien sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren nachvollziehbar. Eine spezielle psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung habe bisher nicht stattgefunden. Die psychiatrische Symptomatik beeinträchtige beim Exploranden die Stressbewältigung und die Umstellungsfähigkeit. Dies sollte aber für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine Einschränkung zur Folge haben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine qualitative, aber keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Polydisziplinär ergäben sich für die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit Einschränkungen bezüglich des Belastungsprofils, jedoch keine quantitative Einschränkung. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten, wie die Mitarbeit im Fahrzeugbau, bei denen es sich vor allem um wechselbelastete, bodennahe, manuelle Arbeiten gehandelt habe, dürften von den qualitativen Einschränkungen nicht betroffen sein. Unter dem Titel «Zusammenfassendes Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens» wurde sodann vermerkt, in Anlehnung an das Mini-ICF

beständen beim Exploranden aufgrund der psychiatrischen Diagnose eine reduzierte Stresstoleranz und eine reduzierte Umstellungsfähigkeit. Entsprechend sollte eine wohlwollende Arbeitsumgebung ohne allzu grossen Stress vorhanden sein. Auch wenn die Schwindel unspezifisch erschienen und mit einem Bewegungstraining besserungsfähig seien, müsse sicherheitshalber von Arbeiten in grosser Höhe abgeraten werden. Ein Besteigen von hohen Leitern und exponierte Arbeitsplätze seien nicht möglich. Wegen der Antikoagulation seien Arbeiten mit hohem Verletzungspotential ungünstig. Die auf orthopädisch-traumatologischem und neurologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen hätten zu keinen fassbaren Funktionsdefiziten geführt, insofern seien hier keine Einschränkungen zu machen. Sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen, leidensangepassten Tätigkeit bestehe im polydisziplinären Konsens eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus polydisziplinärer Sicht festgehalten, das vom Exploranden erwähnte Ereignis im März 2014 habe nach eigenen Angaben zu keiner prolongierten Arbeitsunfähigkeit geführt. Die später festgestellten Veränderungen seien alle degenerativer Natur und beständen sicher schon seit mehreren Jahren. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit könne nicht mit den auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen begründet werden. Die Lungenembolien vom November 2014 hätten Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben, deren Dauer – beim Fehlen damaliger kardialer Befunde und ohne damaliges Arbeitsunfähigkeitszeugnis – retrospektiv schwierig festzulegen sei. Für eine körperlich schwere Arbeit und bei Therapieeinstellung der Antikoagulation erscheine eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von rund zwei Monaten, somit bis Mitte Januar 2015, als angezeigt. Danach hätten keine internistischen, neurologischen oder orthopädischen Leiden mehr bestanden, welche Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben hätten. Psychiatrisch gelte die beschriebene qualitative Einschränkung ab dem letzten Arbeitsversuch im Januar 2015. Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde aus polydisziplinärer Sicht angegeben, es gelte das oben Gesagte, ausser dass sich für eine körperlich leichte Arbeitstätigkeit die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach den eingetretenen Lungenembolien auf vier bis sechs Wochen verkürze, mithin bis Ende Dezember 2014. Zur Prognose wurde im polydisziplinären Konsens festgehalten, auf orthopädischem Gebiet sei es schwierig, eine seriöse Prognose zu stellen: die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule sowie des linken Daumensattelgelenkes, die unzweifelhaft vorhanden seien, könnten nach ärztlicher Erfahrung fortschreiten, wobei die Progressionsrate im Einzelfall nicht voraussagbar sei. Zum jetzigen Zeitpunkt hätten diese Veränderungen zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Auch hätten sich keine Hinweise für eine sogenannte Psoriasis-Arthritis ergeben. Aus internistischer und neurologischer Sicht erscheine die Prognose relativ günstig. Bei konsequenter Antikoagulation sollte die Gerinnungsstörung unter Kontrolle bleiben. Unter Antikoagulation sei allerdings die Blutungsneigung erhöht, weshalb das Arbeitsplatzprofil zu beachten sei. Grössere Gefahr gehe vom ausgesprochen hohen Nikotinabusus aus, mit geschätzten bisherigen 80 py. Eine Nikotinabstinenz sollte angestrebt werden, dies scheine für den Exploranden allerdings im Moment schwierig zu sein. Psychiatrischerseits werde die Prognose als günstig angesehen, wenn der Explorand sich auf eine intensive ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einlasse und sich zusätzlich medikamentös behandeln lasse. Bei einer erfolgreich durchgeführten psychiatrischen Behandlung sei von einer auch qualitativen Besserung der

Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die gestellten Fragen wurden aus polydisziplinärer Sicht dahingehend beantwortet, die Schwierigkeiten in der Beziehung, welche 2006 zur Scheidung geführt hätten, die nachfolgenden Rechtsstreitigkeiten um Sorgerecht und Alimentenzahlungen sowie die finanziell zunehmenden Schwierigkeiten seien der Stimmung sicherlich nicht förderlich gewesen und hätten möglicherweise die Schmerzsymptomatik getriggert. Eine direkte Auswirkung auf die Gesundheitsschädigung von Seiten dieser Faktoren sei aber nicht zu erkennen. Für den Orthopäden seien die Beschwerden vom Exploranden sehr demonstrativ vorgebracht worden. Eine intendierte Aggravation könne ihm jedoch nicht unterstellt werden, ebenso keine Simulation. Auch für die anderen Gutachter bestünden keine Hinweise auf eine Aggravation. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder –akzentuierung seien nicht vorhanden. Der Explorand verfüge über einen grossen Erfahrungsschatz in diversen Metiers, namentlich Holz- und Fahrzeugbau sowie Montage. Er sei es sicher gewohnt gewesen, viel und auch hart zu arbeiten. Ob er dieses Potential allerdings noch einmal abrufen könne, sei fraglich. Der Explorand sei in seiner aktuellen Partnerschaft gut eingebunden, es bestünden Kontakte zur Ursprungsfamilie. Der soziale Kontext wurde dahingehend beschrieben, es bestehe eine feste Partnerschaft, welche allerdings auch nicht ungetrübt scheine. Ansonsten habe der Explorand eher wenig Freunde und ein eher bescheidenes soziales Netzwerk. Die Kommunikationsfähigkeit sei an sich gut, wenn auch etwas ausschweifend. Die Motivation scheine gut: Während der stationären Rehabilitation im November 2015 habe eine gute Partizipation bestanden, wobei über wiederholte Schmerzexazerbationen berichtet werde, welche die Teilnahme am aktiven Programm behindert hätten. Es habe auch eine gute Motivation während der Schmerztherapien im Mai und Dezember (recte: November) 2016 bestanden. Kontakte zur Ursprungsfamilie seien vorhanden, jedoch auch ausgeprägte Konflikte mit der Ex-Ehefrau und den eigenen Kindern aufgrund des Sorgerechtsstreits. Eine wechselseitige Beeinflussung zwischen der depressiv gefärbten Anpassungsstörung und der chronischen Schmerzstörung sei denkbar. Andere Wechselwirkungen seien nicht erkennbar. Die psychiatrische Symptomatik beeinträchtigt beim Exploranden die Stressbewältigung und die Umstellungsfähigkeit. Zu den verbleibenden Therapieoptionen wurde angegeben, der psychiatrische Gutachter moniere, dass eine psychosomatische Behandlung bisher noch nicht stattgefunden habe. Eine derartige Behandlung während der Schmerztherapie im K. ___ habe Verbesserungstendenzen gezeigt. Von einer Resistenz könne keine Rede sein. Zu einer Verbesserung der Schmerzverarbeitung und der affektiven Labilität sollte eine Behandlung mit Antidepressiva in Erwägung gezogen werden. Daneben sollte eine regelmässige Psychotherapie stattfinden. Aus Sicht des Orthopäden sei die bisherige Therapie (sowie die bisherige Diagnostik) sehr umfangreich und lege artis durchgeführt worden inklusive der mehrmaligen schmerztherapeutischen Behandlungen, sodass keine Therapieoptionen unabhängig von der Motivation der versicherten Person verblieben. Dies müsse kein Widerspruch zur Meinung des Psychiaters darstellen, indem Letzterer eher Gewicht auf die psychosomatische Behandlung und nicht auf die rein körperliche Schmerztherapie legen wolle. Immerhin wäre – jetzt wieder aus internistischer Sicht – ein kontrolliertes, aufbauendes Trainingsprogramm geeignet, die körperliche Belastbarkeit zu steigern und die unspezifische Schwindelneigung zu dämmen. Eine solche Therapie könnte ambulant oder stationär angeboten werden, wobei im Falle eines körperlich betonten Trainings (wie bei der Rehabilitationsbehandlung in D. ___) viel Wert auf eine psychologische Begleitung zu legen wäre. Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar. Zur Konsistenz wurde schliesslich ausgeführt, die Körperhaltung des

Exploranden während der Exploration widerspiegeln die beklagten Schmerzen: Schräge Körperhaltung und Ausdruck von Schmerzen im Gesicht. Allerdings erscheine die Bewegungseinschränkung bei der ausführlichen Untersuchung unauffällig – im Gegensatz zur Schilderung der Einschränkungen. Darüber hinaus erfolgten beiläufige Handlungen, wie Entkleiden respektive Anziehen, ohne auffallende Behinderungen. Gemäss Beschreibung wirkten sich die schmerzbedingten Einschränkungen in allen Lebensbereichen aus. Therapeutische Optionen seien wahrgenommen worden. Der unangemeldete Abbruch der Rehabilitation im Herbst 2015 sei wohl bedingt durch die Überschneidung mit der kurz darauf gestarteten stationären Rehabilitation in D. ___ gewesen. Ansonsten bestünden keine Hinweise auf eine Vernachlässigung therapeutischer Optionen (IV-Nr. 42.1).

3.22 Auf Rückfrage des RAD bzw. der Beschwerdegegnerin hielten die F. ___-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 13. Juni 2017 fest, im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens habe herausgearbeitet werden können, dass sich im Verlauf der Biographie des Exploranden keine schwere psychische Erkrankung entwickelt habe, welche den internationalen Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-V) entsprochen hätte. Im Rahmen seiner Schmerzverarbeitungsstörung habe der Explorand eine Anpassungsstörung entwickelt, welche quantitativ die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Eine affektive Labilität sei keine Diagnose, sondern lediglich ein Symptom im psychopathologischen Befund, das allein nicht genüge, um eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Im Gutachten sei jedoch dem Einfluss der affektiven Labilität im Arbeitsleben Rechnung getragen und beschrieben worden, dass die affektive Labilität die Stressbewältigung/Umstellungsfähigkeit beeinflusse. Dabei handle es sich nicht um eine irreversible Schädigung, die dauerhaft und quantitativ die Arbeitsfähigkeit beeinflusse, sondern um eine funktionelle Beeinträchtigung, die mit Hilfe einer ambulanten Psychotherapie und medikamentöser psychopharmakologischer Unterstützung bewältigbar sei. Der Explorand sei in der freien Wirtschaft unter Einhaltung des Belastungsprofils zu 100 % arbeitsfähig. Auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne keine Einschränkung gesehen werden (IV-Nr. 48).

3.23 Dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht der H. ___, Klinik Schmerzmedizin (pract. med. G. ___, Oberarzt), [...], vom 17. November 2017 können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Thorakospondylogenes Schmerzsyndrom Th2 bis Th4, bestehend seit dem Arbeitsunfall von März 2014, radiologisch Fraktur des Processus spinosus HWK1 (CT 11/2014)». Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach bilateralen Lungenembolien im November 2014 angegeben. Zur medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit wurde festgehalten, dem Patienten sei von ihr keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Aufgrund häufiger Arbeitsausfälle wegen der Beschwerden im zervikothorakalen Übergang sei der Patient arbeitslos geworden und zwischenzeitlich ausgesteuert. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Aufgrund der Beschwerden sei am 13. Oktober 2017 eine Infiltration der Facettengelenke Th2 bis Th4 beidseits durchgeführt worden. Darunter sei es kurzfristig zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Leider sei kein Steroid-Effekt eingetreten. In der Folge sei nun ein Medial Branch-Block mit Option auf eine Radiofrequenzablation geplant. Bezüglich beruflicher Massnahmen wäre ein Arbeitsversuch empfehlenswert, allerdings sei der Patient maximal 30 Prozent arbeitsfähig, dies auch nur ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten und mit der Möglichkeit, Pausen einlegen zu können bei Schmerzexazerbationen. Hilfsmittel benötige er keine. Das Tragen von Lasten über 5

Kilogramm sei nicht möglich. Überkopfarbeiten seien nur kurzzeitig möglich. Diese Einschränkungen bestünden seit dem Arbeitsunfall vom März 2014. Aktuell sei eine ergänzende medizinische Massnahme nicht angezeigt. Im Weiteren wurde ausgeführt, die Zuweisung des Patienten sei durch den behandelnden Hausarzt, pract. med. I. ____, aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms im Bereich des zervikothorakalen Übergangs nach dem Arbeitsunfall im März 2014 erfolgt (Handgriff eines Bohrers habe den Patienten in der Schläfenregion getroffen; unmittelbar danach seien starke Schmerzen im Bereich des Nackens und der oberen BWS aufgetreten). Die Schmerzen dauerten seit dem Unfall an und nähmen an Intensität eher zu. Im Rahmen einer pneumologischen Nachkontrolle bei Dr. med. M. ____ sei festgestellt worden, dass im Bereich des BWK 1 eine Fraktur des Processus spinosus bestehe. Weitere Abklärungen seien jedoch in der Folge nicht unternommen worden. Der Patient sei aufgrund der Schmerzsymptomatik im zervikothorakalen Übergang bereits stationär in der E. ____ behandelt worden. Die Beschwerden hätten sich aber nur kurzfristig und nur unwesentlich gebessert. Der Patient berichte, an chronischen Schmerzen im Bereich des zervikothorakalen Übergangs zu leiden, welche stark bewegungsabhängig seien und des Öfteren zur Schiefhaltung des Kopfes aufgrund der Schmerzen (Torticollis) führten. Ausserdem bestünden auch dumpfe Schmerzen im Bereich der oberen BWS, welche intermittierend zu Schmerzausstrahlungen in das Sternum führten. Bis anhin seien noch keine weiteren Abklärungen der Beschwerden erfolgt. Eine Schmerz-ausstrahlung in die Arme oder in die Beine verneine der Patient. Der Patient beklage eine rasche Ermüdbarkeit und eine verminderte Erholungsfähigkeit aufgrund seiner Schmerzsituation. Zu den erhobenen Befunden wurde u.a. ausgeführt, im Bereich der Ellenbogen, Kniegelenke und Knöchel bestünden mehrere Psoriasis-Läsionen. Sodann bestehe im Bereich des zervikothorakalen Übergangs eine ausgeprägte Druckdolenz und eine Bewegungseinschränkung auch der HWS. Diese sei auf beide Seiten um etwa einen Drittel schmerzbedingt eingeschränkt. Der Kinn-Sternum-Abstand betrage 6 cm. Klinisch finde sich auch ein ausgeprägter Schmerz im Bereich der Processi spinosi der Wirbel HWK 1 und 2 sowie auch HWK 4 bis 6. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde angegeben, aufgrund des sehr wahrscheinlichen thorakospondylogenen Schmerzsyndroms im Bereich der oberen Brustwirbelsäule sei am 13. Oktober 2017 eine Facettengelenkinfiltration BWK 2 bis BWK 4 beidseits durchgeführt worden. Postinterventionell habe sich eine massive Schmerzverbesserung gezeigt. Der Patient habe die Abteilung praktisch schmerzfrei verlassen können. Leider sei in der Folge kein Steroid-Effekt eingetreten, sodass mit dem Patienten nochmals ein Gespräch geführt werden müsse über die Möglichkeit eines Medial Branch-Blocks mit Option auf eine Radiofrequenzablation der hochthorakalen Facettengelenke. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde ausgeführt, die ursprüngliche Tätigkeit als Fahrzeug-Monteur sei aus den obgenannten Gründen sicherlich nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden sei der Patient nicht mehr einsatzfähig, da im Rahmen der körperlichen Belastung stets Schmerzexazerbationen aufträten, welche den Patienten zwingen, sich hinzulegen. Die Schmerzen liessen jedoch erst nach einigen Stunden nach. Zu möglichen Eingliederungsmassnahmen wurde erklärt, die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Im Rahmen der medizinischen Behandlung müsse sicherlich noch die Testung der Medial Branches sowie – bei positivem Ansprechen – eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abgewartet werden, um hier eine Aussage machen zu können (eine Aussage über eine mögliche Arbeitsfähigkeit des Patienten sei frühestens fünf bis sechs Wochen nach erfolgter

Radiofrequenzablation möglich). Wie erwähnt, könne der Patient seit dem Arbeitsunfall aufgrund seiner Beschwerden keine Arbeiten in Zwangshaltungen mehr ausführen. Aber auch längeres Sitzen und/oder Stehen sowie Arbeiten mit monotonen Bewegungsabläufen führten jeweils zu einer massiven Schmerzexazerbation, sodass der Patient aktuell auch für leichtere Arbeiten nicht arbeitsfähig sei (IV-Nr. 63).

3.24 RAD-Arzt Dr. med. T.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 fest, dem nachträglich eingereichten Bericht von pract. med. G.____ vom 17. November 2017 könne entnommen werden, dass seinerseits keine Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt worden seien. Es werde eine Facettengelenksinfiltration Th2-Th4 beidseits im Oktober 2017 erwähnt, ohne Effekt. In der Folge sei nun ein Medial-Branch-Block mit Option auf eine Radiofrequenzablation geplant. Der Versicherte sei maximal 30 % arbeitsfähig. Das Fazit laute wie folgt: Der Bericht erwähne weitere Therapieversuche und illustriere so natürlich auch das subjektive Leiden des Versicherten. Jedoch ändere er nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme, wie sie bereits dem Vorbescheid vom 31. August 2017 (IV-Nr. 52) zu Grunde gelegen sei (IV-Nr. 66).

3.25 Im Bericht vom 28. März 2018 hielt pract. med. G.____ schliesslich noch fest, die hochthorakalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Schultern und den Kopf seien im aktuellen Gutachten nicht aufgearbeitet worden. Klinisch zeige sich eine starke Druckdolenz in diesem Bereich mit Schmerzausstrahlung nach sternal und in die Halswirbelsäule. Diese Beschwerden seien auch reproduzierbar und hätten einen guten lokalanästhetischen Effekt auf die thorakalen Facettengelenksinfiltrationen (4. August und 13. Oktober 2017) mit einem Schmerzurückgang von NRS 10 (vor Infiltration) auf NRS 0 bis 1 für etwa zwei Stunden nach der Infiltration gezeigt. Dies zeige doch ganz klar, dass durch das Ausschalten der hochthorakalen Facettengelenke auch der Schmerz positiv beeinflusst werden könne. Leider habe sich kein Steroid-Effekt eingestellt, sodass in der Folge im Januar 2018 ein Medial Branch-Block Th1 bis Th3 zweimalig durchgeführt worden sei. Auch dabei habe sich bei der Testung der Medial Branches durch die Anästhesie eine deutliche Schmerzverbesserung für einige Stunden gezeigt. Die am 30. Januar 2018 durchgeführte thermale Radiofrequenzablation der Medial Branches habe leider keine weitere Verbesserung der Beschwerden gebracht. Dies sei jedoch kein Grund, die Diagnose eines thorakospondylogenen Reizsyndroms auszuschliessen, da die thermale Radiofrequenzablation in etwa 20 bis 25 Prozent der Fälle trotz positiver Vortestung keine Schmerzreduktion bringe. Auch könne die Aussage, dass das Schmerzempfinden durch die Konsultation negativ beeinflusst werden könne, nicht unterstützt werden. Die Beschwerden seien stets reproduzierbar und klinisch nachvollziehbar gewesen. Deshalb sei nicht ersichtlich, dass das thorakospondylogene Reizsyndrom nach dem erlittenen Trauma als Ursache für die Beschwerden ausgeschlossen werden könne. Es sei im Rahmen einer ausführlichen Begutachtung eine erneute Untersuchung des Patienten und dann gegebenenfalls ein Arbeitsversuch durchzuführen (IV-Nr. 78 S. 20 f.).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 31. Januar 2018 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen bestünden keine medizinischen Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dem polydisziplinären F.____-Gutachten komme voller Beweiswert zu. Es könne dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden, seine bisherige Arbeit sowie andere Tätigkeiten unter Einhaltung des Belastungsprofils ohne quantitative Einschränkungen auszuüben. Es liege somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor.

Eine Invaliditätsbemessung erübrige sich. Von weiteren medizinischen Abklärungen sei abzusehen (IV-Nr. 68; A.S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Im Weiteren lässt er verschiedene Verfahrensanhträge stellen (Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 5 bis 9; A.S. 5). Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Feststellungen der Beschwerdegegnerin und der Gutachterstelle F.____ stünden im krassen Widerspruch zu denjenigen der Suva, die beim Beschwerdeführer eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 13 % festgestellt habe. Sodann sei die Feststellung des RAD vom 3. Januar 2018, wonach pract. med. G.____ keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert habe (IV-Nr. 66 S. 2), und deshalb nach Auffassung der Beschwerdegegnerin auf seine Einschätzung nicht abgestellt werden könne (A.S. 2), irrelevant und falsch. Die Arbeitsunfähigkeiten seien vom behandelnden Hausarzt, der den Beschwerdeführer an pract. med. G.____ verwiesen habe, gestützt auf die Erkenntnisse von und nach Rücksprache mit pract. med. G.____ ausgestellt worden. Dessen klare Aussagen seien vollständig ignoriert worden. Mit der Aussage, die weiteren Therapieversuche illustrierten lediglich das subjektive Leiden des Beschwerdeführers, offenbare der RAD ausserdem seine Voreingenommenheit. Gestützt auf die festgestellten Beschwerden und Befunde seien in verschiedenen ärztlichen Zeugnissen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Auch mehrere mehrwöchige Aufenthalte (Klinik D.____ und stationäre Schmerztherapien) hätten trotz «Fitnessprogramm» keine Linderung der Beschwerden gebracht. Eine Dekonditionierung könne demnach nicht ursächlich sein. Es sei sodann gerichtsnotorisch, dass die F.____ mit «fliegenden Ärzten» aus Deutschland arbeite, welche über keine Berufsausübungsbewilligung verfügten. Sodann sei – trotz der Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip – auf die wirtschaftliche Abhängigkeit der Gutachterstelle hinzuweisen. Es sei sonderbar, dass die Gutachter zu anderen Schlüssen gelangt seien als die vielen involvierten Ärzte. Die Aussage im polydisziplinären Gutachten, wonach der Beschwerdeführer bei der bisherigen Arbeit und in einer anderen Tätigkeit zwar hinsichtlich des Belastungsprofils, jedoch nicht in quantitativer Hinsicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, und die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (wie die Mitarbeit im Fahrzeugbau) von den qualitativen Einschränkungen nicht betroffen seien, sei unvereinbar mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte. Das Gutachten komme zu einem völlig anderen Schluss und sei durchsetzt mit Widersprüchen. Somit sei ein Obergutachten durch eine objektive und unabhängige, d.h. staatliche Einrichtung erstellen zu lassen. Ergänzend lässt der Beschwerdeführer noch auf Folgendes hinweisen: Obwohl die hochthorakalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Schultern und den Kopf sowie deren Ursachen bekannt gewesen seien, seien sie im aktuellen F.____-Gutachten nicht behandelt worden. Bereits im Bericht von Dr. med. R.____ vom 24. Mai 2016 sei auf die Problematik des Bewegungsapparates hingewiesen worden. Es sei sodann dargelegt worden, dass pract. med. G.____ in der Lage gewesen sei, die Schmerzen auszulösen und partiell zu blockieren. Damit sei erstellt, dass durch das Ausschalten der hochthorakalen Facettengelenke auch der Schmerz positiv beeinflusst werden könne und damit ein Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung bestehe. Trotz Kenntnis des Berichts von pract. med. G.____ vom 17. November 2017 und der Einsprache vom 8. November 2017 sei keine neue Begutachtung beantragt worden; im Gutachten sei das Problem der Facetten nicht einmal angesprochen worden. Die Beschwerdegegnerin habe die von pract. med. G.____ in Aussicht gestellte Massnahmen sowie deren Befunde und Auswirkungen bewusst nicht berücksichtigt und nicht abwarten wollen, welche Schlüsse daraus zu ziehen seien.

Der Beschwerdeführer leide seit seinen multiplen Lungenembolien Ende 2014 an einer chronischen Dyspnoe. Diese Problematik sei nie behandelt worden. Ein Zusammenhang zwischen den multiplen Lungenembolien, den hochthorakalen Beschwerden sowie der Pseudarthrose/Osteochondrose und der eingeschränkten Leistungsfähigkeit sowie dem schnellen Ermüden in Kombination mit dem Schwindel sei nicht auszuschliessen. Auch diesbezüglich schweige sich das F.____-Gutachten aus. Im Gegenteil werde darin unter Missachtung der Fakten ausgeführt, die eingeschränkte Belastbarkeit werde durch eine chronische Dekonditionierung begründet, zumal andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten. Es könne nicht nachvollzogen werden, wie die Gutachterstelle zu einem solchen Schluss kommen könne. Der Beschwerdeführer habe aktiv an den angebotenen Programmen teilgenommen und sei auch in den Genuss von verschiedenen Arten von Physiotherapie gekommen. Dies alles habe aber nicht zu einer signifikanten Besserung geführt. Im Gegenteil, aufgrund der Teilnahme an diesen Programmen und der Physiotherapie habe ihm ein zusätzliches Schmerzmittel verabreicht werden müssen. Die massiv eingeschränkte Leistungsfähigkeit und das schnelle Ermüden sowie der Schwindel seien demnach nicht auf die angeblich fehlende Fitness zurückzuführen, sondern stünden im direkten Zusammenhang mit den hochthorakalen Beschwerden sowie der Pseudarthrose/Osteochondrose eventuell in Kombination mit den Auswirkungen der multiplen Lungenembolien. Damit sei klar, dass eine Arbeitsunfähigkeit von «praktisch 100 %» vorliegen müsse. Nicht umsonst komme die Suva zum Schluss, dass ein Endzustand vorliege. Das F.____-Gutachten sei durchsetzt von Widersprüchen und komme zu deutlich anderen Ergebnissen als die behandelnden Ärzte. Ein Arbeitsversuch sei von den Gutachtern nicht vorgenommen worden. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeführer und eine profunde Untersuchung seiner verschiedenen Leiden und deren Zusammenwirken seien nicht erfolgt. Die Ursachen der schnellen Ermüdung, der massiv eingeschränkten Leistungsfähigkeit und des Schwindels seien nicht untersucht worden und nicht in das Gutachten eingeflossen. Die multiplen Lungenembolien seien nicht berücksichtigt worden, das Problem der Facettengelenke bzw. die schwerwiegenden Verletzungen an den Nacken-, Brust- und Lendenwirbeln seien nicht erwähnt worden, obwohl es klare Hinweise in den Akten gebe. Die vom Kreisarzt empfohlene ambulante Knochenmarkdichtemessung sei nicht vorgenommen und von der IV-Stelle auch nicht in Auftrag gegeben worden. Das Zusammenspiel der verschiedenen Beschwerden und der ärztlichen Befunde und ihre sich allenfalls gegenseitig potenzierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ebenfalls nicht abgeklärt worden. Demnach sei ein Obergutachten in Auftrag zu geben.

4.2 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste umfassende polydisziplinäre F.____-Gutachten beruht auf den im Februar 2017 erfolgten fachärztlichen Abklärungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Orthopädie/Traumatologie», «Neurologie» und «Psychiatrie», stützt sich auf die vollständigen Vorakten, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und wurde aufgrund der persönlichen Untersuchungen der Gutachter erstellt. Auf dieser Grundlage gelangten die Experten zu schlüssigen Ergebnissen, die nachvollziehbar hergeleitet und begründet werden. Die Teilgutachter gaben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der Begutachtungen wiedergegeben. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation leuchtet ein. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die

Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Sowohl das Haupt- als auch die Teilgutachten wurden von sämtlichen Gutachtern unterzeichnet. Das polydisziplinäre F.____-Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Von der gutachterlichen Beurteilung ist somit auszugehen, falls nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit sprechen (vgl. E. II. 2.5 hiervor), was es nachfolgend zu prüfen gilt.

E. 3

Dem Beschwerdeführer seien die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichnenden als Rechtsvertreter zu bewilligen.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Es wird darum ersucht, die Kostennote nachreichen zu dürfen.

E. 4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei gerichtsnotorisch, dass die F.____ mit sogenannten «fliegenden Ärzten» aus Deutschland arbeite, und vor diesem Hintergrund werde bestritten, dass die am Gutachten beteiligten Ärzte über eine Berufsausübungsbewilligung verfügten und berechtigt seien, in der Schweiz als Ärzte tätig zu sein (Beschwerde, S. 9 Ziff. 9). Dem F.____-Gutachten vom 20. März 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer internistisch (Dr. med. U.____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie), orthopädisch/traumatologisch (Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), neurologisch (Dr. med. W.____, Fachärztin für Neurologie) und psychiatrisch (X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht und begutachtet wurde. Aufgrund der diese Gutachter betreffenden Einträge im Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) bestehen keine Hinweise, dass die Gutachter nicht berechtigt gewesen wären, in der Schweiz ihrer Tätigkeit als Facharzt bzw. Fachärztin nachzugehen und den Beschwerdeführer zu begutachten. Dr. med. U.____ wurde zwar gemäss dem Registereintrag im Jahr 2013 für den Kanton St. Gallen abgemeldet (Bewilligungsstatus «abgemeldet» = «keine aktive Berufsausübung in diesem Kanton», vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 13. März 2019), dies bedeutet indessen nicht, dass er die Voraussetzungen zur Berufsausübung im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr erfüllt hätte und zur Begutachtung des Beschwerdeführers nicht zugelassen gewesen wäre. In diesem Fall hätte der Bewilligungsstatus «keine Bewilligung» lauten müssen, was bedeutet, dass der Arzt die Voraussetzungen zur selbstständigen Berufsausübung nicht (mehr) erfüllt (vgl. Art. 7 Abs. 1 lit. c und d der Verordnung über das Register der universitären Medizinalberufe [Registerverordnung MedBG; SR 811.117.3]). Es solcher Eintrag kann dem Medizinalregister bei Dr. med. U.____ jedoch nicht entnommen werden. Ebenso wenig handelt es sich bei dem im Kanton St. Gallen tätig gewesenem Internisten und Kardiologen um einen «eingeflogenen» Arzt. Bei den drei weiteren Fachgutachtern geht die erteilte Berufsausübungsbewilligung u.a. für den Kanton St. Gallen aus dem Medizinalregister klar hervor. Selbst wenn einzelne Gutachter, wie dies der Beschwerdeführer behauptet, nicht über die kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen würden, führte dies nicht zu einem Beweisverwertungsverbot, schreibt doch das Bundesrecht mit Blick auf die

Begutachtung keine solche Bewilligung vor (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3 und 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5, je mit Hinweisen). 4.3.2 Im Weiteren ist festzustellen, dass die Namen der erwähnten Gutachter dem Beschwerdeführer am 16. Januar 2017 mit dem Hinweis mitgeteilt wurden, triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere der genannten Gutachtenspersonen seien bis zum 30. Januar 2017 bei der IV-Stelle schriftlich einzureichen (IV-Nr. 40). Innert dieser Frist wurden vom Beschwerdeführer keine Einwände gegen die Gutachter erhoben, und der Beschwerdeführer wurde demnach von der F.____ am 31. Januar 2017 aufgefordert, die Untersuchungstermine bei den genannten Gutachtern zu bestätigen und sein Einverständnis zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und zur Einholung der für die Begutachtung notwendigen Unterlagen zu erklären (IV-Nr. 41). Auch dagegen erhob der Beschwerdeführer keine Einwände. Nach der Zustellung des Gutachtens am 22. März 2017 (IV-Nr. 43) nahm weder der Beschwerdeführer noch sein behandelnder Arzt dazu Stellung. Auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden vom Beschwerdeführer mit Einwand vom 8. November 2017 keine Vorbehalte gegen die Gutachtenspersonen erhoben (vgl. IV-Nr. 58). Es geht nicht an, ohne Grundlage erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren solche Einwände zu erheben. 4.3.3 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, es sei auf die – trotz der Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip (vgl. IV-Nr. 38) – auf die wirtschaftliche Abhängigkeit der Begutachtungsstelle hinzuweisen. Nach ständiger Rechtsprechung führt unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit weder der regelmässige Beizug eines Gutachters, noch die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Expertisen und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen zum Ausstand. Entsprechend kann ein medizinischer Sachverständiger erst recht nicht allein deshalb als befangen gelten, nur weil er von einem ebenfalls involvierten Versicherungsträger bereits Aufträge erhalten hat oder in Zukunft erhalten könnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_445/2017 vom 9. März 2018 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f.). Im vorliegenden Fall vermag der Beschwerdeführer mit dem blossen Hinweis auf eine allenfalls bestehende wirtschaftliche Abhängigkeit der F.____ von der Invalidenversicherung keine Befangenheit der Gutachter nahezulegen. Im Rahmen einer administrativen Sachverhaltsabklärung liegt selbst dann kein formeller Ausstandsgrund vor, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit der MEDAS von der Invalidenversicherung auszugehen wäre; denn ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts, E. 3.2.2 mit Hinweis). Anhaltspunkte für eine persönliche Befangenheit der F.____-Gutachter sind nicht ersichtlich. 4.4 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, die Feststellung der Beschwerdegegnerin und der F.____ stehe im krassen Widerspruch zu derjenigen der Suva, welche beim Beschwerdeführer eine unfallbedingte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, d.h. einen IV-Grad von 13 % festgestellt habe (vgl. Suva-Verfügung vom 14. September 2016, IV-Nr. 25; Beschwerde, S. 3 Ziff. 4., A.S. 6). Dem ist entgegenzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss keine wechselseitige Bindungswirkung auch rechtskräftig festgestellter Invaliditätsgrade der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung für den jeweils anderen Sozialversicherungsbereich besteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_85/2015 vom 28. Oktober 2015 E. 2.2, 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.3.3 und 8C_441/2013 vom 3. März 2014 E. 6.2, je mit Hinweis u.a. auf BGE 133 V 549 E. 6 S. 553 ff.). Der von der Suva mit rechtskräftiger Verfügung vom 14. September 2016 ermittelte Invaliditätsgrad von 13 % ist somit für die Festsetzung des IV-Grads in der

Invalidenversicherung nicht verbindlich. Diese hat den IV-Grad aufgrund ihrer Abklärungen selber zu ermitteln. 4.5 In materieller Hinsicht verweist der Beschwerdeführer sodann auf den Bericht der H.____ (pract. med. G.____, Oberarzt) vom 17. November 2017 (IV-Nr. 63), worin klare arbeitsmedizinische Aussagen gemacht worden seien, welche sowohl vom RAD als auch von der Beschwerdegegnerin vollständig ignoriert worden seien. Damit sei sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (Beschwerde, S. 4 Ziff. 5., A.S. 7). Dazu ist festzuhalten, dass pract. med. G.____ in seinem Bericht vom 17. November 2017 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines thorakospondylogenen Schmerzsyndroms Th 2 bis Th 4, bestehend seit dem Arbeitsunfall vom März 2014, stellte und zur medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zunächst festhielt, seinerseits sei dem Patienten keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (lit. B). Im Weiteren machte der behandelnde Schmerzmediziner jedoch verschiedene Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. So äusserte er sich dahingehend, ein Arbeitsversuch sei empfehlenswert, allerdings sei der Patient zu maximal 30 % arbeitsfähig, dies auch nur ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten und mit der Möglichkeit, bei Schmerzexazerbationen Pausen einlegen zu können. Das Tragen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als 5 kg sei nicht möglich. Überkopfarbeiten seien nur kurzzeitig möglich. Die ursprüngliche Tätigkeit als Fahrzeug-Monteur sei aus den genannten Gründen nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Beschwerden sei der Patient nicht mehr einsatzfähig, da unter körperlicher Belastung stets Schmerzexazerbationen aufträten, aufgrund welcher er gezwungen sei, sich hinzulegen. Die Schmerzen liessen erst nach einigen Stunden nach. Im Rahmen der medizinischen Behandlung müsse sicherlich noch die Testung der Medial Branches sowie – bei positivem Ansprechen – eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abgewartet werden, um eine Aussage machen zu können. Eine Aussage über eine mögliche Arbeitsfähigkeit des Patienten sei frühestens fünf bis sechs Wochen nach erfolgter Radiofrequenzablation möglich. Seit dem Arbeitsunfall könne der Patient aufgrund seiner Beschwerden keine Arbeiten in Zwangshaltungen mehr ausführen. Aber auch längeres Sitzen und/oder Stehen sowie Arbeiten mit monotonen Bewegungsabläufen führten jeweils zu einer massiven Schmerzexazerbation, sodass der Patient aktuell auch für leichtere Arbeiten nicht arbeitsfähig sei (IV-Nr. 63; vgl. E. II. 3.23 hiervor). Demgegenüber konnte der orthopädisch-traumatologische F.____-Gutachter, Dr. med. V.____, aufgrund seiner Untersuchung vom 20. Februar 2017 keine orthopädisch-traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die letzte Tätigkeit stellen. Die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere C5/6 ohne Bewegungseinschränkung und ohne neurologische Auffälligkeiten, haben nach seinen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Computertomografie (CT) der HWS vom 14. April 2014 stellte der Facharzt fest, es sei kein Hinweis für frische knöcherne Verletzungen ersichtlich. Es bestehe ein knöchern nicht fusionierter Dornfortsatz Th1 (DD: alte Verletzung, Apophysenveränderung [Apophysen: Knochenansätze von Sehnen und Bändern]). Der Kalksalzgehalt der abgebildeten Skelettelemente sei im Normbereich und der Spinalkanal sei ohne Auffälligkeiten. Es seien degenerative Veränderungen C5/6 mit Höhenminderung des Zwischenwirbelraums erkennbar. Gemäss dem Röntgenbild vom 23. Juni 2015 sei in der Seitansicht eine relative Steilstellung der HWS ersichtlich und es bestünden degenerative Veränderungen der HWK 5/6 mit einer Minderung des Zwischenwirbelraumes und ventralen und dorsalen Randkantenanbauten, weniger C6/7. Der Kalksalzgehalt der abgebildeten Skelettelemente sei im Normbereich. Es

bestehe kein Hinweis für frische oder ältere knöcherne Verletzungen. In der ap-Ansicht seien Facettengelenkarthrosen der mittleren HWS rechtsbetont erkennbar (IV-Nr. 42.3 S. 9). Im Rahmen der Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. V.____ aus, die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus (Dornfortsatz) des BWK 1 seien entweder sehr alt oder aber im Sinne einer Knochenbildungsstörung zu diskutieren. Hier seien keine Hinweise für eine traumatische Verursachung, z.B. im Rahmen des vom Exploranden angegebenen Ereignisses vom März 2014 erkennbar. Die seinerzeit entsprechend durchgeführte Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule hätten traumatische Veränderungen sicher ausschließen können, es hätten sich jedoch degenerative Veränderungen C5/6 ohne nennenswerte Einengung der sogenannten Neuroforamina (Öffnungen, durch welche die Rückenmarksnerven ziehen) gezeigt. Insgesamt seien die Beschwerden nicht konsistent und hätten nicht nachvollzogen und objektiviert werden können. Die Halswirbelsäule sei bei entsprechender Ablenkung und vorsichtiger Untersuchung vollständig frei beweglich ohne Hinweise für neurologische Auffälligkeiten gewesen; es bestehe keine radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik. Dies gelte auch für die Beschwerden der Lendenwirbelsäule, welche sich altersentsprechend ohne Auffälligkeiten und ohne Wurzelreizsyndrom präsentiere. Der Explorand habe einen altersentsprechenden Fingerkuppen-Boden-Abstand bei altersentsprechender Entfaltbarkeit der Lendenwirbelsäule gezeigt. Bei diesem Manöver bzw. diesen Untersuchungsgängen habe keine Schwindelsymptomatik ausgelöst werden können. Die Wirbelsäulenmuskulatur insgesamt sei gut entfaltbar, ohne Auffälligkeiten und gut balanciert. Insgesamt bestünden keine neurologischen Auffälligkeiten bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung, obwohl sich der Explorand teilweise sehr mühsam und umständlich mit starken Schmerzäusserungen bewegt habe. Der orthopädisch-traumatologische Gutachter kam zum Schluss, insgesamt könne er die vom Exploranden als sehr stark und invalidisierend beschriebenen Beschwerden nicht nachvollziehen. Zum Belastungsprofil gab der Experte an, die auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen hätten zu keinen fassbaren Funktionsdefiziten geführt, insofern seien hier keine Einschränkungen ersichtlich. Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei durch Erkrankungen auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet nicht eingeschränkt. Zur Aktenwürdigung hielt er fest, im Rahmen der in den Akten dokumentierten umfangreichen Diagnostik des muskuloskelettalen Systems sei keine zu objektivierende Ursache der Beschwerden gefunden worden. Die Auffälligkeiten des Dornfortsatzes Th 1 seien entweder sehr alter Natur oder aber als Entwicklungsstörung zu interpretieren. Hinweise für eine traumatische Genese seien nicht ersichtlich. Eine Keilwirbelbildung der BWS habe weder klinisch noch auf der CT vom 14. April 2014 oder den konventionellen Röntgenbildern vom 23. Juni 2015 objektiviert werden können. Auf orthopädischem Fachgebiet sei nichts Wesentliches festzustellen. Diese Beurteilung unterscheide sich von derjenigen des Suva-Gutachters vom 1. Dezember 2015 bzw. der Einschätzung der E.____ vom Dezember 2016. Diese Diskrepanz entstehe dadurch, dass die Vorgutachter bzw. Behandler jeweils im Wesentlichen die subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden beschrieben hätten, ohne diese mit objektiven Befunden zu untermauern. Das vorliegende Gutachten stütze sich dagegen auf die objektivierbaren Befunde und komme daher zu anderen Schlüssen (IV-Nr. 42.3 S. 10 ff.). Wie (unter E. II. 2.6 hiervor) erwähnt, ist das oben wiedergegebene, von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre F.____-Gutachten vom 20. März

2017 nicht bereits deshalb in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, weil der den Beschwerdeführer seit April 2017 behandelnde Schmerzmediziner pract. med. G. ___ zu einer anderen Einschätzung der medizinischen Situation sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gelangt. Wichtige Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein könnten, sind nicht ersichtlich. Der Einwand des Beschwerdeführers, die klaren arbeitsmedizinischen Aussagen von pract. med. G. ___ seien vollständig ignoriert worden, geht fehl. Der orthopädisch-traumatologische F. ___-Gutachter hielt bereits bei der Darlegung der Ausgangssituation fest, zusammenfassend gingen aus den Akten persistierende Schmerzen, bezeichnet als Zervikobrachialgie, mit Schwindelsymptomatik (Arbeitsunfall vom März 2014) hervor. Im Weiteren bestehe eine Dornfortsatz-Fraktur BWK 1, welche in den Computertomographien vom November 2014, Juni und August 2015 diagnostiziert worden sei. Der Facharzt äusserte sich hierzu dahingehend, es könnte sich dabei auch um eine Apophyse handeln (IV-Nr. 42.3 S. 2). Auch im Rahmen der Epikrise wurden die Beschwerden im zervicothorakalen Übergang behandelt und beurteilt. Dr. med. V. ___ hielt zu den vom Beschwerdeführer vorgetragene muskuloskelettalen Beschwerden fest, die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus des BWK 1 seien entweder sehr alt oder aber im Sinne einer Knochenbildungsstörung zu diskutieren. Es bestünden keine Hinweise für eine traumatische Verursachung, z.B. im Rahmen des vom Exploranden angegebenen Ereignisses vom März 2014. Der Facharzt stellte klar, aufgrund der seinerzeit durchgeführten Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule könne man traumatische Veränderungen sicher ausschliessen. Er stufte die medizinische Situation als degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule ein, wobei diese Veränderungen zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt hätten. Insgesamt seien die vorgetragene Beschwerden inkonsistent und könnten nicht nachvollzogen und objektiviert werden (IV-Nr. 42.3 S. 10 f.). Somit kann nicht gesagt werden, die vom Beschwerdeführer vorgetragene Schmerzen im Bereich des zervicothorakalen Überganges seien nicht berücksichtigt worden, vielmehr wurden diese vom orthopädisch-traumatologischen Gutachter anders beurteilt. Ebenso wenig kann der Kritik von pract. med. G. ___ in seinen Berichten 17. November 2017 und 28. März 2018, wonach die Beschwerden im Gutachten nicht aufgearbeitet worden seien (IV-Nr. 63 und 78 S. 20; vgl. E. II. 3.23 und 3.25 hiervor), gefolgt werden. Dass pract. med. G. ___ gemäss seinen Angaben in der Lage war, Schmerzen mit thorakalen Facettengelenksinfiltrationen vom 4. August und 13. Oktober 2017 und mit einem zweimaligen Medial Branch-Block Th1 bis Th3 im Januar 2018 zwar erheblich, jedoch nur für wenige Stunden zu reduzieren, sich in der Folge kein Steroid-Effekt einstellte und auch die am 30. Januar 2018 durchgeführte thermale Radiofrequenzablation der Medial Branches zu keiner weiteren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik führte, vermag den Beweiswert des orthopädisch-traumatologischen Teilgutachtens nicht zu relativieren. Die Diagnose eines unfallbedingten thorakospondylogenen Schmerzsyndroms Th 2 bis Th 4 wurde vom orthopädischen Teilgutachter aufgrund der eingesehenen Röntgenbilder nicht gestellt, weshalb die Berichte von pract. med. G. ___ zu keiner anderen Beurteilung der medizinischen Situation führen. Diese Auffassung vertritt auch RAD-Arzt Dr. med. T. ___ in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018, wonach der Bericht von pract. med. G. ___ vom 17. November 2017 weitere Therapieversuche darlege und so auch das subjektive Leiden des Beschwerdeführers illustriere, dies jedoch nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme ändere, wie sie

dem Vorbescheid vom 31. August 2017 (IV-Nr. 52 S. 2 ff.) zugrunde gelegen seien (IV-Nr. 66 S. 2). 4.6 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, die vorerwähnte Aussage des RAD vom 3. Januar 2018, wonach die weiteren Therapieversuche lediglich das subjektive Leiden des Beschwerdeführers illustrierten, zeuge von einer «ungebührlichen Voreingenommenheit» (Beschwerde, S. 5 Ziff. 6). Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Dass Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.). Im vorliegenden Fall würdigte RAD-Arzt Dr. med. T. ___ in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht von pract. med. G. ___ vom 17. November 2017 (IV-Nr. 63), wobei der RAD-Arzt zum Schluss kam, die Einschätzung des behandelnden Arztes ändere nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme, wie sie bereits dem Vorbescheid vom 31. August 2017 zugrunde gelegt worden sei (IV-Nr. 66 S. 2). Darin kann weder eine Voreingenommenheit noch eine Befangenheit des RAD-Arztes gesehen werden, wurde doch der RAD-Arzt von der Beschwerdegegnerin beauftragt, sich zum Bericht von pract. med. G. ___ zu äussern. Es liegen keine Umstände vor, welche den Anschein einer Voreingenommenheit oder Befangenheit erwecken könnten. Zudem beruht die Ablehnung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin und deren Feststellungen zum Gesundheitszustand nicht in erster Linie auf der Beurteilung des RAD-Arztes, sondern auf dem F. ___-Gutachten. Da in keiner Weise ersichtlich ist, weshalb der RAD-Arzt befangen bzw. voreingenommen sein sollte und dieser Einwand vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert wird, erübrigen sich hierzu weitere Erörterungen. Auch der Umstand, dass weder der RAD-Arzt noch die Beschwerdegegnerin – trotz des Hinweises von pract. med. G. ___ in seinem Bericht vom 17. November 2017 – die Ergebnisse der Testung der Medial Branches sowie, bei positivem Ansprechen, eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abwarten wollten, vermag keine Voreingenommenheit zu begründen, bestand doch hierfür angesichts der unveränderten versicherungsmedizinischen Beurteilung kein Anlass. Indem auf die von pract. med. G. ___ in Aussicht gestellten medizinischen Massnahmen nicht eingegangen und insbesondere auch keine weiteren Abklärungen veranlasst wurden, verletzte die Beschwerdegegnerin weder den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) noch den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör. 4.7 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, es seien verschiedene Arztzeugnisse ausgestellt und Aussagen zu seiner Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Auch mehrere mehrwöchige Aufenthalte (D. ___

und stationäre Schmerztherapien) hätten trotz «Fitnessprogramm» keine Linderung gebracht. Eine Dekonditionierung könne demnach nicht ursächlich sein. Keiner der behandelnden Ärzte habe therapeutische Massnahmen (Physiotherapie, muskuläres Aufbautraining etc.) als zielführend bzw. notwendig erachtet (Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 7).

4.7.1 Zur angeblich unfallbedingten Fraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 7 ist festzuhalten, dass es sich dabei aufgrund der im N.____ durchgeführten 2-Phasenskelettszintigraphie vom 13. Juli 2015 um eine ältere Fraktur handelt, da sich im Bereich der BWS kein eindeutig pathologisch gesteigerter Stoffwechsel gezeigt habe (IV-Nr. 14.54 S. 2; E. II. 3.5 hiervor). Der Rheumatologe Dr. med. O.____ hielt in seinem Bericht vom 25. August 2015 fest, die durch Dr. med. M.____ veranlasste CT-Thorax- und Abdomen-Untersuchung vom 23. Juni 2015 mit der Frage nach vorliegenden Lungenembolien habe den überraschenden Befund einer Keilwirbelfraktur im Bereich BWK 7 gezeigt. Aufgrund der negativen Anreicherung in der Szintigrafie könne ein frischeres Frakturleiden ausgeschlossen werden. Inwieweit die erlittene Fraktur im Rahmen der stattgehabten Unfallereignisse im März 2014 sowie Januar 2015 zu sehen sei, müsse durch den Unfallversicherer abgeklärt werden (IV-Nr. 14.45 S. 2 f.; E. II. 3.6 hiervor). Der Suva-Kreisarzt attestierte in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 8. September 2015 aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 14.42; E. II. 3.7 hiervor) und hielt in seinem Bericht vom 1. Dezember 2015 fest, der Beschwerdeführer habe unfallbedingt eine BWK 7-Fraktur erlitten. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt laute wie folgt: ganztags, mittelschwer, wechselbelastend und keine vermehrten Rumpfrotationen. Es sei zumutbar, dass kürzere Leitern bestiegen werden; das Besteigen von höheren Leitern und Gerüsten sei hingegen unzumutbar (IV-Nr. 14.26). Im Bericht vom 15. Januar 2016 hielt der Kreisarzt fest, es liege bezüglich der BWK 7-Fraktur ein Endzustand vor (IV-Nr. 14.22). Dazu hielt der orthopädisch-traumatologische Gutachter Dr. med. V.____ im Rahmen der Problemstellung fest, das CT vom 23. Juni 2015 (Thorax, Abdomen) mit dem Verdacht der teilweise unvollständigen knöchernen Konsolidation von Rippenfrakturen und einer Keilwirbelbildung Th7 werde als mögliche Fraktur eingeschätzt. Im Rahmen der Epikrise kam der orthopädische Gutachter bei der Würdigung der Akten dann aber zum Schluss, eine Keilwirbelbildung der Brustwirbelsäule habe weder klinisch anlässlich der Begutachtung objektiviert werden können, noch auf der Computertomographie vom 14. April 2014 und den konventionellen Röntgenbildern vom 23. Juni 2015. Es sei auf orthopädischem Fachgebiet nichts Wesentliches festzustellen (IV-Nr. 42.3 S. 9 und 11). Demnach lässt sich aus der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Fraktur des BWK 7 keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Für die im Sprechstundenbericht des K.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Januar 2016 empfohlene «ambulante Knochendichtemessung bei Status nach BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur nach fraglichem Sturzereignis» bestand somit kein Anlass (vgl. IV-Nr. 14.23 S. 2; E. II. 3.11 hiervor).

4.7.2 Der Pneumologe Dr. med. R.____ hielt aufgrund der gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1. Multifaktorielle körperliche Dekonditionierung im Rahmen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms; 2. Chronisches Cervico-Thoraco-Vertebrales Schmerzsyndrom mit Osteochondrose; 3. Status nach massiven Lungenembolien und Infarktpneumonie beidseits November 2014) in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 fest, die Bodyplethysmographie/Lungenfunktion vom 28. April 2016 habe eine vollständig normale Situation ohne jegliche lungenfunktionelle Einschränkung gezeigt: es habe weder eine obstruktive noch eine restriktive

Ventilationsstörung vorgelegen. In der Ergospirometrie vom 3. Juli 2015 habe sich insgesamt eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit gezeigt: der Patient habe mit 108 W 54 % des Sollwertes erreicht, ebenso sei die maximale Sauerstoffaufnahme auf 67 % des Sollwertes reduziert gewesen. Zusätzlich habe sich in Ruhe eine relative Hyperventilation gezeigt. Eine pulmonale, sprich respiratorische Limitierung habe jedoch nicht bestanden. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei am ehesten zurückzuführen auf die muskuloskelettale Problematik, zusätzlich sicher auch bei Bewegungsmangel auf eine Dekonditionierung sowie eine Adipositas. Zusammenfassend könne dem Beschwerdeführer in der jetzigen Situation keine schwere körperliche Arbeit (bisheriger Beruf als Fahrzeugbauer) zugemutet werden, grundsätzlich bestehe eine Wiedereingliederungsfähigkeit in angepasster, leichter körperlicher Tätigkeit. Zudem könne die Wiedereingliederung durch eine konsequente Analgesie/Schmerztherapie wahrscheinlich verbessert werden (IV-Nr. 16 S. 5 f.; E. II. 3.15 hiervor). Der internistische F.____-Gutachter, Dr. med. U.____, äusserte sich im Rahmen der Epikrise dahingehend, bei fortgesetzter peroraler Antikoagulation (mit recht stabilen INR-Werten) könne er keine klinisch relevanten Residuen der stattgehabten Lungenembolien finden. Auch der Beschwerdeführer selbst räume ein, dass er sich bereits zwei Wochen nach den Lungenembolien eigentlich wieder gut gefühlt habe. Die beklagte und in Ergometrien (Spiroergometrie Juli 2015 und Ergometrie Oktober 2015) dokumentierte submaximale körperliche Belastbarkeit habe weder kardiale noch pulmonale Gründe. Nachdem andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten (insbesondere keine schwere Allgemeinerkrankung, keine febrilen entzündlichen Systemerkrankungen, keine Anämie, keine Stoffwechselstörung etc.), müsse die subjektive Leistungsschwäche als Ausdruck einer Dekonditionierung betrachtet werden. Diese Auffassung werde sowohl von der Kardiologin als auch von den Pneumologen geteilt. Mit einem gezielten Aufbautraining könnte – bei entsprechender Motivation – die körperliche Belastbarkeit verbessert bzw. normalisiert werden (IV-Nr. 42.2 S. 8 f.). Dr. med. U.____ kommt zum Schluss, es bestünden keine allgemein-internistischen Leiden oder Funktionsstörungen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, weder in der bisherigen noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit (IV-Nr. 42.2 S. 10). Dieser nachvollziehbaren Einschätzung des internistischen Gutachters ist zu folgen. Der Beweiswert des F.____-Gutachtens wird durch den Bericht von Dr. med. R.____ vom 24. Mai 2016 nicht relativiert, zumal auch der behandelnde Pneumologe bezüglich der eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf eine Dekonditionierung bei Bewegungsmangel sowie die Adipositas des Beschwerdeführers hinweist. Im Weiteren hielt Dr. med. R.____ in seinem Bericht zu Händen des Hausarztes vom 29. April 2016 selber fest, er könne beim Patienten aus pneumologischer Sicht keine neuen Aspekte finden, insbesondere keine die körperliche Leistungsfähigkeit unmittelbar einschränkende bronchiale oder pulmonale Pathologie (IV-Nr. 16 S. 7). Demnach besteht kein Anlass, von den Begutachtungsergebnissen und der aus internistischer Sicht eingeschätzten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzuweichen. 4.7.3 Im Bericht der E.____ vom 27. Mai 2016 wird im Wesentlichen dargelegt, beim Beschwerdeführer bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehlhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen der IV gezeigt (IV-Nr. 18 S. 6; E. II. 3.14 hiervor). Im Bericht der E.____ vom 8. August 2016 wurde der Gesundheitszustand als besserungsfähig

bezeichnet. Es wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei zu Beginn mit 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit bestehe. Zur Beurteilung der Belastungs- und Ausdauermöglichkeiten werde die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne verbessert werden, wenn der Beschwerdeführer die Eigenübungen zur weiteren Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur und zur allgemeinen Haltungsverbesserung weiterführe. Damit könne eine Steigerung der Belastbarkeit und eine bessere Kondition erreicht werden. Auch eine andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Wechselhaltung (Stehen, Gehen, Sitzen) sei zu Beginn mit 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten; dabei bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 22 S. 1 ff.; E. II. 3.17 hiervor). Aus dem Austrittsbericht der E. ___ vom 7. Dezember 2016 (stationärer Aufenthalt vom 31. Oktober bis 5. November 2016) geht hervor, beim Beschwerdeführer bestünden mittlerweile chronische Zervikobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, welche seine Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigte. Weiterhin bestehe eine allgemeine Dekonditionierung bei fehlenden Massnahmen zur regelmässigen Mobilisierung und zum Muskelaufbau. Das Schmerzerleben werde erheblich erschwert durch die mittlerweile chronifizierende Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste (IV-Nr. 35; E. II. 3.19 hiervor). Im Patientenbericht der E. ___ vom 19. Dezember 2016 wurde der Gesundheitszustand erneut als besserungsfähig eingestuft und aus physiotherapeutischer Sicht wiederum die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein Ausdauertraining empfohlen. Zur Prognose wurde festgehalten, unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs könne von einem protrahierten Verlauf ausgegangen werden (IV-Nr. 36 S. 7; E. II. 3.20 hiervor). Der vorerwähnte Verlauf der Behandlung des Beschwerdeführers in der E. ___ wurde im F. ___-Gutachten neben den weiteren zahlreichen medizinischen Berichten ausführlich dargelegt und berücksichtigt (vgl. Vorgeschichte gemäss Aktenlage, IV-Nr. 42.1 S. 3 ff., Ziff. 42, 43, 47 und 48). Die Gutachter kamen aufgrund ihrer Untersuchungen und der Beurteilung verschiedener Bildgebungen jedoch übereinstimmend zum Schluss, sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit bestehe – unter Berücksichtigung des Belastungsprofils – eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Sie legten nachvollziehbar und schlüssig dar, das Unfallereignis vom März 2014 habe nach eigenen Angaben des Exploranden zu keiner prolongierten Arbeitsunfähigkeit geführt (vgl. Zusammenfassung der medizinischen Vorgeschichte; IV-Nr. 42.1 S. 14). Die später festgestellten Veränderungen seien alle degenerativer Natur und bestünden schon seit mehreren Jahren. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit könne mit den auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen nicht begründet werden. Aufgrund der Lungenembolien im November 2014 sei es zu einer befristeten Arbeitsunfähigkeit gekommen. Danach hätten keine internistischen, neurologischen oder orthopädischen Leiden mehr bestanden, welche Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben hätten. Aus orthopädischer Sicht sei es zwar schwierig, eine seriöse Prognose zu stellen, da die degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des linken Daumensattelgelenkes, welche unzweifelhaft vorhanden seien, nach der ärztlichen Erfahrung fortschritten, wobei die Progressionsrate im Einzelfall nicht voraussagbar sei. Zum aktuellen Zeitpunkt hätten diese Veränderungen jedoch zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Auch ergäben sich keine Hinweise für eine sogenannte Psoriasis-Arthritis. Auf dem internistischen und

neurologischen Gebiet erscheine die Prognose relativ günstig. Bei konsequenter Antikoagulation sollte die Gerinnungsstörung unter Kontrolle bleiben. Grössere Gefahr gehe vom ausgesprochen hohen Nikotinabusus aus. Es sollte daher eine Nikotinabstinenz angestrebt werden. Psychiatrischerseits wird die Prognose ebenfalls als günstig angesehen, wenn der Beschwerdeführer sich auf eine intensive ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einlasse und sich zusätzlich einer medikamentösen Behandlung unterziehe. Bei einer erfolgreich durchgeführten psychiatrischen Behandlung sei von einer qualitativen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-Nr. 42.1 S. 18 f.; E. II. 3.21 hiervor). Dieser überzeugenden Beurteilung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers durch die F.____-Gutachter ist zu folgen. Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht, wobei jedoch vom Versicherten nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.2 mit Hinweisen). Es bestehen vorliegend keine Hinweise, dass die vorerwähnten medizinischen Massnahmen dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden könnten. Die erwähnten Berichte der E.____ vermögen keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers herbeizuführen. 4.7.4 Der den Beschwerdeführer seit Ende Januar 2016 behandelnde Hausarzt, pract. med. I.____, hielt in seinem Bericht vom 17. August 2016 fest, es bestehe seit 1. Oktober 2015 eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Nach den Angaben des Hausarztes kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen jedoch verbessert werden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Es seien nur noch leichte Tätigkeiten möglich, kein Tragen und Heben von Lasten von mehr als 10 kg, keine Armvorhalte- oder Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen und kein regelmässiges Bücken. Verweistätigkeiten seien in einem Pensum von 3 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei das Arbeitstempo durch die psychische Problematik verlangsamt und regelmässige Pausen notwendig seien (IV-Nr. 23 S. 1 ff.; E. II. 3.18 hiervor). Dieser Beurteilung kann angesichts der im F.____-Gutachten attestierten vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit und des dargelegten Belastungsprofils (reduzierte Stresstoleranz und Umstellungsfähigkeit, keine Arbeiten in grosser Höhe, keine exponierten Arbeitsplätze, keine Arbeiten mit hohem Verletzungsrisiko) nicht gefolgt werden. Wie erwähnt, haben die auf orthopädisch-traumatologischem und neurologischem Fachgebiet festgestellten degenerativen Veränderungen nach den gutachterlichen Angaben zu keinen fassbaren und objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht wird die Prognose – unter Voraussetzung der zumutbaren Mitwirkung des Beschwerdeführers – als günstig angesehen (IV-Nr. 42.1 S. 19; vgl. E. II. 3.21 hiervor). Im Übrigen ist das F.____-Gutachten – wie oben (unter E. II. 2.6 hiervor) erwähnt – nicht in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn der behandelnde Hausarzt zu einer anderslautenden Einschätzung der gesundheitlichen Situation und/oder der Arbeitsfähigkeit gelangt. Wichtige Aspekte, die bei

der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, werden vom Hausarzt nicht genannt. 4.7.5 Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Schwindel-Symptomatik im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung abgeklärt wurde, wobei die neurologische Gutachterin für den geklagten Schwindel kein peripheres oder zentrales Korrelat finden konnte (IV-Nr. 42.4 S. 6). Dr. med. T.____ führte in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2017 aus, aufgrund der Stellungnahme der Gutachter vom 13. Juni 2017 (IV-Nr. 48) bestehe keine medizinische Einschränkung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 51 S. 2). Daran hielt er auch in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 fest (IV-Nr. 66 S. 2). Demnach werden die Begutachtungsergebnisse auch vom RAD-Arzt nicht in Zweifel gezogen. Der bestehenden Dekonditionierung ist nach den gutachterlichen Angaben mit einem medizinischen Trainingsprogramm sowie einem Ausdauertraining entgegenzuwirken, um die körperliche Belastbarkeit zu steigern und die unspezifische Schwindelneigung zu dämmen. Eine solche Therapie könnte ambulant oder stationär angeboten werden, wobei im Falle eines körperlich betonten Trainings (wie bei der Rehabilitationsbehandlung in D.____) viel Wert auf eine psychologische Begleitung zu legen wäre (IV-Nr. 42.1 S. 23). Dies entspricht auch den Angaben der E.____ im Bericht vom 19. Dezember 2016, wonach physiotherapeutisch die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein regelmässiges Ausdauertraining empfohlen wird. Psychiatrisch wird eine strukturenbende Unterstützung in einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten stationären Setting in einer für affektive Störungen geeignete Einrichtung empfohlen (IV-Nr. 36 S. 7; E. II. 3.20 hiervor). 5. Nach dem Gesagten vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte (pract. med. G.____, E.____, Dr. med. R.____, pract. med. S.____) das polydisziplinäre F.____-Gutachten nicht zu relativieren. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, liegen nicht vor (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Demnach ist darauf abzustellen. Dem Beschwerdeführer ist es somit zuzumuten, sowohl die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter im Fahrzeugbau als auch eine leidensangepasste Verweistätigkeit mit einem Pensum von 100 % auszuüben, wobei die Einschränkungen gemäss vorerwähntem Belastungsprofil zu berücksichtigen sind. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2018, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Für weitere Beweiserhebungen, namentlich die Einholung eines Fachberichts zur arbeitsmedizinischen Situation und einer Stellungnahme zum Gutachten von pract. med. G.____ sowie auch den Beizug einer Stellungnahme von pract. med. S.____, und/oder die Veranlassung eines Obergutachtens, wie dies vom Beschwerdeführer beantragt wird (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 5 bis 9; A.S. 5), besteht kein Anlass, da von solchen Weiterungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E. 4.1, 8C_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 4.5.3 und 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2, je mit Hinweisen). Die Beschwerde ist abzuweisen. 6. 6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 6.2 Der Beschwerdeführer lässt das Rechtsbegehren stellen, es sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichnenden als Rechtsvertreter zu bewilligen (vgl. Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3; A.S. 5). Auf die entsprechende Anfrage seitens des Gerichts teilt der Rechtsvertreter mit Eingabe vom 25. Oktober 2018 mit, die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers beteilige sich, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und im Sinne

eines Entgegenkommens, mit einem Betrag CHF 5'000.00 an den Kosten des Beschwerdeverfahrens (A.S. 52 f.; vgl. E. I. 2.6 hiervor). In der am 25. Oktober 2018 eingereichten Kostennote werden ein Zeitaufwand von 29.5 Stunden, ein Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 424.85 geltend gemacht (A.S. 52 ff.). Gemäss der vom Beschwerdeführer gleichzeitig eingereichten E-Mail seiner Rechtsschutzversicherung vom 12. Oktober 2018 wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für seinen aufgelaufenen Honoraraufwand die zugesicherte Pauschale von CHF 5'000.00 bereits überwiesen (A.S. 53). Dementsprechend wird in der Kostennote vom geltend gemachten Honorar von insgesamt CHF 8'401.52 eine «Kostengutsprache Rechtsschutzversicherung» von CHF 5'000.00 abgezogen, was zu einem Resthonorar von CHF 3'401.52 führt (A.S. 54 ff.). Zu prüfen ist, ob dieses Resthonorar sowie die anfallenden Gerichtskosten von CHF 600.00 allenfalls im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege zu übernehmen sind. Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend gemachte Zeitaufwand für das Verfassen der Beschwerde von 9.75 Stunden (7.5 Std. vom 1. März 2018, 1.5 Std. vom 2. März 2018 und 0.75 Std. vom 5. März 2018) sowie der Beschwerdeergänzung von 6.25 Stunden (3.5 Std. vom 28. März 2018 und 2.75 Std. vom 29. März 2018), somit ein Zeitaufwand von insgesamt 16 Stunden für die ergänzte Beschwerde, ist deutlich überhöht und kann so nicht berücksichtigt werden, handelt es sich doch im Vergleich zu anderen IV-Beschwerdeverfahren bezüglich Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand für das Aktenstudium – trotz der zahlreich vorhandenen Arztberichte – immer noch um einen durchschnittlichen Fall. Demnach erscheint ein Zeitaufwand für die Erstellung der Beschwerde und deren Ergänzung, aus welcher keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte hervorgehen, von (höchstens) 8 Stunden als angemessen. Sodann sind reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 7. März 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.30 Std.), 29. März 2018 (Verfassen Brief an Klient, 0.50 Std.), 6. April 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.), 14. Mai 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG inkl. Beil., 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klt., 0.25 Std.), 4. Juni 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG inkl. Beil., 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klt., 0.25 Std.), 14. Juni 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG inkl. Beil., 0.35 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.25 Std.), 20. Juni 2018 (Verfassen Brief an Klient, 0.25 Std.), 29. September 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.), 9. Oktober 2018 (Verfassen Brief an VerG, 0.25 Std.), 15. Oktober 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.) und 25. Oktober 2018 (Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.50 Std.). Damit verbleibt ein zu berücksichtigender Zeitaufwand von 16.50 Stunden, der im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen relativ hoch ausfällt und gerade noch als angemessen bezeichnet werden kann. Der Stundenansatz für die Bestimmung der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbestands beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs [GT; BGS 615.11]). Im Weiteren beläuft sich die Vergütung für Fotokopien auf CHF 0.50 pro Stück (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 Satz 1 GT). Demnach betragen die Auslagen insgesamt CHF 309.10. Dies führt zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 3'531.60 (Honorar von CHF 2'970.00 zuzüglich

Auslagen von CHF 309.10 und MwSt [7.7 %] von CHF 252.50). Zusammen mit den Gerichtskosten von CHF 600.00 beläuft sich der Kostenaufwand für den Beschwerdeführer auf insgesamt CHF 4'131.60. Mit der vorerwähnten, dem Beschwerdeführer von seiner Rechtsschutzversicherung überwiesenen Pauschale von CHF 5'000.00 wurde diese Kostenforderung bereits beglichen. Damit erweist sich sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 5. März 2018 als hinfällig bzw. ist abzuweisen. 6.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

E. 5

Verfahrensantrag: Es sei dem Beschwerdeführer zur Einreichung einer detaillierten Beschwerdebeurteilung bis am 29. März 2018 Frist zu gewähren.

E. 06

& 08/2015) n. fragl. Fraktur 3/2014, sterno-symphysaler Fehllhaltung mit rez. thorakalen Blockierungen, Rhizarthrose Dig I li Hand (adominant); 2. Depressive Entwicklung, mittelgradig nach Anpassungsstörung, angstbetont (F33.2); 3. Schwierigkeiten mit Bezug auf das Wohnumfeld, die wirtschaftliche und die soziale Lage (Z59, Z60). Die weiteren Diagnosen (1. Thrombophilie bei heterozygotem Faktor V-Leiden-Mutation mit APC-Resistenz und heterozygoter Prothrombin-Mutation (ED 11/2014); 2. Orale Dauer-Antikoagulation mit Marcoumar b. Diagnose 3; 3. Chronischer Nikotinizismus (ca. 50 py); 4. Adipositas Grad I (BMI 31.5 kg/m²); 5. Psoriasis vulgaris; 6. Vitamin D- und B12-Mangel) haben nach den ärztlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 21. Mai 2016 und vom 31. Oktober bis 5. November 2016 angegeben. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs könne von einem protrahierten Verlauf ausgegangen werden.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, es bestehe eine rezidivierende Cervico-Brachialgie mit Schwindelsymptomatik nach ca. 30 Minuten Arbeit. Überkopfarbeiten seien nicht zumutbar. Nach ca. 1 Stunde Gehen träten die Schmerzen im linken Bein auf. Es bestehe eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der linken Hand bei Rhizarthrose. Erschwert durch die Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, sei noch nicht absehbar. Dabei bestünde eine verminderte Leistungsfähigkeit, da die Belastbarkeit für längeres Stehen und Gehen, Überkopfarbeiten und Gewichte Heben hochgradig vermindert sei. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könnte durch regelmässige medizinische Trainingstherapie und Ausdauertraining verbessert werden. Durch die Stabilisierung der Rumpfmuskulatur und eine allgemeine Konditionsverbesserung träten die rezidivierenden thorakalen Blockierungen selten auf. Dadurch werde eine Steigerung der körperlichen Ausdauer erzielt. Für eine psychische Stabilisierung sei aktuell ein verhaltenstherapeutisch-stationäres Setting empfohlen worden. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten zuzumuten. Körperlich empfehle man leichte Tätigkeiten überwiegend im Stehen oder Sitzen ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten von nicht mehr als 5 kg und das Vermeiden von Zwangshaltungen. Eine solche

Tätigkeit sei während zwei Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (längeres Stehen, Gehen, Überkopfarbeiten, gebückte Zwangshaltung, regelmässiges Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg; IV-Nr. 36 S. 5 ff.).

3.21 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (internistischen, orthopädisch-traumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der F.____ [...], vom 20. März 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 20. und 28. Februar 2017 untersucht und begutachtet wurde. Die begutachtenden Fachärzte konnten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihnen angegebenen Diagnosen (1. Status nach bilateralen Unterlappenlungenembolien 16.11.2014, keine pulmonale Hypertonie [Echo Oktober 2015]; 2. Thrombophilie bei heterozygoter Faktor V Leiden Mutation mit APC-Resistenz und heterozygoter Prothrombin-Mutation [ED 11/2014]; 3. Psoriasis vulgaris [ED 2014]; 4. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Persistierender Nikotinabusus [ca. 80 py], Adipositas [BMI 31.8 kg/m²] mit viszeraler Fettverteilung; 5. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere C5/6 ohne Bewegungseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeiten; 6. Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne Bewegungseinschränkung; 7. Degenerative Veränderungen des linken Daumensattelgelenkes [Rhizarthrose] ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung mit erhaltener grober Kraft der linken Hand; 8. Status nach operativer Behandlung eines Aussenknöchelbruches links ohne Funktionsbeeinträchtigung des linken oberen und unteren Sprunggelenkes; 9. Status nach Operation des rechten Schultergelenkes ohne verbleibende Funktionsbeeinträchtigung; 10. Meralgia paraesthetica rechts; 11. Anpassungsstörung, depressiv gefärbt ICD-10 F43.0; 12. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 F45.41) haben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde ausgeführt, bei diesem 57-jährigen Exploranden seien ab dem Jahr 2014 multiple gesundheitliche Probleme aufgetreten. Einerseits beklage der Explorand heftige Schmerzzustände im Bewegungsapparat, welche zum Teil in Zusammenhang mit den stattgehabten Unfällen gebracht worden seien. Andererseits seien verschiedene internistische Probleme in Erscheinung getreten, namentlich eine Leistungsschwäche mit Dyspnoe nach dokumentierten bilateralen Lungenembolien, eine Gerinnungsneigung bei Thrombophilie, unklare Schwindelzustände sowie eine Psoriasis. Dazu gesellten sich psychische Störungen bei schwieriger psychosozialer Situation. Der Internist komme zum Schluss, dass keine Leiden oder Funktionsstörungen bestünden, welche die Arbeitsfähigkeit quantitativ beeinträchtigten. Namentlich gelte dies für die Lungenembolien, welche keine längerfristigen Nachwirkungen gehabt hätten, weder eine Rechtsherzüberlastung noch eine pulmonale Hypertonie. Auch die Lungensituation sei normal gewesen, ohne eine die körperliche Leistungsfähigkeit einschränkende pulmonale oder bronchiale Pathologie. Die in der Ergometrie dokumentiert eingeschränkte Belastbarkeit sei einer chronischen Dekonditionierung zugeschrieben worden, zumal andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten. Die Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen seien aufgrund der Datenlage sowie der Befragung und Untersuchung als «unspezifisch», d.h. ohne fassbare Pathologie taxiert worden. Eine Meinung, welche auch die Neurologin teile. Ein körperliches Training mit gegebenenfalls Gleichgewichtsübungen dürfte nicht nur die körperliche Belastbarkeit verbessern, sondern auch diese unspezifischen Schwindelzustände günstig beeinflussen. Schliesslich gingen von der Thrombophilie, der Psoriasis und den

übrigen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus.

Im Weiteren wurde dargelegt, der Orthopäde erforsche die Hintergründe der mannigfaltig angegebenen muskuloskelettalen Beschwerden. Dabei finde er kein sicheres Korrelat zu den als subjektiv erheblich angegebenen Belastungseinschränkungen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule. In diesem Zusammenhang diskutiere er die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus des BWK 1 sowie die degenerativen Veränderungen C5/6, welche indessen keine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach sich zögen. Auch die Lendenwirbelsäule habe sich altersentsprechend ohne Auffälligkeiten und ohne Wurzelreizsyndrom gezeigt. Bei den Manövern bzw. Untersuchungsgängen habe im Übrigen keine Schwindelsymptomatik ausgelöst werden können. Die in der Vergangenheit durchgeführten Operationen des rechten Schultergelenks und des linken oberen Sprunggelenks seien ohne Folgen ausgeheilt. Schliesslich habe die links unzweifelhaft bestehende mässige Rhizarthrose zu keinen Funktionsdefiziten geführt. Insgesamt hätten die vom Exploranden als sehr stark und invalidisierend beschriebenen Beschwerden nicht nachvollzogen werden können. Die Neurologin habe die geklagten Schmerzen nicht einer bestimmten Nervenwurzel zuordnen können. Der Neurostatus sei unauffällig. Es hätten auch keine Hinweise für eine Myelopathie oder eine Nervenschädigung im Sinne einer Radikulopathie, Plexusläsion oder andersartigen Nervenstörung bestanden, welche als Ursache der Schmerzen in Frage komme. Die Schmerzen seien neurologisch nicht erklärbar. Ebenso finde sich für den geklagten Schwindel kein peripheres oder zentrales Korrelat. Nebenbefundlich zeige sich eine Meralgia paraesthetica rechts. Eine funktionelle Beeinträchtigung durch diese Nervenreizung liege nicht vor. Auf neurologischem Gebiet sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Für den Psychiater seien eine affektive Labilität, deutliche Wechselwirkungen zwischen Schmerzqualität und Stimmung sowie grüblerische Gedanken in Verbindung mit Existenzängsten erkennbar. Nach ICD-10-Kriterien sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren nachvollziehbar. Eine spezielle psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung habe bisher nicht stattgefunden. Die psychiatrische Symptomatik beeinträchtige beim Exploranden die Stressbewältigung und die Umstellungsfähigkeit. Dies sollte aber für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine Einschränkung zur Folge haben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine qualitative, aber keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Polydisziplinär ergäben sich für die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit Einschränkungen bezüglich des Belastungsprofils, jedoch keine quantitative Einschränkung. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten, wie die Mitarbeit im Fahrzeugbau, bei denen es sich vor allem um wechselbelastete, bodennahe, manuelle Arbeiten gehandelt habe, dürften von den qualitativen Einschränkungen nicht betroffen sein.

Unter dem Titel «Zusammenfassendes Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens» wurde sodann vermerkt, in Anlehnung an das Mini-ICF bestünden beim Exploranden aufgrund der psychiatrischen Diagnose eine reduzierte Stresstoleranz und eine reduzierte Umstellungsfähigkeit. Entsprechend sollte eine wohlwollende Arbeitsumgebung ohne allzu grossen Stress vorhanden sein. Auch wenn die Schwindel unspezifisch erschienen und mit einem Bewegungstraining besserungsfähig seien, müsse sicherheitshalber von Arbeiten in grosser Höhe abgeraten werden. Ein Besteigen von hohen Leitern und exponierte Arbeitsplätze seien nicht möglich. Wegen der Antikoagulation seien

Arbeiten mit hohem Verletzungspotential ungünstig. Die auf orthopädisch-traumatologischem und neurologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen hätten zu keinen fassbaren Funktionsdefiziten geführt, insofern seien hier keine Einschränkungen zu machen. Sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen, leidensangepassten Tätigkeit bestehe im polydisziplinären Konsens eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus polydisziplinärer Sicht festgehalten, das vom Exploranden erwähnte Ereignis im März 2014 habe nach eigenen Angaben zu keiner prolongierten Arbeitsunfähigkeit geführt. Die später festgestellten Veränderungen seien alle degenerativer Natur und bestünden sicher schon seit mehreren Jahren. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit könne nicht mit den auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen begründet werden. Die Lungenembolien vom November 2014 hätten Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben, deren Dauer ■ beim Fehlen damaliger kardialer Befunde und ohne damaliges Arbeitsunfähigkeitszeugnis ■ retrospektiv schwierig festzulegen sei. Für eine körperlich schwere Arbeit und bei Therapieeinstellung der Antikoagulation erscheine eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von rund zwei Monaten, somit bis Mitte Januar 2015, als angezeigt. Danach hätten keine internistischen, neurologischen oder orthopädischen Leiden mehr bestanden, welche Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben hätten. Psychiatrisch gelte die beschriebene qualitative Einschränkung ab dem letzten Arbeitsversuch im Januar 2015. Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde aus polydisziplinärer Sicht angegeben, es gelte das oben Gesagte, ausser dass sich für eine körperlich leichte Arbeitstätigkeit die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach den eingetretenen Lungenembolien auf vier bis sechs Wochen verkürze, mithin bis Ende Dezember 2014.

Zur Prognose wurde im polydisziplinären Konsens festgehalten, auf orthopädischem Gebiet sei es schwierig, eine seriöse Prognose zu stellen: die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule sowie des linken Daumensattelgelenkes, die unzweifelhaft vorhanden seien, könnten nach ärztlicher Erfahrung fortschreiten, wobei die Progressionsrate im Einzelfall nicht voraussagbar sei. Zum jetzigen Zeitpunkt hätten diese Veränderungen zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Auch hätten sich keine Hinweise für eine sogenannte Psoriasis-Arthritis ergeben. Aus internistischer und neurologischer Sicht erscheine die Prognose relativ günstig. Bei konsequenter Antikoagulation sollte die Gerinnungsstörung unter Kontrolle bleiben. Unter Antikoagulation sei allerdings die Blutungsneigung erhöht, weshalb das Arbeitsplatzprofil zu beachten sei. Grössere Gefahr gehe vom ausgesprochen hohen Nikotinabusus aus, mit geschätzten bisherigen 80 py. Eine Nikotinabstinenz sollte angestrebt werden, dies scheine für den Exploranden allerdings im Moment schwierig zu sein. Psychiatrischerseits werde die Prognose als günstig angesehen, wenn der Explorand sich auf eine intensive ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einlasse und sich zusätzlich medikamentös behandeln lasse. Bei einer erfolgreich durchgeführten psychiatrischen Behandlung sei von einer auch qualitativen Besserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Die gestellten Fragen wurden aus polydisziplinärer Sicht dahingehend beantwortet, die Schwierigkeiten in der Beziehung, welche 2006 zur Scheidung geführt hätten, die nachfolgenden Rechtsstreitigkeiten um Sorgerecht und Alimentenzahlungen sowie die finanziell zunehmenden Schwierigkeiten seien der Stimmung sicherlich nicht förderlich

gewesen und hätten möglicherweise die Schmerzsymptomatik getriggert. Eine direkte Auswirkung auf die Gesundheitsschädigung von Seiten dieser Faktoren sei aber nicht zu erkennen. Für den Orthopäden seien die Beschwerden vom Exploranden sehr demonstrativ vorgebracht worden. Eine intendierte Aggravation könne ihm jedoch nicht unterstellt werden, ebenso keine Simulation. Auch für die anderen Gutachter bestünden keine Hinweise auf eine Aggravation. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder ■akzentuierung seien nicht vorhanden. Der Explorand verfüge über einen grossen Erfahrungsschatz in diversen Metiers, namentlich Holz- und Fahrzeugbau sowie Montage. Er sei es sicher gewohnt gewesen, viel und auch hart zu arbeiten. Ob er dieses Potential allerdings noch einmal abrufen könne, sei fraglich. Der Explorand sei in seiner aktuellen Partnerschaft gut eingebunden, es bestünden Kontakte zur Ursprungsfamilie.

Der soziale Kontext wurde dahingehend beschrieben, es bestehe eine feste Partnerschaft, welche allerdings auch nicht ungetrübt scheine. Ansonsten habe der Explorand eher wenig Freunde und ein eher bescheidenes soziales Netzwerk. Die Kommunikationsfähigkeit sei an sich gut, wenn auch etwas ausschweifend. Die Motivation scheine gut: Während der stationären Rehabilitation im November 2015 habe eine gute Partizipation bestanden, wobei über wiederholte Schmerzexazerbationen berichtet werde, welche die Teilnahme am aktiven Programm behindert hätten. Es habe auch eine gute Motivation während der Schmerztherapien im Mai und Dezember (recte: November) 2016 bestanden. Kontakte zur Ursprungsfamilie seien vorhanden, jedoch auch ausgeprägte Konflikte mit der Ex-Ehefrau und den eigenen Kindern aufgrund des Sorgerechtsstreits. Eine wechselseitige Beeinflussung zwischen der depressiv gefärbten Anpassungsstörung und der chronischen Schmerzstörung sei denkbar. Andere Wechselwirkungen seien nicht erkennbar. Die psychiatrische Symptomatik beeinträchtige beim Exploranden die Stressbewältigung und die Umstellungsfähigkeit.

Zu den verbleibenden Therapieoptionen wurde angegeben, der psychiatrische Gutachter moniere, dass eine psychosomatische Behandlung bisher noch nicht stattgefunden habe. Eine derartige Behandlung während der Schmerztherapie im K.____ habe Verbesserungstendenzen gezeigt. Von einer Resistenz könne keine Rede sein. Zu einer Verbesserung der Schmerzverarbeitung und der affektiven Labilität sollte eine Behandlung mit Antidepressiva in Erwägung gezogen werden. Daneben sollte eine regelmässige Psychotherapie stattfinden. Aus Sicht des Orthopäden sei die bisherige Therapie (sowie die bisherige Diagnostik) sehr umfangreich und lege artis durchgeführt worden inklusive der mehrmaligen schmerztherapeutischen Behandlungen, sodass keine Therapieoptionen unabhängig von der Motivation der versicherten Person verblieben. Dies müsse kein Widerspruch zur Meinung des Psychiaters darstellen, indem Letzterer eher Gewicht auf die psychosomatische Behandlung und nicht auf die rein körperliche Schmerztherapie legen wolle. Immerhin wäre ■ jetzt wieder aus internistischer Sicht ■ ein kontrolliertes, aufbauendes Trainingsprogramm geeignet, die körperliche Belastbarkeit zu steigern und die unspezifische Schwindelneigung zu dämmen. Eine solche Therapie könnte ambulant oder stationär angeboten werden, wobei im Falle eines körperlich betonten Trainings (wie bei der Rehabilitationsbehandlung in D.____) viel Wert auf eine psychologische Begleitung zu legen wäre. Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar.

Zur Konsistenz wurde schliesslich ausgeführt, die Körperhaltung des Exploranden während der Exploration widerspiegle die beklagten Schmerzen: Schräge Körperhaltung und Ausdruck von Schmerzen im Gesicht. Allerdings erscheine die Bewegungseinschränkung

bei der ausführlichen Untersuchung unauffällig ■ im Gegensatz zur Schilderung der Einschränkungen. Darüber hinaus erfolgten beiläufige Handlungen, wie Entkleiden respektive Anziehen, ohne auffallende Behinderungen. Gemäss Beschreibung wirkten sich die schmerzbedingten Einschränkungen in allen Lebensbereichen aus. Therapeutische Optionen seien wahrgenommen worden. Der unabgemeldete Abbruch der Rehabilitation im Herbst 2015 sei wohl bedingt durch die Überschneidung mit der kurz darauf gestarteten stationären Rehabilitation in D. ___ gewesen. Ansonsten bestünden keine Hinweise auf eine Vernachlässigung therapeutischer Optionen (IV-Nr. 42.1).

3.22 Auf Rückfrage des RAD bzw. der Beschwerdegegnerin hielten die F. ___-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 13. Juni 2017 fest, im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens habe herausgearbeitet werden können, dass sich im Verlauf der Biographie des Exploranden keine schwere psychische Erkrankung entwickelt habe, welche den internationalen Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-V) entsprochen hätte. Im Rahmen seiner Schmerzverarbeitungsstörung habe der Explorand eine Anpassungsstörung entwickelt, welche quantitativ die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Eine affektive Labilität sei keine Diagnose, sondern lediglich ein Symptom im psychopathologischen Befund, das allein nicht genüge, um eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Im Gutachten sei jedoch dem Einfluss der affektiven Labilität im Arbeitsleben Rechnung getragen und beschrieben worden, dass die affektive Labilität die Stressbewältigung/Umstellungsfähigkeit beeinflusse. Dabei handle es sich nicht um eine irreversible Schädigung, die dauerhaft und quantitativ die Arbeitsfähigkeit beeinflusse, sondern um eine funktionelle Beeinträchtigung, die mit Hilfe einer ambulanten Psychotherapie und medikamentöser psychopharmakologischer Unterstützung bewältigbar sei. Der Explorand sei in der freien Wirtschaft unter Einhaltung des Belastungsprofils zu 100 % arbeitsfähig. Auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne keine Einschränkung gesehen werden (IV-Nr. 48).

3.23 Dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht der H. ___, Klinik Schmerzmedizin (pract. med. G. ___, Oberarzt), [...], vom 17. November 2017 können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Thorakospondylogenes Schmerzsyndrom Th2 bis Th4, bestehend seit dem Arbeitsunfall von März 2014, radiologisch Fraktur des Processus spinosus HWK1 (CT 11/2014)». Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach bilateralen Lungenembolien im November 2014 angegeben. Zur medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit wurde festgehalten, dem Patienten sei von ihr keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Aufgrund häufiger Arbeitsausfälle wegen der Beschwerden im zervikothorakalen Übergang sei der Patient arbeitslos geworden und zwischenzeitlich ausgesteuert. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Aufgrund der Beschwerden sei am 13. Oktober 2017 eine Infiltration der Facettengelenke Th2 bis Th4 beidseits durchgeführt worden. Darunter sei es kurzfristig zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Leider sei kein Steroid-Effekt eingetreten. In der Folge sei nun ein Medial Branch-Block mit Option auf eine Radiofrequenzablation geplant. Bezüglich beruflicher Massnahmen wäre ein Arbeitsversuch empfehlenswert, allerdings sei der Patient maximal 30 Prozent arbeitsfähig, dies auch nur ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten und mit der Möglichkeit, Pausen einlegen zu können bei Schmerzexazerbationen. Hilfsmittel benötige er keine. Das Tragen von Lasten über 5 Kilogramm sei nicht möglich. Überkopfarbeiten seien nur kurzzeitig möglich. Diese

Einschränkungen bestünden seit dem Arbeitsunfall vom März 2014. Aktuell sei eine ergänzende medizinische Massnahme nicht angezeigt.

Im Weiteren wurde ausgeführt, die Zuweisung des Patienten sei durch den behandelnden Hausarzt, pract. med. I. ____, aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms im Bereich des zervikothorakalen Übergangs nach dem Arbeitsunfall im März 2014 erfolgt (Handgriff eines Bohrers habe den Patienten in der Schläfenregion getroffen; unmittelbar danach seien starke Schmerzen im Bereich des Nackens und der oberen BWS aufgetreten). Die Schmerzen dauerten seit dem Unfall an und nähmen an Intensität eher zu. Im Rahmen einer pneumologischen Nachkontrolle bei Dr. med. M. ____ sei festgestellt worden, dass im Bereich des BWK 1 eine Fraktur des Processus spinosus bestehe. Weitere Abklärungen seien jedoch in der Folge nicht unternommen worden. Der Patient sei aufgrund der Schmerzsymptomatik im zervikothorakalen Übergang bereits stationär in der E. ____ behandelt worden. Die Beschwerden hätten sich aber nur kurzfristig und nur unwesentlich gebessert. Der Patient berichte, an chronischen Schmerzen im Bereich des zervikothorakalen Übergangs zu leiden, welche stark bewegungsabhängig seien und des Öfteren zur Schiefhaltung des Kopfes aufgrund der Schmerzen (Torticollis) führten. Ausserdem bestünden auch dumpfe Schmerzen im Bereich der oberen BWS, welche intermittierend zu Schmerzausstrahlungen in das Sternum führten. Bis anhin seien noch keine weiteren Abklärungen der Beschwerden erfolgt. Eine Schmerz-ausstrahlung in die Arme oder in die Beine verneine der Patient. Der Patient beklage eine rasche Ermüdbarkeit und eine verminderte Erholungsfähigkeit aufgrund seiner Schmerzsituation.

Zu den erhobenen Befunden wurde u.a. ausgeführt, im Bereich der Ellenbogen, Kniegelenke und Knöchel bestünden mehrere Psoriasis-Läsionen. Sodann bestehe im Bereich des zervikothorakalen Übergangs eine ausgeprägte Druckdolenz und eine Bewegungseinschränkung auch der HWS. Diese sei auf beide Seiten um etwa einen Drittel schmerzbedingt eingeschränkt. Der Kinn-Sternum-Abstand betrage 6 cm. Klinisch finde sich auch ein ausgeprägter Schmerz im Bereich der Processi spinosi der Wirbel HWK 1 und 2 sowie auch HWK 4 bis 6. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde angegeben, aufgrund des sehr wahrscheinlichen thorakospondylogenen Schmerzsyndroms im Bereich der oberen Brustwirbelsäule sei am 13. Oktober 2017 eine Facettengelenkinfiltration BWK 2 bis BWK 4 beidseits durchgeführt worden. Postinterventionell habe sich eine massive Schmerzverbesserung gezeigt. Der Patient habe die Abteilung praktisch schmerzfrei verlassen können. Leider sei in der Folge kein Steroid-Effekt eingetreten, sodass mit dem Patienten nochmals ein Gespräch geführt werden müsse über die Möglichkeit eines Medial Branch-Blocks mit Option auf eine Radiofrequenzablation der hochthorakalen Facettengelenke.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde ausgeführt, die ursprüngliche Tätigkeit als Fahrzeug-Monteur sei aus den obgenannten Gründen sicherlich nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden sei der Patient nicht mehr einsatzfähig, da im Rahmen der körperlichen Belastung stets Schmerzexazerbationen aufträten, welche den Patienten zwingen, sich hinzulegen. Die Schmerzen liessen jedoch erst nach einigen Stunden nach. Zu möglichen Eingliederungsmassnahmen wurde erklärt, die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Im Rahmen der medizinischen Behandlung müsse sicherlich noch die Testung der Medial Branches sowie ■ bei positivem Ansprechen ■ eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abgewartet werden, um hier eine Aussage machen zu können (eine

Aussage über eine mögliche Arbeitsfähigkeit des Patienten sei frühestens fünf bis sechs Wochen nach erfolgter Radiofrequenzablation möglich). Wie erwähnt, könne der Patient seit dem Arbeitsunfall aufgrund seiner Beschwerden keine Arbeiten in Zwangshaltungen mehr ausführen. Aber auch längeres Sitzen und/oder Stehen sowie Arbeiten mit monotonen Bewegungsabläufen führten jeweils zu einer massiven Schmerzexazerbation, sodass der Patient aktuell auch für leichtere Arbeiten nicht arbeitsfähig sei (IV-Nr. 63).

3.24 RAD-Arzt Dr. med. T.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 fest, dem nachträglich eingereichten Bericht von pract. med. G.____ vom 17. November 2017 könne entnommen werden, dass seinerseits keine Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt worden seien. Es werde eine Facettengelenksinfiltration Th2-Th4 beidseits im Oktober 2017 erwähnt, ohne Effekt. In der Folge sei nun ein Medial-Branch-Block mit Option auf eine Radiofrequenzablation geplant. Der Versicherte sei maximal 30 % arbeitsfähig. Das Fazit laute wie folgt: Der Bericht erwähne weitere Therapieversuche und illustriere so natürlich auch das subjektive Leiden des Versicherten. Jedoch ändere er nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme, wie sie bereits dem Vorbescheid vom 31. August 2017 (IV-Nr. 52) zu Grunde gelegen sei (IV-Nr. 66).

3.25 Im Bericht vom 28. März 2018 hielt pract. med. G.____ schliesslich noch fest, die hochthorakalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Schultern und den Kopf seien im aktuellen Gutachten nicht aufgearbeitet worden. Klinisch zeige sich eine starke Druckdolenz in diesem Bereich mit Schmerzausstrahlung nach sternal und in die Halswirbelsäule. Diese Beschwerden seien auch reproduzierbar und hätten einen guten lokalanästhetischen Effekt auf die thorakalen Facettengelenksinfiltrationen (4. August und 13. Oktober 2017) mit einem Schmerzurückgang von NRS 10 (vor Infiltration) auf NRS 0 bis 1 für etwa zwei Stunden nach der Infiltration gezeigt. Dies zeige doch ganz klar, dass durch das Ausschalten der hochthorakalen Facettengelenke auch der Schmerz positiv beeinflusst werden könne. Leider habe sich kein Steroid-Effekt eingestellt, sodass in der Folge im Januar 2018 ein Medial Branch-Block Th1 bis Th3 zweimalig durchgeführt worden sei. Auch dabei habe sich bei der Testung der Medial Branches durch die Anästhesie eine deutliche Schmerzverbesserung für einige Stunden gezeigt. Die am 30. Januar 2018 durchgeführte thermale Radiofrequenzablation der Medial Branches habe leider keine weitere Verbesserung der Beschwerden gebracht. Dies sei jedoch kein Grund, die Diagnose eines thorakospondylogenen Reizsyndroms auszuschliessen, da die thermale Radiofrequenzablation in etwa 20 bis 25 Prozent der Fälle trotz positiver Vortestung keine Schmerzreduktion bringe. Auch könne die Aussage, dass das Schmerzempfinden durch die Konsultation negativ beeinflusst werden könne, nicht unterstützt werden. Die Beschwerden seien stets reproduzierbar und klinisch nachvollziehbar gewesen. Deshalb sei nicht ersichtlich, dass das thorakospondylogene Reizsyndrom nach dem erlittenen Trauma als Ursache für die Beschwerden ausgeschlossen werden könne. Es sei im Rahmen einer ausführlichen Begutachtung eine erneute Untersuchung des Patienten und dann gegebenenfalls ein Arbeitsversuch durchzuführen (IV-Nr. 78 S. 20 f.).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 31. Januar 2018 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen bestünden keine medizinischen Einschränkungen

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dem polydisziplinären F.____-Gutachten komme voller Beweiswert zu. Es könne dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden, seine bisherige Arbeit sowie andere Tätigkeiten unter Einhaltung des Belastungsprofils ohne quantitative Einschränkungen auszuüben. Es liege somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Eine Invaliditätsbemessung erübrige sich. Von weiteren medizinischen Abklärungen sei abzusehen (IV-Nr. 68; A.S. 1 ff.).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Im Weiteren lässt er verschiedene Verfahrensanträge stellen (Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 5 bis 9; A.S. 5). Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Feststellungen der Beschwerdegegnerin und der Gutachterstelle F.____ stünden im krassen Widerspruch zu denjenigen der Suva, die beim Beschwerdeführer eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 13 % festgestellt habe. Sodann sei die Feststellung des RAD vom 3. Januar 2018, wonach pract. med. G.____ keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert habe (IV-Nr. 66 S. 2), und deshalb nach Auffassung der Beschwerdegegnerin auf seine Einschätzung nicht abgestellt werden könne (A.S. 2), irrelevant und falsch. Die Arbeitsunfähigkeiten seien vom behandelnden Hausarzt, der den Beschwerdeführer an pract. med. G.____ verwiesen habe, gestützt auf die Erkenntnisse von und nach Rücksprache mit pract. med. G.____ ausgestellt worden. Dessen klare Aussagen seien vollständig ignoriert worden. Mit der Aussage, die weiteren Therapieversuche illustrierten lediglich das subjektive Leiden des Beschwerdeführers, offenbare der RAD ausserdem seine Voreingenommenheit. Gestützt auf die festgestellten Beschwerden und Befunde seien in verschiedenen ärztlichen Zeugnissen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Auch mehrere mehrwöchige Aufenthalte (Klinik D.____ und stationäre Schmerztherapien) hätten trotz «Fitnessprogramm» keine Linderung der Beschwerden gebracht. Eine Dekonditionierung könne demnach nicht ursächlich sein. Es sei sodann gerichtsnotorisch, dass die F.____ mit «fliegenden Ärzten» aus Deutschland arbeite, welche über keine Berufsausübungsbewilligung verfügten. Sodann sei ■ trotz der Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip ■ auf die wirtschaftliche Abhängigkeit der Gutachterstelle hinzuweisen. Es sei sonderbar, dass die Gutachter zu anderen Schlüssen gelangt seien als die vielen involvierten Ärzte. Die Aussage im polydisziplinären Gutachten, wonach der Beschwerdeführer bei der bisherigen Arbeit und in einer anderen Tätigkeit zwar hinsichtlich des Belastungsprofils, jedoch nicht in quantitativer Hinsicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, und die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (wie die Mitarbeit im Fahrzeugbau) von den qualitativen Einschränkungen nicht betroffen seien, sei unvereinbar mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte. Das Gutachten komme zu einem völlig anderen Schluss und sei durchsetzt mit Widersprüchen. Somit sei ein Obergutachten durch eine objektive und unabhängige, d.h. staatliche Einrichtung erstellen zu lassen.

Ergänzend lässt der Beschwerdeführer noch auf Folgendes hinweisen: Obwohl die hochthorakalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die Schultern und den Kopf sowie deren Ursachen bekannt gewesen seien, seien sie im aktuellen F.____-Gutachten nicht behandelt worden. Bereits im Bericht von Dr. med. R.____ vom 24. Mai 2016 sei auf die Problematik des Bewegungsapparates hingewiesen worden. Es sei sodann dargelegt worden, dass pract. med. G.____ in der Lage gewesen sei, die Schmerzen auszulösen und partiell zu blockieren. Damit sei erstellt, dass durch das Ausschalten der hochthorakalen Facettengelenke auch der Schmerz positiv beeinflusst werden könne und damit ein

Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung bestehe. Trotz Kenntnis des Berichts von pract. med. G.____ vom 17. November 2017 und der Einsprache vom 8. November 2017 sei keine neue Begutachtung beantragt worden; im Gutachten sei das Problem der Facetten nicht einmal angesprochen worden. Die Beschwerdegegnerin habe die von pract. med. G.____ in Aussicht gestellte Massnahmen sowie deren Befunde und Auswirkungen bewusst nicht berücksichtigt und nicht abwarten wollen, welche Schlüsse daraus zu ziehen seien. Der Beschwerdeführer leide seit seinen multiplen Lungenembolien Ende 2014 an einer chronischen Dyspnoe. Diese Problematik sei nie behandelt worden. Ein Zusammenhang zwischen den multiplen Lungenembolien, den hochthorakalen Beschwerden sowie der Pseudarthrose/Osteochondrose und der eingeschränkten Leistungsfähigkeit sowie dem schnellen Ermüden in Kombination mit dem Schwindel sei nicht auszuschliessen. Auch diesbezüglich schweige sich das F.____-Gutachten aus. Im Gegenteil werde darin unter Missachtung der Fakten ausgeführt, die eingeschränkte Belastbarkeit werde durch eine chronische Dekonditionierung begründet, zumal andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten. Es könne nicht nachvollzogen werden, wie die Gutachterstelle zu einem solchen Schluss kommen könne. Der Beschwerdeführer habe aktiv an den angebotenen Programmen teilgenommen und sei auch in den Genuss von verschiedenen Arten von Physiotherapie gekommen. Dies alles habe aber nicht zu einer signifikanten Besserung geführt. Im Gegenteil, aufgrund der Teilnahme an diesen Programmen und der Physiotherapie habe ihm ein zusätzliches Schmerzmittel verabreicht werden müssen. Die massiv eingeschränkte Leistungsfähigkeit und das schnelle Ermüden sowie der Schwindel seien demnach nicht auf die angeblich fehlende Fitness zurückzuführen, sondern stünden im direkten Zusammenhang mit den hochthorakalen Beschwerden sowie der Pseudarthrose/Osteochondrose eventuell in Kombination mit den Auswirkungen der multiplen Lungenembolien. Damit sei klar, dass eine Arbeitsunfähigkeit von «praktisch 100 %» vorliegen müsse. Nicht umsonst komme die Suva zum Schluss, dass ein Endzustand vorliege.

Das F.____-Gutachten sei durchsetzt von Widersprüchen und komme zu deutlich anderen Ergebnissen als die behandelnden Ärzte. Ein Arbeitsversuch sei von den Gutachtern nicht vorgenommen worden. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeführer und eine profunde Untersuchung seiner verschiedenen Leiden und deren Zusammenwirken seien nicht erfolgt. Die Ursachen der schnellen Ermüdung, der massiv eingeschränkten Leistungsfähigkeit und des Schwindels seien nicht untersucht worden und nicht in das Gutachten eingeflossen. Die multiplen Lungenembolien seien nicht berücksichtigt worden, das Problem der Facettengelenke bzw. die schwerwiegenden Verletzungen an den Nacken-, Brust- und Lendenwirbeln seien nicht erwähnt worden, obwohl es klare Hinweise in den Akten gebe. Die vom Kreisarzt empfohlene ambulante Knochenmarkdichtemessung sei nicht vorgenommen und von der IV-Stelle auch nicht in Auftrag gegeben worden. Das Zusammenspiel der verschiedenen Beschwerden und der ärztlichen Befunde und ihre sich allenfalls gegenseitig potenzierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ebenfalls nicht abgeklärt worden. Demnach sei ein Obergutachten in Auftrag zu geben.

4.2 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste umfassende polydisziplinäre F.____-Gutachten beruht auf den im Februar 2017 erfolgten fachärztlichen Abklärungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Orthopädie/Traumatologie», «Neurologie» und «Psychiatrie», stützt sich auf die vollständigen Vorakten, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und wurde aufgrund der persönlichen

Untersuchungen der Gutachter erstellt. Auf dieser Grundlage gelangten die Experten zu schlüssigen Ergebnissen, die nachvollziehbar hergeleitet und begründet werden. Die Teilgutachter gaben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der Begutachtungen wiedergegeben. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation leuchtet ein. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Sowohl das Haupt- als auch die Teilgutachten wurden von sämtlichen Gutachtern unterzeichnet. Das polydisziplinäre F.____-Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Von der gutachterlichen Beurteilung ist somit auszugehen, falls nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit sprechen (vgl. E. II. 2.5 hiervor), was es nachfolgend zu prüfen gilt.

4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei gerichtsnotorisch, dass die F.____ mit sogenannten «fliegenden Ärzten» aus Deutschland arbeite, und vor diesem Hintergrund werde bestritten, dass die am Gutachten beteiligten Ärzte über eine Berufsausübungsbewilligung verfügten und berechtigt seien, in der Schweiz als Ärzte tätig zu sein (Beschwerde, S. 9 Ziff. 9). Dem F.____-Gutachten vom 20. März 2017 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer internistisch (Dr. med. U.____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie), orthopädisch/traumatologisch (Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), neurologisch (Dr. med. W.____, Fachärztin für Neurologie) und psychiatrisch (X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht und begutachtet wurde. Aufgrund der diese Gutachter betreffenden Einträge im Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) bestehen keine Hinweise, dass die Gutachter nicht berechtigt gewesen wären, in der Schweiz ihrer Tätigkeit als Facharzt bzw. Fachärztin nachzugehen und den Beschwerdeführer zu begutachten. Dr. med. U.____ wurde zwar gemäss dem Registereintrag im Jahr 2013 für den Kanton St. Gallen abgemeldet (Bewilligungsstatus «abgemeldet» = «keine aktive Berufsausübung in diesem Kanton», vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 13. März 2019), dies bedeutet indessen nicht, dass er die Voraussetzungen zur Berufsausübung im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr erfüllt hätte und zur Begutachtung des Beschwerdeführers nicht zugelassen gewesen wäre. In diesem Fall hätte der Bewilligungsstatus «keine Bewilligung» lauten müssen, was bedeutet, dass der Arzt die Voraussetzungen zur selbstständigen Berufsausübung nicht (mehr) erfüllt (vgl. Art. 7 Abs. 1 lit. c und d der Verordnung über das Register der universitären Medizinalberufe [Registerverordnung MedBG; SR 811.117.3]). Es solcher Eintrag kann dem Medizinalregister bei Dr. med. U.____ jedoch nicht entnommen werden. Ebenso wenig handelt es sich bei dem im Kanton St. Gallen tätig gewesenem Internisten und Kardiologen um einen «eingeflogenen» Arzt. Bei den drei weiteren Fachgutachtern geht die erteilte Berufsausübungsbewilligung u.a. für den Kanton St. Gallen aus dem Medizinalregister klar hervor.

Selbst wenn einzelne Gutachter, wie dies der Beschwerdeführer behauptet, nicht über die kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen würden, führte dies nicht zu einem Beweisverwertungsverbot, schreibt doch das Bundesrecht mit Blick auf die Begutachtung keine solche Bewilligung vor (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3 und 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5, je mit Hinweisen).

4.3.2 Im Weiteren ist festzustellen, dass die Namen der erwähnten Gutachter dem Beschwerdeführer am 16. Januar 2017 mit dem Hinweis mitgeteilt wurden, triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere der genannten Gutachtenspersonen seien bis zum 30. Januar 2017 bei der IV-Stelle schriftlich einzureichen (IV-Nr. 40). Innert dieser Frist wurden vom Beschwerdeführer keine Einwände gegen die Gutachter erhoben, und der Beschwerdeführer wurde demnach von der F.____ am 31. Januar 2017 aufgefordert, die Untersuchungstermine bei den genannten Gutachtern zu bestätigen und sein Einverständnis zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und zur Einholung der für die Begutachtung notwendigen Unterlagen zu erklären (IV-Nr. 41). Auch dagegen erhob der Beschwerdeführer keine Einwände. Nach der Zustellung des Gutachtens am 22. März 2017 (IV-Nr. 43) nahm weder der Beschwerdeführer noch sein behandelnder Arzt dazu Stellung. Auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden vom Beschwerdeführer mit Einwand vom 8. November 2017 keine Vorbehalte gegen die Gutachtenspersonen erhoben (vgl. IV-Nr. 58). Es geht nicht an, ohne Grundlage erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren solche Einwände zu erheben.

4.3.3 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, es sei auf die ■ trotz der Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip (vgl. IV-Nr. 38) ■ auf die wirtschaftliche Abhängigkeit der Begutachtungsstelle hinzuweisen. Nach ständiger Rechtsprechung führt unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit weder der regelmässige Beizug eines Gutachters, noch die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Expertisen und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen zum Ausstand. Entsprechend kann ein medizinischer Sachverständiger erst recht nicht allein deshalb als befangen gelten, nur weil er von einem ebenfalls involvierten Versicherungsträger bereits Aufträge erhalten hat oder in Zukunft erhalten könnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_445/2017 vom 9. März 2018 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f.). Im vorliegenden Fall vermag der Beschwerdeführer mit dem blossen Hinweis auf eine allenfalls bestehende wirtschaftliche Abhängigkeit der F.____ von der Invalidenversicherung keine Befangenheit der Gutachter nahezulegen. Im Rahmen einer administrativen Sachverhaltsabklärung liegt selbst dann kein formeller Ausstandsgrund vor, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit der MEDAS von der Invalidenversicherung auszugehen wäre; denn ein Ausstandsgrund ist nicht schon deswegen gegeben, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts, E. 3.2.2 mit Hinweis). Anhaltspunkte für eine persönliche Befangenheit der F.____-Gutachter sind nicht ersichtlich.

4.4 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, die Feststellung der Beschwerdegegnerin und der F.____ stehe im krassen Widerspruch zu derjenigen der Suva, welche beim Beschwerdeführer eine unfallbedingte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, d.h. einen IV-Grad von 13 % festgestellt habe (vgl. Suva-Verfügung vom 14. September 2016, IV-Nr. 25; Beschwerde, S. 3 Ziff. 4., A.S. 6). Dem ist entgegenzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss keine wechselseitige Bindungswirkung auch rechtskräftig festgestellter Invaliditätsgrade der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung für

den jeweils anderen Sozialversicherungsbereich besteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_85/2015 vom 28. Oktober 2015 E. 2.2, 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.3.3 und 8C_441/2013 vom 3. März 2014 E. 6.2, je mit Hinweis u.a. auf BGE 133 V 549 E. 6 S. 553 ff.). Der von der Suva mit rechtskräftiger Verfügung vom 14. September 2016 ermittelte Invaliditätsgrad von 13 % ist somit für die Festsetzung des IV-Grads in der Invalidenversicherung nicht verbindlich. Diese hat den IV-Grad aufgrund ihrer Abklärungen selber zu ermitteln.

4.5 In materieller Hinsicht verweist der Beschwerdeführer sodann auf den Bericht der H.____ (pract. med. G.____, Oberarzt) vom 17. November 2017 (IV-Nr. 63), worin klare arbeitsmedizinische Aussagen gemacht worden seien, welche sowohl vom RAD als auch von der Beschwerdegegnerin vollständig ignoriert worden seien. Damit sei sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (Beschwerde, S. 4 Ziff. 5., A.S. 7).

Dazu ist festzuhalten, dass pract. med. G.____ in seinem Bericht vom 17. November 2017 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines thorakospondylogenen Schmerzsyndroms Th 2 bis Th 4, bestehend seit dem Arbeitsunfall vom März 2014, stellte und zur medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zunächst festhielt, seinerseits sei dem Patienten keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (lit. B). Im Weiteren machte der behandelnde Schmerzmediziner jedoch verschiedene Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. So äusserte er sich dahingehend, ein Arbeitsversuch sei empfehlenswert, allerdings sei der Patient zu maximal 30 % arbeitsfähig, dies auch nur ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten und mit der Möglichkeit, bei Schmerzexazerbationen Pausen einlegen zu können. Das Tragen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als 5 kg sei nicht möglich. Überkopfarbeiten seien nur kurzzeitig möglich. Die ursprüngliche Tätigkeit als Fahrzeug-Monteur sei aus den genannten Gründen nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Beschwerden sei der Patient nicht mehr einsatzfähig, da unter körperlicher Belastung stets Schmerzexazerbationen aufträten, aufgrund welcher er gezwungen sei, sich hinzulegen. Die Schmerzen liessen erst nach einigen Stunden nach. Im Rahmen der medizinischen Behandlung müsse sicherlich noch die Testung der Medial Branches sowie ■ bei positivem Ansprechen ■ eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abgewartet werden, um eine Aussage machen zu können. Eine Aussage über eine mögliche Arbeitsfähigkeit des Patienten sei frühestens fünf bis sechs Wochen nach erfolgter Radiofrequenzablation möglich. Seit dem Arbeitsunfall könne der Patient aufgrund seiner Beschwerden keine Arbeiten in Zwangshaltungen mehr ausführen. Aber auch längeres Sitzen und/oder Stehen sowie Arbeiten mit monotonen Bewegungsabläufen führten jeweils zu einer massiven Schmerzexazerbation, sodass der Patient aktuell auch für leichtere Arbeiten nicht arbeitsfähig sei (IV-Nr. 63; vgl. E. II. 3.23 hiervor).

Demgegenüber konnte der orthopädisch-traumatologische F.____-Gutachter, Dr. med. V.____, aufgrund seiner Untersuchung vom 20. Februar 2017 keine orthopädisch-traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die letzte Tätigkeit stellen. Die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, insbesondere C5/6 ohne Bewegungseinschränkung und ohne neurologische Auffälligkeiten, haben nach seinen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Computertomografie (CT) der HWS vom 14. April 2014 stellte der Facharzt fest, es sei kein Hinweis für frische knöcherner Verletzungen ersichtlich. Es bestehe ein knöchern nicht fusionierter Dornfortsatz Th1 (DD: alte Verletzung, Apophysenveränderung [Apophysen:

Knochenansätze von Sehnen und Bändern]). Der Kalksalzgehalt der abgebildeten Skelettelemente sei im Normbereich und der Spinalkanal sei ohne Auffälligkeiten. Es seien degenerative Veränderungen C5/6 mit Höhenminderung des Zwischenwirbelraums erkennbar. Gemäss dem Röntgenbild vom 23. Juni 2015 sei in der Seitansicht eine relative Steilstellung der HWS ersichtlich und es bestünden degenerative Veränderungen der HWK 5/6 mit einer Minderung des Zwischenwirbelraumes und ventralen und dorsalen Randkantenanbauten, weniger C6/7. Der Kalksalzgehalt der abgebildeten Skelettelemente sei im Normbereich. Es bestehe kein Hinweis für frische oder ältere knöcherne Verletzungen. In der ap-Ansicht seien Facettengelenkarthrosen der mittleren HWS rechtsbetont erkennbar (IV-Nr. 42.3 S. 9). Im Rahmen der Epikrise und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. V. ___ aus, die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus (Dornfortsatz) des BWK 1 seien entweder sehr alt oder aber im Sinne einer Knochenbildungsstörung zu diskutieren. Hier seien keine Hinweise für eine traumatische Verursachung, z.B. im Rahmen des vom Exploranden angegebenen Ereignisses vom März 2014 erkennbar. Die seinerzeit entsprechend durchgeführte Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule hätten traumatische Veränderungen sicher ausschliessen können, es hätten sich jedoch degenerative Veränderungen C5/6 ohne nennenswerte Einengung der sogenannten Neuroforamina (Öffnungen, durch welche die Rückenmarksnerven ziehen) gezeigt. Insgesamt seien die Beschwerden nicht konsistent und hätten nicht nachvollzogen und objektiviert werden können. Die Halswirbelsäule sei bei entsprechender Ablenkung und vorsichtiger Untersuchung vollständig frei beweglich ohne Hinweise für neurologische Auffälligkeiten gewesen; es bestehe keine radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik. Dies gelte auch für die Beschwerden der Lendenwirbelsäule, welche sich altersentsprechend ohne Auffälligkeiten und ohne Wurzelreizsyndrom präsentiere. Der Explorand habe einen altersentsprechenden Fingerkuppen-Boden-Abstand bei altersentsprechender Entfaltbarkeit der Lendenwirbelsäule gezeigt. Bei diesem Manöver bzw. diesen Untersuchungsgängen habe keine Schwindelsymptomatik ausgelöst werden können. Die Wirbelsäulenmuskulatur insgesamt sei gut entfaltbar, ohne Auffälligkeiten und gut balanciert. Insgesamt bestünden keine neurologischen Auffälligkeiten bei der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung, obwohl sich der Explorand teilweise sehr mühsam und umständlich mit starken Schmerzäusserungen bewegt habe. Der orthopädisch-traumatologische Gutachter kam zum Schluss, insgesamt könne er die vom Exploranden als sehr stark und invalidisierend beschriebenen Beschwerden nicht nachvollziehen.

Zum Belastungsprofil gab der Experte an, die auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen hätten zu keinen fassbaren Funktionsdefiziten geführt, insofern seien hier keine Einschränkungen ersichtlich. Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei durch Erkrankungen auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet nicht eingeschränkt. Zur Aktenwürdigung hielt er fest, im Rahmen der in den Akten dokumentierten umfangreichen Diagnostik des muskuloskelettalen Systems sei keine zu objektivierende Ursache der Beschwerden gefunden worden. Die Auffälligkeiten des Dornfortsatzes Th 1 seien entweder sehr alter Natur oder aber als Entwicklungsstörung zu interpretieren. Hinweise für eine traumatische Genese seien nicht ersichtlich. Eine Keilwirbelbildung der BWS habe weder klinisch noch auf der CT vom 14. April 2014 oder den konventionellen Röntgenbildern vom 23. Juni 2015 objektiviert werden können. Auf orthopädischem

Fachgebiet sei nichts Wesentliches festzustellen. Diese Beurteilung unterscheide sich von derjenigen des Suva-Gutachters vom 1. Dezember 2015 bzw. der Einschätzung der E.____ vom Dezember 2016. Diese Diskrepanz entstehe dadurch, dass die Vorgutachter bzw. Behandler jeweils im Wesentlichen die subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden beschrieben hätten, ohne diese mit objektiven Befunden zu untermauern. Das vorliegende Gutachten stütze sich dagegen auf die objektivierbaren Befunde und komme daher zu anderen Schlüssen (IV-Nr. 42.3 S. 10 ff.).

Wie (unter E. II. 2.6 hiervor) erwähnt, ist das oben wiedergegebene, von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre F.____-Gutachten vom 20. März 2017 nicht bereits deshalb in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, weil der den Beschwerdeführer seit April 2017 behandelnde Schmerzmediziner pract. med. G.____ zu einer anderen Einschätzung der medizinischen Situation sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gelangt. Wichtige Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein könnten, sind nicht ersichtlich. Der Einwand des Beschwerdeführers, die klaren arbeitsmedizinischen Aussagen von pract. med. G.____ seien vollständig ignoriert worden, geht fehl. Der orthopädisch-traumatologische F.____-Gutachter hielt bereits bei der Darlegung der Ausgangssituation fest, zusammenfassend gingen aus den Akten persistierende Schmerzen, bezeichnet als Zervikobrachialgie, mit Schwindelsymptomatik (Arbeitsunfall vom März 2014) hervor. Im Weiteren bestehe eine Dornfortsatz-Fraktur BWK 1, welche in den Computertomographien vom November 2014, Juni und August 2015 diagnostiziert worden sei. Der Facharzt äusserte sich hierzu dahingehend, es könnte sich dabei auch um eine Apophyse handeln (IV-Nr. 42.3 S. 2). Auch im Rahmen der Epikrise wurden die Beschwerden im zervicothorakalen Übergang behandelt und beurteilt. Dr. med. V.____ hielt zu den vom Beschwerdeführer vorgetragene muskuloskelettalen Beschwerden fest, die in der Vergangenheit angegebenen Veränderungen des Processus spinosus des BWK 1 seien entweder sehr alt oder aber im Sinne einer Knochenbildungsstörung zu diskutieren. Es bestünden keine Hinweise für eine traumatische Verursachung, z.B. im Rahmen des vom Exploranden angegebenen Ereignisses vom März 2014. Der Facharzt stellte klar, aufgrund der seinerzeit durchgeführten Computertomographie des Schädels und der Halswirbelsäule könne man traumatische Veränderungen sicher ausschliessen. Er stufte die medizinische Situation als degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule ein, wobei diese Veränderungen zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt hätten. Insgesamt seien die vorgetragene Beschwerden inkonsistent und könnten nicht nachvollzogen und objektiviert werden (IV-Nr. 42.3 S. 10 f.). Somit kann nicht gesagt werden, die vom Beschwerdeführer vorgetragene Schmerzen im Bereich des zervikothorakalen Überganges seien nicht berücksichtigt worden, vielmehr wurden diese vom orthopädisch-traumatologischen Gutachter anders beurteilt. Ebenso wenig kann der Kritik von pract. med. G.____ in seinen Berichten 17. November 2017 und 28. März 2018, wonach die Beschwerden im Gutachten nicht aufgearbeitet worden seien (IV-Nr. 63 und 78 S. 20; vgl. E. II. 3.23 und 3.25 hiervor), gefolgt werden. Dass pract. med. G.____ gemäss seinen Angaben in der Lage war, Schmerzen mit thorakalen Facettengelenksinfiltrationen vom 4. August und 13. Oktober 2017 und mit einem zweimaligen Medial Branch-Block Th1 bis Th3 im Januar 2018 zwar erheblich, jedoch nur für wenige Stunden zu reduzieren, sich in der Folge kein Steroid-Effekt einstellte und auch die am 30. Januar 2018 durchgeführte thermale Radiofrequenzablation der Medial Branches zu keiner weiteren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik führte, vermag den Beweiswert des

orthopädisch-traumatologischen Teilgutachtens nicht zu relativieren. Die Diagnose eines unfallbedingten thorakospondylogenen Schmerzsyndroms Th 2 bis Th 4 wurde vom orthopädischen Teilgutachter aufgrund der eingesehenen Röntgenbilder nicht gestellt, weshalb die Berichte von pract. med. G. ___ zu keiner anderen Beurteilung der medizinischen Situation führen. Diese Auffassung vertritt auch RAD-Arzt Dr. med. T. ___ in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018, wonach der Bericht von pract. med. G. ___ vom 17. November 2017 weitere Therapieversuche darlege und so auch das subjektive Leiden des Beschwerdeführers illustriere, dies jedoch nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme ändere, wie sie dem Vorbescheid vom 31. August 2017 (IV-Nr. 52 S. 2 ff.) zugrunde gelegen seien (IV-Nr. 66 S. 2).

4.6 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, die vorerwähnte Aussage des RAD vom 3. Januar 2018, wonach die weiteren Therapieversuche lediglich das subjektive Leiden des Beschwerdeführers illustrierten, zeuge von einer «ungebührlichen Voreingenommenheit» (Beschwerde, S. 5 Ziff. 6).

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Dass Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.).

Im vorliegenden Fall würdigte RAD-Arzt Dr. med. T. ___ in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht von pract. med. G. ___ vom 17. November 2017 (IV-Nr. 63), wobei der RAD-Arzt zum Schluss kam, die Einschätzung des behandelnden Arztes ändere nichts an der diagnostischen oder gar versicherungsmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Probleme, wie sie bereits dem Vorbescheid vom 31. August 2017 zugrunde gelegt worden sei (IV-Nr. 66 S. 2). Darin kann weder eine Voreingenommenheit noch eine Befangenheit des RAD-Arztes gesehen werden, wurde doch der RAD-Arzt von der Beschwerdegegnerin beauftragt, sich zum Bericht von pract. med. G. ___ zu äussern. Es liegen keine Umstände vor, welche den Anschein einer Voreingenommenheit oder Befangenheit erwecken könnten. Zudem beruht die Ablehnung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin und deren Feststellungen zum Gesundheitszustand nicht in erster Linie auf der Beurteilung des RAD-Arztes, sondern auf dem F. ___-Gutachten. Da in keiner Weise ersichtlich ist, weshalb der RAD-Arzt befangen bzw. voreingenommen sein sollte und dieser Einwand vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert wird, erübrigen sich hierzu weitere Erörterungen.

Auch der Umstand, dass weder der RAD-Arzt noch die Beschwerdegegnerin ■ trotz des Hinweises von pract. med. G. ___ in seinem Bericht vom 17. November 2017 ■ die Ergebnisse der Testung der Medial Branches sowie, bei positivem Ansprechen, eine Radiofrequenzablation (Denervation der Facettengelenke) abwarten wollten, vermag keine Voreingenommenheit zu begründen, bestand doch hierfür angesichts der unveränderten versicherungsmedizinischen Beurteilung kein Anlass. Indem auf die von pract. med. G. ___ in Aussicht gestellten medizinischen Massnahmen nicht eingegangen und insbesondere auch keine weiteren Abklärungen veranlasst wurden, verletzte die Beschwerdegegnerin weder den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) noch den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör.

4.7 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, es seien verschiedene Arztzeugnisse ausgestellt und Aussagen zu seiner Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Auch mehrere mehrwöchige Aufenthalte (D. ___ und stationäre Schmerztherapien) hätten trotz «Fitnessprogramm» keine Linderung gebracht. Eine Dekonditionierung könne demnach nicht ursächlich sein. Keiner der behandelnden Ärzte habe therapeutische Massnahmen (Physiotherapie, muskuläres Aufbautraining etc.) als zielführend bzw. notwendig erachtet (Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 7).

4.7.1 Zur angeblich unfallbedingten Fraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 7 ist festzuhalten, dass es sich dabei aufgrund der im N. ___ durchgeführten 2-Phasenskelettszintigraphie vom 13. Juli 2015 um eine ältere Fraktur handelt, da sich im Bereich der BWS kein eindeutig pathologisch gesteigerter Stoffwechsel gezeigt habe (IV-Nr. 14.54 S. 2; E. II. 3.5 hiervor). Der Rheumatologe Dr. med. O. ___ hielt in seinem Bericht vom 25. August 2015 fest, die durch Dr. med. M. ___ veranlasste CT-Thorax- und Abdomen-Untersuchung vom 23. Juni 2015 mit der Frage nach vorliegenden Lungenembolien habe den überraschenden Befund einer Keilwirbelfraktur im Bereich BWK 7 gezeigt. Aufgrund der negativen Anreicherung in der Szintigrafie könne ein frischeres Frakturleiden ausgeschlossen werden. Inwieweit die erlittene Fraktur im Rahmen der stattgehabten Unfallereignisse im März 2014 sowie Januar 2015 zu sehen sei, müsse durch den Unfallversicherer abgeklärt werden (IV-Nr. 14.45 S. 2 f.; E. II. 3.6 hiervor). Der Suva-Kreisarzt attestierte in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 8. September 2015 aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 14.42; E. II. 3.7 hiervor) und hielt in seinem Bericht vom 1. Dezember 2015 fest, der Beschwerdeführer habe unfallbedingt eine BWK 7-Fraktur erlitten. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt laute wie folgt: ganztags, mittelschwer, wechselbelastend und keine vermehrten Rumpfrotationen. Es sei zumutbar, dass kürzere Leitern bestiegen werden; das Besteigen von höheren Leitern und Gerüsten sei hingegen unzumutbar (IV-Nr. 14.26). Im Bericht vom 15. Januar 2016 hielt der Kreisarzt fest, es liege bezüglich der BWK 7-Fraktur ein Endzustand vor (IV-Nr. 14.22). Dazu hielt der orthopädisch-traumatologische Gutachter Dr. med. V. ___ im Rahmen der Problemstellung fest, das CT vom 23. Juni 2015 (Thorax, Abdomen) mit dem Verdacht der teilweise unvollständigen knöchernen Konsolidation von Rippenfrakturen und einer Keilwirbelbildung Th7 werde als mögliche Fraktur eingeschätzt. Im Rahmen der Epikrise kam der orthopädische Gutachter bei der Würdigung der Akten dann aber zum Schluss, eine Keilwirbelbildung der Brustwirbelsäule habe weder klinisch anlässlich der Begutachtung objektiviert werden können, noch auf der Computertomographie vom 14. April 2014 und den konventionellen Röntgenbildern vom 23. Juni 2015. Es sei auf orthopädischem Fachgebiet nichts Wesentliches festzustellen

(IV-Nr. 42.3 S. 9 und 11). Demnach lässt sich aus der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Fraktur des BWK 7 keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Für die im Sprechstundenbericht des K.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Januar 2016 empfohlene «ambulante Knochendichtemessung bei Status nach BWK 7 Deckplattenimpressionsfraktur nach fraglichem Sturzereignis» bestand somit kein Anlass (vgl. IV-Nr. 14.23 S. 2; E. II. 3.11 hiervor).

4.7.2 Der Pneumologe Dr. med. R.____ hielt aufgrund der gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1. Multifaktorielle körperliche Dekonditionierung im Rahmen eines schweren chronischen Schmerzsyndroms; 2. Chronisches Cervico-Thoraco-Vertebrales Schmerzsyndrom mit Osteochondrose; 3. Status nach massiven Lungenembolien und Infarktpneumonie beidseits November 2014) in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 fest, die Bodyplethysmographie/Lungenfunktion vom 28. April 2016 habe eine vollständig normale Situation ohne jegliche lungenfunktionelle Einschränkung gezeigt: es habe weder eine obstruktive noch eine restriktive Ventilationsstörung vorgelegen. In der Ergospirometrie vom 3. Juli 2015 habe sich insgesamt eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit gezeigt: der Patient habe mit 108 W 54 % des Sollwertes erreicht, ebenso sei die maximale Sauerstoffaufnahme auf 67 % des Sollwertes reduziert gewesen. Zusätzlich habe sich in Ruhe eine relative Hyperventilation gezeigt. Eine pulmonale, sprich respiratorische Limitierung habe jedoch nicht bestanden. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei am ehesten zurückzuführen auf die muskuloskelettale Problematik, zusätzlich sicher auch bei Bewegungsmangel auf eine Dekonditionierung sowie eine Adipositas. Zusammenfassend könne dem Beschwerdeführer in der jetzigen Situation keine schwere körperliche Arbeit (bisheriger Beruf als Fahrzeugbauer) zugemutet werden, grundsätzlich bestehe eine Wiedereingliederungsfähigkeit in angepasster, leichter körperlicher Tätigkeit. Zudem könne die Wiedereingliederung durch eine konsequente Analgesie/Schmerztherapie wahrscheinlich verbessert werden (IV-Nr. 16 S. 5 f.; E. II. 3.15 hiervor).

Der internistische F.____-Gutachter, Dr. med. U.____, äusserte sich im Rahmen der Epikrise dahingehend, bei fortgesetzter peroraler Antikoagulation (mit recht stabilen INR-Werten) könne er keine klinisch relevanten Residuen der stattgehabten Lungenembolien finden. Auch der Beschwerdeführer selbst räume ein, dass er sich bereits zwei Wochen nach den Lungenembolien eigentlich wieder gut gefühlt habe. Die beklagte und in Ergometrien (Spiroergometrie Juli 2015 und Ergometrie Oktober 2015) dokumentierte submaximale körperliche Belastbarkeit habe weder kardiale noch pulmonale Gründe. Nachdem andere einschlägige Gründe für eine Leistungsschwäche fehlten (insbesondere keine schwere Allgemeinerkrankung, keine febrilen entzündlichen Systemerkrankungen, keine Anämie, keine Stoffwechselstörung etc.), müsse die subjektive Leistungsschwäche als Ausdruck einer Dekonditionierung betrachtet werden. Diese Auffassung werde sowohl von der Kardiologin als auch von den Pneumologen geteilt. Mit einem gezielten Aufbautraining könnte ■ bei entsprechender Motivation ■ die körperliche Belastbarkeit verbessert bzw. normalisiert werden (IV-Nr. 42.2 S. 8 f.). Dr. med. U.____ kommt zum Schluss, es bestünden keine allgemein-internistischen Leiden oder Funktionsstörungen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, weder in der bisherigen noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit (IV-Nr. 42.2 S. 10). Dieser nachvollziehbaren Einschätzung des internistischen Gutachters ist zu folgen. Der Beweiswert des F.____-Gutachtens wird durch den Bericht von

Dr. med. R. ___ vom 24. Mai 2016 nicht relativiert, zumal auch der behandelnde Pneumologe bezüglich der eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf eine Dekonditionierung bei Bewegungsmangel sowie die Adipositas des Beschwerdeführers hinweist. Im Weiteren hielt Dr. med. R. ___ in seinem Bericht zu Händen des Hausarztes vom 29. April 2016 selber fest, er könne beim Patienten aus pneumologischer Sicht keine neuen Aspekte finden, insbesondere keine die körperliche Leistungsfähigkeit unmittelbar einschränkende bronchiale oder pulmonale Pathologie (IV-Nr. 16 S. 7). Demnach besteht kein Anlass, von den Begutachtungsergebnissen und der aus internistischer Sicht eingeschätzten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzuweichen.

4.7.3 Im Bericht der E. ___ vom 27. Mai 2016 wird im Wesentlichen dargelegt, beim Beschwerdeführer bestünden chronische belastungsabhängige Schmerzen im Cerviko-thorakalen Übergang mit daraus resultierender sterno-symphysaler Fehllhaltung und allgemeiner Dekonditionierung. Verstärkt werde diese Symptomatik durch psychosozialen Rückzug bei angstgeprägter Depression. Er habe sich allerdings offen für eventuelle Wiedereingliederungsmassnahmen der IV gezeigt (IV-Nr. 18 S. 6; E. II. 3.14 hiervor). Im Bericht der E. ___ vom 8. August 2016 wurde der Gesundheitszustand als besserungsfähig bezeichnet. Es wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei zu Beginn mit 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit bestehe. Zur Beurteilung der Belastungs- und Ausdauermöglichkeiten werde die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne verbessert werden, wenn der Beschwerdeführer die Eigenübungen zur weiteren Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur und zur allgemeinen Haltungsverbesserung weiterführe. Damit könne eine Steigerung der Belastbarkeit und eine bessere Kondition erreicht werden. Auch eine andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Wechselhaltung (Stehen, Gehen, Sitzen) sei zu Beginn mit 2 bis 4 Stunden pro Tag zuzumuten; dabei bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 22 S. 1 ff.; E. II. 3.17 hiervor). Aus dem Austrittsbericht der E. ___ vom 7. Dezember 2016 (stationärer Aufenthalt vom 31. Oktober bis 5. November 2016) geht hervor, beim Beschwerdeführer bestünden mittlerweile chronische Zervikobrachialgien mit Schwindel, belastungsabhängig, welche seine Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigte. Weiterhin bestehe eine allgemeine Dekonditionierung bei fehlenden Massnahmen zur regelmässigen Mobilisierung und zum Muskelaufbau. Das Schmerzerleben werde erheblich erschwert durch die mittlerweile chronifizierende Anpassungsstörung mit Übergang in eine depressive Störung sowie basale Existenzängste (IV-Nr. 35; E. II. 3.19 hiervor). Im Patientenbericht der E. ___ vom 19. Dezember 2016 wurde der Gesundheitszustand erneut als besserungsfähig eingestuft und aus physiotherapeutischer Sicht wiederum die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein Ausdauertraining empfohlen. Zur Prognose wurde festgehalten, unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs könne von einem protrahierten Verlauf ausgegangen werden (IV-Nr. 36 S. 7; E. II. 3.20 hiervor).

Der vorerwähnte Verlauf der Behandlung des Beschwerdeführers in der E. ___ wurde im F. ___-Gutachten neben den weiteren zahlreichen medizinischen Berichten ausführlich dargelegt und berücksichtigt (vgl. Vorgeschichte gemäss Aktenlage, IV-Nr. 42.1 S. 3 ff., Ziff. 42, 43, 47 und 48). Die Gutachter kamen aufgrund ihrer Untersuchungen und der Beurteilung verschiedener Bildgebungen jedoch übereinstimmend zum Schluss, sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit bestehe ■ unter Berücksichtigung des

Belastungsprofils ■ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Sie legten nachvollziehbar und schlüssig dar, das Unfallereignis vom März 2014 habe nach eigenen Angaben des Exploranden zu keiner prolongierten Arbeitsunfähigkeit geführt (vgl. Zusammenfassung der medizinischen Vorgeschichte; IV-Nr. 42.1 S. 14). Die später festgestellten Veränderungen seien alle degenerativer Natur und bestünden schon seit mehreren Jahren. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit könne mit den auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen nicht begründet werden. Aufgrund der Lungenembolien im November 2014 sei es zu einer befristeten Arbeitsunfähigkeit gekommen. Danach hätten keine internistischen, neurologischen oder orthopädischen Leiden mehr bestanden, welche Anlass zu einer Arbeitsunfähigkeit gegeben hätten. Aus orthopädischer Sicht sei es zwar schwierig, eine seriöse Prognose zu stellen, da die degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des linken Daumensattelgelenkes, welche unzweifelhaft vorhanden seien, nach der ärztlichen Erfahrung fortschritten, wobei die Progressionsrate im Einzelfall nicht voraussagbar sei. Zum aktuellen Zeitpunkt hätten diese Veränderungen jedoch zu keinen fassbaren, objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Auch ergäben sich keine Hinweise für eine sogenannte Psoriasis-Arthritis. Auf dem internistischen und neurologischen Gebiet erscheine die Prognose relativ günstig. Bei konsequenter Antikoagulation sollte die Gerinnungsstörung unter Kontrolle bleiben. Grössere Gefahr gehe vom ausgesprochen hohen Nikotinabusus aus. Es sollte daher eine Nikotinabstinenz angestrebt werden. Psychiatrischerseits wird die Prognose ebenfalls als günstig angesehen, wenn der Beschwerdeführer sich auf eine intensive ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einlasse und sich zusätzlich einer medikamentösen Behandlung unterziehe. Bei einer erfolgreich durchgeführten psychiatrischen Behandlung sei von einer qualitativen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-Nr. 42.1 S. 18 f.; E. II. 3.21 hiervor). Dieser überzeugenden Beurteilung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers durch die F. ___-Gutachter ist zu folgen. Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht, wobei jedoch vom Versicherten nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.2 mit Hinweisen). Es bestehen vorliegend keine Hinweise, dass die vorerwähnten medizinischen Massnahmen dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden könnten. Die erwähnten Berichte der E. ___ vermögen keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers herbeizuführen.

4.7.4 Der den Beschwerdeführer seit Ende Januar 2016 behandelnde Hausarzt, pract. med. I. ___, hielt in seinem Bericht vom 17. August 2016 fest, es bestehe seit 1. Oktober 2015 eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Nach den Angaben des Hausarztes kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen jedoch verbessert werden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Es seien nur noch leichte Tätigkeiten möglich, kein Tragen und Heben von Lasten von mehr als 10 kg, keine Armvorhalte- oder

Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen und kein regelmässiges Bücken. Verweistätigkeiten seien in einem Pensum von 3 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei das Arbeitstempo durch die psychische Problematik verlangsamt und regelmässige Pausen notwendig seien (IV-Nr. 23 S. 1 ff.; E. II. 3.18 hiervor). Dieser Beurteilung kann angesichts der im F.____-Gutachten attestierten vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit und des dargelegten Belastungsprofils (reduzierte Stresstoleranz und Umstellungsfähigkeit, keine Arbeiten in grosser Höhe, keine exponierten Arbeitsplätze, keine Arbeiten mit hohem Verletzungsrisiko) nicht gefolgt werden. Wie erwähnt, haben die auf orthopädisch-traumatologischem und neurologischem Fachgebiet festgestellten degenerativen Veränderungen nach den gutachterlichen Angaben zu keinen fassbaren und objektivierbaren Funktionsdefiziten geführt. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht wird die Prognose ■ unter Voraussetzung der zumutbaren Mitwirkung des Beschwerdeführers ■ als günstig angesehen (IV-Nr. 42.1 S. 19; vgl. E. II. 3.21 hiervor). Im Übrigen ist das F.____-Gutachten ■ wie oben (unter E. II. 2.6 hiervor) erwähnt ■ nicht in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn der behandelnde Hausarzt zu einer anderslautenden Einschätzung der gesundheitlichen Situation und/oder der Arbeitsfähigkeit gelangt. Wichtige Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, werden vom Hausarzt nicht genannt.

4.7.5 Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Schwindel-Symptomatik im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung abgeklärt wurde, wobei die neurologische Gutachterin für den geklagten Schwindel kein peripheres oder zentrales Korrelat finden konnte (IV-Nr. 42.4 S. 6). Dr. med. T.____ führte in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2017 aus, aufgrund der Stellungnahme der Gutachter vom 13. Juni 2017 (IV-Nr. 48) bestehe keine medizinische Einschränkung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 51 S. 2). Daran hielt er auch in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2018 fest (IV-Nr. 66 S. 2). Demnach werden die Begutachtungsergebnisse auch vom RAD-Arzt nicht in Zweifel gezogen. Der bestehenden Dekonditionierung ist nach den gutachterlichen Angaben mit einem medizinischen Trainingsprogramm sowie einem Ausdauertraining entgegenzuwirken, um die körperliche Belastbarkeit zu steigern und die unspezifische Schwindelneigung zu dämmen. Eine solche Therapie könnte ambulant oder stationär angeboten werden, wobei im Falle eines körperlich betonten Trainings (wie bei der Rehabilitationsbehandlung in D.____) viel Wert auf eine psychologische Begleitung zu legen wäre (IV-Nr. 42.1 S. 23). Dies entspricht auch den Angaben der E.____ im Bericht vom 19. Dezember 2016, wonach physiotherapeutisch die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie sowie ein regelmässiges Ausdauertraining empfohlen wird. Psychiatrisch wird eine strukturgebende Unterstützung in einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten stationären Setting in einer für affektive Störungen geeignete Einrichtung empfohlen (IV-Nr. 36 S. 7; E. II. 3.20 hiervor).

5. Nach dem Gesagten vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte (pract. med. G.____, E.____, Dr. med. R.____, pract. med. S.____) das polydisziplinäre F.____-Gutachten nicht zu relativieren. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, liegen nicht vor (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Demnach ist darauf abzustellen. Dem Beschwerdeführer ist es somit zuzumuten, sowohl die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter im Fahrzeugbau als auch eine leidensangepasste Verweistätigkeit mit einem Pensum von 100 % auszuüben, wobei die Einschränkungen gemäss vorerwähntem Belastungsprofil zu

berücksichtigen sind. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2018, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Für weitere Beweiserhebungen, namentlich die Einholung eines Fachberichts zur arbeitsmedizinischen Situation und einer Stellungnahme zum Gutachten von pract. med. G.____ sowie auch den Beizug einer Stellungnahme von pract. med. S.____, und/oder die Veranlassung eines Obergutachtens, wie dies vom Beschwerdeführer beantragt wird (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 5 bis 9; A.S. 5), besteht kein Anlass, da von solchen Weiterungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E. 4.1, 8C_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 4.5.3 und 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2, je mit Hinweisen). Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

6.2 Der Beschwerdeführer lässt das Rechtsbegehren stellen, es sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichnenden als Rechtsvertreter zu bewilligen (vgl. Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3; A.S. 5). Auf die entsprechende Anfrage seitens des Gerichts teilt der Rechtsvertreter mit Eingabe vom 25. Oktober 2018 mit, die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers beteilige sich, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und im Sinne eines Entgegenkommens, mit einem Betrag CHF 5'000.00 an den Kosten des Beschwerdeverfahrens (A.S. 52 f.; vgl. E. I. 2.6 hiervor). In der am 25. Oktober 2018 eingereichten Kostennote werden ein Zeitaufwand von 29.5 Stunden, ein Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 424.85 geltend gemacht (A.S. 52 ff.). Gemäss der vom Beschwerdeführer gleichzeitig eingereichten E-Mail seiner Rechtsschutzversicherung vom 12. Oktober 2018 wurde dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für seinen aufgelaufenen Honoraraufwand die zugesicherte Pauschale von CHF 5'000.00 bereits überwiesen (A.S. 53). Dementsprechend wird in der Kostennote vom geltend gemachten Honorar von insgesamt CHF 8'401.52 eine «Kostengutsprache Rechtsschutzversicherung» von CHF 5'000.00 abgezogen, was zu einem Resthonorar von CHF 3'401.52 führt (A.S. 54 ff.). Zu prüfen ist, ob dieses Resthonorar sowie die anfallenden Gerichtskosten von CHF 600.00 allenfalls im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege zu übernehmen sind.

Der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend gemachte Zeitaufwand für das Verfassen der Beschwerde von 9.75 Stunden (7.5 Std. vom 1. März 2018, 1.5 Std. vom 2. März 2018 und 0.75 Std. vom 5. März 2018) sowie der Beschwerdeergänzung von 6.25 Stunden (3.5 Std. vom 28. März 2018 und 2.75 Std. vom 29. März 2018), somit ein Zeitaufwand von insgesamt 16 Stunden für die ergänzte Beschwerde, ist deutlich überhöht und kann so nicht berücksichtigt werden, handelt es sich doch im Vergleich zu anderen IV-Beschwerdeverfahren bezüglich Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand für das Aktenstudium ■ trotz der zahlreich vorhandenen Arztberichte ■ immer noch um einen durchschnittlichen Fall. Demnach erscheint ein Zeitaufwand für die Erstellung der Beschwerde und deren Ergänzung, aus welcher keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte hervorgehen, von (höchstens) 8 Stunden als angemessen. Sodann sind reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. im

Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 7. März 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.30 Std.), 29. März 2018 (Verfassen Brief an Klient, 0.50 Std.), 6. April 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.), 14. Mai 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG inkl. Beil., 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klt., 0.25 Std.), 4. Juni 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG inkl. Beil., 0.25 Std.; Verfassen Brief an Klt., 0.25 Std.), 14. Juni 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG inkl. Beil., 0.35 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.25 Std.), 20. Juni 2018 (Verfassen Brief an Klient, 0.25 Std.), 29. September 2018 (Eingang und Studium Verfügung VG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.), 9. Oktober 2018 (Verfassen Brief an VerG, 0.25 Std.), 15. Oktober 2018 (Eingang und Studium Verfügung VerG, 0.25 Std.; Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.) und 25. Oktober 2018 (Verfassen Kurzbrief an Klient, 0.15 Std.; Verfassen Brief an Klient, 0.50 Std.). Damit verbleibt ein zu berücksichtigender Zeitaufwand von 16.50 Stunden, der im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen relativ hoch ausfällt und gerade noch als angemessen bezeichnet werden kann. Der Stundenansatz für die Bestimmung der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs [GT; BGS 615.11]). Im Weiteren beläuft sich die Vergütung für Fotokopien auf CHF 0.50 pro Stück (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 Satz 1 GT). Demnach betragen die Auslagen insgesamt CHF 309.10. Dies führt zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 3'531.60 (Honorar von CHF 2'970.00 zuzüglich Auslagen von CHF 309.10 und MwSt [7.7 %] von CHF 252.50).

Zusammen mit den Gerichtskosten von CHF 600.00 beläuft sich der Kostenaufwand für den Beschwerdeführer auf insgesamt CHF 4'131.60. Mit der vorerwähnten, dem Beschwerdeführer von seiner Rechtsschutzversicherung überwiesenen Pauschale von CHF 5'000.00 wurde diese Kostenforderung bereits beglichen. Damit erweist sich sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 5. März 2018 als hinfällig bzw. ist abzuweisen.

6.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wird abgewiesen.
4. Der Beschwerdeführer wird verpflichtet, die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_327/2019 vom 23. September 2019 nicht ein.

E. 7

Verfahrensantrag: Es sei bei Dr. med. G.____, H.____, [...], [...], eine Stellungnahme zum Gutachten der F.____ und zur Stellungnahme des RAD vom 03. Januar 2018 einzuholen.

E. 8

Verfahrensantrag: Es sei bei Herrn Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, [...], [...], eine Stellungnahme zum Gutachten der F.____ und zur Stellungnahme des RAD vom 03. Januar 2018 einzuholen.

E. 9

Verfahrensantrag: Es sei ein Obergutachten bei einer staatlichen Einrichtung einzuholen.

2.2 In seiner Beschwerdeergänzung vom 29. März 2018 lässt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren und Darlegungen in der Beschwerde vom 5. März 2018 festhalten (A.S. 25 ff.).

2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie die IV-Akten verweist und auf eine ausführliche Stellungnahme verzichtet. Ergänzend hält sie fest, der medizinische Sachverhalt sei genügend abgeklärt worden, weshalb die Verfahrensanträge Ziff. 6 bis 9 ebenfalls abzuweisen seien (A.S. 41).

2.4 Mit Eingabe vom 20. Juni 2018 lässt der Beschwerdeführer darauf hinweisen, er bestreite die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort. Gleichzeitig reicht sein Vertreter seine Kostennote ein (A.S. 43 ff.).

2.5 Mit Instruktionsverfügung vom 25. September 2018 wird der Beschwerdeführer aufgefordert, dem Gericht mitzuteilen, ob die gemäss seinen Angaben beim J.____ abgeschlossene Rechtsschutzversicherung Kostengutsprache für das vorliegende Beschwerdeverfahren nun erteilt habe, und wenn ja, in welchem Umfang; dem Gericht seien entsprechende Belege einzureichen (A.S. 47 f.).

2.6 Mit Eingabe vom 25. Oktober 2018 teilt der Vertreter des Beschwerdeführers mit, der beigelegten E-Mail könne entnommen werden, dass sich die Rechtsschutzversicherung, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und im Sinne eines Entgegenkommens, mit einem Betrag von CHF 5'000.00 an den Kosten des Beschwerdeverfahrens beteilige. Im Weiteren reicht er eine neue Kostennote ein (A.S. 52 ff.).

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend

angefochtenen Verfügung vom 31. Januar 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. 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; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). 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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

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