

SO_GERICHTE VSBES.2015.144 vom 19. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.144_d20171219

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.144 du 19 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.144 del 19 dicembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1967 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 24. August 2012 unter Angabe von psychischen Beeinträchtigungen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 2). Nach Durchführung des Intake-Gesprächs vom 6. September 2012 (IV-Nr. 11) sowie dem Einholen des Arbeitgeberfragebogens vom 13. September 2012 (IV-Nr. 12) und der Akten des Krankentaggeldversicherers B.____ (IV-Nrn. 13.1 - 13.6 hiervor) gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 7. Januar 2013 ein Aufbautraining in der C.____ (IV-Nr. 26) inklusive Taggelder (IV-Nr. 29). Dieses wurde in der Folge zweimal verlängert (IV-Nrn. 42, 45 und 49 f.). Am 30. September 2013 wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen (IV-Nr. 62). Aus Sicht der Beschwerdegegnerin war eine solche zu diesem Zeitpunkt kaum realisierbar.

1.2 Nach Einholen von weiteren medizinischen Akten (IV-Nr. 64) sowie der Akten der B.____ (IV-Nrn. 66.1 - 66.5) holte die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung von Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 26. Februar 2014 (IV-Nr. 69), ein bidisziplinäres Gutachten (rheumatologisch und psychiatrisch) ein. Dieses wurde am 23. Juni 2014 durch die E.____, erstattet (IV-Nr. 73.1). Gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.____ vom 4. September 2014 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 11. September 2014 (IV-Nr. 78) die Abweisung seiner Leistungsbegehren in Aussicht gestellt.

1.3 Durch den Zweckverband [...] wurde daraufhin am 1. Oktober 2014 «Einsprache» erhoben (IV-Nr. 80) und gleichzeitig um Fristerstreckung zur Begründung derselben ersucht. Mit Eingabe vom 31. Oktober 2014 erklärte Rechtsanwalt Wyssmann, der Beschwerdeführer habe ihn mit der Wahrung seiner Interessen betraut und erhob verschiedene Einwendungen. Gleichzeitig ersuchte er um Fristerstreckung für ergänzende Ausführungen. Der Antrag, dem Beschwerdeführer sei im Vorbescheidverfahren die unentgeltliche Rechtsverbeiständung unter Beiordnung seiner Person als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren, wurde durch die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 18. Dezember 2014 (IV-Nr. 88) abgewiesen. Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde vom 2. Februar 2015 (IV-Nr. 90 S. 3 ff.) wies dieses mit Urteil vom 11. Dezember 2015 (VSBES.2015.29) ab. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.____ vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 91 S. 2 f.) hielt die Beschwerdegegnerin sodann mit

Verfügung vom 20. April 2015 an der Abweisung der Leistungsbegehren des Beschwerdeführers fest (Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

2. Gegen diese Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 20. Mai 2015 beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben (A.S. 4 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 20. April 2015 sei aufzuheben.

2.a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.

b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zur Vornahme neuer resp. ergänzender medizinischer und beruflich-erwerbsbezogener Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

4. Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistand unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F.

3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 17. August 2015 (A.S. 28 f.) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine ausführliche Eingabe und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Verfügung vom 6. Oktober 2015 (A.S. 30 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Zudem wird den Parteien aufgrund der geänderten Rechtsprechung zu den Schmerzstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 [mittlerweile publ.: BGE 141 V 281]) zur Beurteilung der Streitfrage, ob dem Beschwerdeführer eine IV-Rente zusteht, das Einholen eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens bei Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie, in Aussicht gestellt.

4.1 Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 16. Oktober 2015 (A.S. 33) auf eine Äusserung zur vorgesehenen Begutachtung.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 9. November 2015 (A.S. 40 ff.) wie folgt Stellung nehmen:

Für den Fall, dass die Rechtsbegehren gemäss Ziff. 1 - 3 hiervor abgelehnt werden:

Unabhängig von der Frage der Wahl der Gutachterstelle:

4.3 Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 (A.S. 56 ff.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, dass das Sistierungsgesuch des Beschwerdeführers gegenstandslos geworden sei, nachdem das Bundesgericht im Beschwerdeverfahren 8C_599/2014 am 18. Dezember 2015 das Urteil gefällt habe. Die Ausstands- und Ablehnungsgründe gegen den vorgesehenen Gutachter werden abgewiesen und es wird am vorgesehenen Gutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie, festgehalten. Den

Parteien wird der Fragenkatalog unterbreitet und Gelegenheit gegeben, allfällige Zusatzfragen zu beantragen.

4.4 Mit Verfügung vom 4. Mai 2016 (A.S. 68 f.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, die Parteien hätten innert Frist keine Ergänzungsfragen vorgebracht. Der Beschwerdeführer wird zudem auf seine Pflicht hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Begutachtung zu unterziehen. Das Auferlegen von Kosten, die durch ein unentschuldigtes Nichterscheinen entstünden, bleibe vorbehalten.

4.5 Der Präsident des Versicherungsgerichts stellt mit Verfügung vom 21. Juni 2016 fest (A.S. 71 f.), dass sich der Beschwerdeführer am Morgen vor der vereinbarten psychiatrischen Begutachtung vom 20. Juni 2016 telefonisch bei der K.____ abgemeldet habe. Es wird ihm daher eine Frist gesetzt, um den Verhinderungsgrund mitzuteilen und mittels entsprechender Dokumente zu belegen. Die K.____ wird zudem gebeten, den Beschwerdeführer erneut für eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.____ aufzubieten. Diesbezüglich wird der Beschwerdeführer nochmals auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen.

4.6 Mit Verfügung vom 22. August 2016 (A.S. 80) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, der Beschwerdeführer habe mit Eingabe vom 17. August 2016 (A.S. 78 f.) einen Verhinderungsgrund geltend gemacht, diesen aber nicht durch Dokumente belegt. Über allfällige Rechtsfolgen werde im Endentscheid zu befinden sein. Die Begutachtung finde nunmehr am 29. August 2016 um 09.00 Uhr statt.

5. Das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____, K.____, datiert vom 9. September 2016 (A.S. 81 ff.).

6. Mit Verfügung vom 15. November 2016 (A.S. 118 f.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, dass sich weder die Beschwerdegegnerin noch der Vertreter des Beschwerdeführers zum Gutachten der K.____ vom 9. September 2016 geäußert haben.

7. Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 28. November 2016 eingereichte Kostennote (A.S. 120 ff.) geht mit Verfügung vom 29. November 2016 (A.S. 124) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

8. Mit Verfügung vom 29. August 2017 (A.S. 125 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 19. Dezember 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen.

9. Die detaillierte Rechnung der K.____ vom 15. September 2017 (A.S. 129) geht mit Verfügung vom 18. September 2017 (A.S. 130) zur Kenntnisnahme an die Parteien.

10. Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.) gestellte Beweisantrag, wonach der Sohn des Beschwerdeführers (L.____, [...]) als Zeuge zu befragen sei, wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer lässt zwei kantonale Urteile einreichen und an seinen bisherigen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten, wobei er neu die Übernahme der Kosten für das Gerichtsgutachten durch die Beschwerdegegnerin beantragt.

11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.
2. Aufgrund der Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat.
3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.
 - 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).
 - 3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).
- 3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 2

- a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zur Vornahme neuer

resp. ergänzender medizinischer und beruflich-erwerbsbezogener Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

E. 4

Einbezug der Beschwerdegegnerin in den beruflichen Integrationsprozess.

6.6 Im Austrittsbericht vom 6. Februar 2013 (IV-Nr. 64 S. 8 ff.) betreffend den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 21. November bis 27. Dezember 2012 sowie vom 7. bis 18. Januar 2013 führten Dr. med. T.____, Oberarzt, und Dr. med. U.____, Psychologin, R.____, [...], die folgenden psychiatrischen Diagnosen auf:

Der Patient sei an die Tagesklinik überwiesen worden, weil der ambulante Rahmen hinsichtlich Symptomverstärkung nicht mehr ausgereicht habe. Er sei zum fünften Mal verheiratet. Seine Frau habe vor vier Wochen einen Sohn geboren, sie komme aus Tunesien und fühle sich in der Schweiz nicht wohl. Dies führe zu massiven Spannungen und partnerschaftlichen Konflikten. Seine seit Jahren bestehenden Rückenschmerzen hätten sich unter diesen Bedingungen verstärkt. Es sei ihm zum 31. Oktober 2012 aufgrund von Überlastung und Konflikten am Arbeitsplatz gekündigt worden. Er möchte gerne einen geschützten Arbeitsplatz haben, weil er unter normalen Bedingungen nicht zurechtkomme. Er bezeichne sich als «ein Rebell», bereits als Kind habe er wegen fehlendem Einhalten von Anweisungen Probleme gehabt.

Er konsumiere seit 20 Jahren Cannabis (jeweils einen Joint am Abend). Er habe mittlerweile den Wunsch aufzuhören.

Der Zustand des Patienten habe sich anfangs schnell stabilisiert, so dass mit Ausschleichen von Orfiril 300 mg und Valium von 2 mg bis auf 0,5 mg habe begonnen werden können. Im Verlauf sei die häusliche Situation aufgrund von Konflikten mit der Primärfamilie, die sich auf die Seite der tunesischen Ehefrau gestellt habe, eskaliert. Der Beschwerdeführer habe körperliche Symptome (Kopf- und Rückenschmerzen) sowie Suizidgedanken entwickelt, habe sich davon vorerst nicht distanzieren können und sei auf die Kriseninterventionsstation verlegt worden. Dort sei Novalgin verschrieben und Valium wieder auf 1 mg aufdosiert worden. Die Reservemedikation mit Prazine sei im Gesamtverlauf beibehalten worden. Der Patient habe sich aufgrund bestehender Konflikte nicht in der Lage gefühlt, auf THC-Konsum zu verzichten. Er habe sich schnell in die Patientengruppe integriert und interessiert am Programm teilgenommen. In der Bewegungstherapie habe er ansatzweise gelernt, sich zu entspannen und freie Bewegung zu geniessen. In der Ergotherapie habe er mit Speckstein und Peddigrohr gearbeitet und einfache Objekte hergestellt. Der Patient habe eine beruhigende, entspannende Wirkung dieser Beschäftigung erlebt. Im Mittelpunkt der Einzelgespräche hätten seine Schuldgefühle der Ehefrau gegenüber sowie die weitere Lebensplanung gestanden. Der Patient habe sich entschieden, sich von der Ehefrau zu trennen, ihr und dem Kind Unterhalt nach Tunesien zu überweisen und zu versuchen, wieder mit seiner zweiten Schweizer Ehefrau zusammen zu kommen. Er habe über positive Erlebnisse und gemeinsame Unternehmungen mit den Söhnen berichtet. Die tunesische Ehefrau sei nach Deutschland zu ihren Verwandten gereist, wo sie gut unterstützt worden sei. Er sei von ihr bei seiner Primärfamilie als ein schlechter Mann dargestellt und

ausgeschimpft worden. Dies habe zu einer Symptomverschlechterung mit suizidalen Impulsen geführt. Die Nachricht über seine Hospitalisation habe zu einer Kehrtwende geführt. Seine Verwandten hätten sich bei ihm entschuldigt und auch die Ehefrau habe sich entschieden, einen gemeinsamen Neuanfang zu versuchen. Auf die partnerschaftlichen Konflikte habe aufgrund mangelnder Deutschkenntnissen der Ehefrau nicht eingegangen werden können. Der Beschwerdeführer habe Krankentaggelder bezogen, die auf den 6. Januar 2013 eingestellt worden seien. Mit Hilfe der Beschwerdegegnerin (berufliche Massnahmen) habe er am 7. Januar 2013 ein 50%iges Arbeitstraining in der C.____ begonnen. Das Arbeitstraining sei für drei Monate mit einer Verlängerungsoption geplant. Der Patient sei mit der Erledigung der vielen Formalitäten und des geplanten Arbeitsbeginns schnell überfordert gewesen. Laut Rückmeldungen aus der C.____ habe er sich trotzdem motiviert und offen gezeigt.

Zum «Procedere» führten die Ärzte aus, der Patient habe mit dem Belastungstraining bei der C.____ angefangen. Valium solle ausgeschlichen werden. Es sollten Paargespräche in französischer Sprache stattfinden, da partnerschaftliche Konflikte als Krisenauslöser bestehen blieben.

6.7 Im Rahmen des am 14. Februar 2013 durchgeführten MRI des Neurokraniums (IV-Nr. 64 S. 7) hielt Dr. med. V.____, Leitender Arzt, folgende Befunde / Beurteilung fest: Altersentsprechend unauffällig konfiguriertes Neurokranium; keine posttraumatischen, postentzündlichen oder postischämischen Parenchymdefekte nachweisbar; unauffällige corticomedulläre Differenzierung; unauffällige Liquorräume; keine intrakranielle Blutung, keine Residuen einer älteren Blutung nachweisbar; keine Ischämie, keine tumorsuspekte Raumforderung bzw. Bluthirnschrankenstörung; Sinus paranasales, Mastoid und Mittelohr reizlos; abgesehen von einer bilateralen fetalen Versorgungsvariante der Arteria cerebri posterior unauffällige Hirnbasisarterien.

6.8 Im Integrationsbericht der C.____ vom 16. Juli 2013 (IV-Nr. 55) betreffend das im Bereich der manuellen Fertigung vom 7. Januar bis 9. August 2013 durch die Beschwerdegegnerin zugesprochene und vorzeitig im Juli 2013 abgebrochene Aufbaustraining von 50 % wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei während 39 Tagen wegen Krankheit / Unfall nicht anwesend gewesen (S. 1). Sein Arbeitstempo sei angemessen gewesen (S. 3). Aufgrund der gesundheitlichen Situation werde ein diesbezüglicher Leistungsdruck als nicht indiziert erachtet. Neben den schmerzbedingten Kurzpausen habe er fleissig gearbeitet. Seine Arbeitsqualität sei gut gewesen. Er habe während des gesamten Produktionsverlaufs pro Tag vier Stunden gearbeitet. Eine Pensumsteigerung sei aus gesundheitlichen Gründen nie in Reichweite gewesen. Seine Leistungsfähigkeit beim 4-Stunden-Pensum sei zwischen 20 % und 40 % gelegen. Ein massgebender Faktor dieser Einstufung sei die vorhandene Inkonstanz gewesen. Es werde geschätzt, dass die Leistungsfähigkeit sowie das Arbeitspensum des Beschwerdeführers erst nach einer allfälligen medizinischen Stabilisierung erhöht werden könnten. Der Beschwerdeführer habe die vorgegebene Tagesstruktur aus gesundheitlichen Gründen oft nicht einhalten können und viele Krankheitsabsenzen gehabt.

6.9 Dr. med. O.____ hielt im Schreiben vom 14. Oktober 2013 (IV-Nr. 63) fest, der Beschwerdeführer habe im Frühjahr 2012 für kurze Zeit in Behandlung gestanden. Zur weiteren Entwicklung seines psychischen Gesundheitszustandes und zu aktuellen Befunden könne er keine Angaben machen.

6.10 Dr. med. N.____ hielt in seinem Bericht vom 23. Oktober 2013 (IV-Nr. 64 S. 5 f.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zusammengefasst leide der Beschwerdeführer seit circa zwei Jahren an intermittierend auftretenden massiven Schmerzen im Bereich des gesamten Rückens, welche sich nicht hätten objektivieren liessen. Weiterhin sei es im Rahmen einer kulturellen Desintegration und einer Mobbingssituation zu einer depressiven Verstimmung bei einer narzisstischen Persönlichkeit mit impulsiven Zügen gekommen, anschliessender Stellenverlust und seitdem persistierende Arbeitsunfähigkeit. Momentan werde versucht, dem Beschwerdeführer im Rahmen des W.____s zu einer erneuten beruflichen Reintegration zu verhelfen, da er momentan weiterhin aus diesem Grund zu 50 % arbeitsunfähig sei. Die Prognose sei unsicher und es werde eine ergänzende medizinische Begutachtung empfohlen, da mit einem chronifizierten Verlauf gerechnet werden müsse.

Als Lagermitarbeiter habe der Beschwerdeführer an starken Wirbelsäulenbeschwerden gelitten, momentan sei er mit einem verminderten Pensum im Rahmen des W.____s beschäftigt, so dass hierzu keine Aussage gemacht werden könne.

Es sollte dem Beschwerdeführer eine körperlich nicht belastende Tätigkeit primär zu 50 % zugemutet werden können, allenfalls wäre diese später auf 100 % steigerbar. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit sei multifaktoriell, v.a. aber im psychischen Bereich sowie der kulturellen Desintegration zu sehen. Der Beschwerdeführer sei sicher auf Hilfe hinsichtlich Berufsberatung / Arbeitsvermittlung angewiesen, dies auch, um einem chronifizierten Verlauf vorzubeugen.

6.11 Dr. med. D.____, RAD, hielt anlässlich seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2014 (IV-Nr. 69 S. 2 f.) folgende versicherungsmedizinische Beurteilung fest: Im Vordergrund stünden beim Beschwerdeführer die psychosoziale Problematik in der Beziehung und familiär und durch die kulturelle Desintegration sowie die somatisch nicht abstützbare Schmerzsymptomatik. Ferner bestehe ein chronischer Cannabiskonsum. Dies seien Diagnosen, die versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten, es sei denn, die Försterkriterien wären erfüllt. Damit sei die in Frage zu stellende rezidivierende depressive Episode von Bedeutung. Der Empfehlung von Dr. med. N.____ entsprechend müsse die Situation durch ein bidisziplinäres rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten geklärt werden.

6.12 Im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens bei der E.____ vom 23. Juni 2014 (IV-Nr. 73.1) führten die beiden Gutachter Dres. med. X.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Y.____, Fachärztin für Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 16):

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Situation am Bewegungsapparat sei beim Exploranden in der rheumatologischen Untersuchung validiert worden. Dabei zeigten sich klinisch und bildgebend nur sehr geringgradige Befunde. Im Wesentlichen sei von einem generalisierten unspezifischen multilokulären Schmerzsyndrom zu sprechen. Als besondere Prädilektionsorte könnten das zervikospondylogene und das thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom hervorgehoben werden. Die Befunde seien allerdings derart gering und dadurch niederschwellig, dass

insgesamt aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere.

Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und Limitierungen, bei fehlender relevanter psychosozialer Belastungssituation, einer Schmerzverarbeitungsstörung zuzuordnen. Das Ganze sei vor dem Hintergrund von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen einzuordnen. Auf affektiver Ebene sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, derzeit einer leichten Episode entsprechend. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere eine leicht verminderte Belastbarkeit im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %.

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass für leichte bis schwere Tätigkeiten, somatisch ohne Vorgaben, eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden, mit leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Juni 2014 zu bestätigen. Über die Zeit gemittelt könne bei intermittierenden, auch teilstationären Behandlungen wahrscheinlich von der leicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ab November 2012 ausgegangen werden. Eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne jedoch retrospektiv nicht bestätigt werden.

Aus psychiatrischer Sicht könne auf die aktuelle Behandlung verwiesen werden. Aus rheumatologischer Sicht wäre ein kräftigendes Trainingsprogramm zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien nicht vorzuschlagen, insbesondere aufgrund der Erfahrungen im Jahr 2013 mit den multiplen Absenzen. Grundsätzlich wäre der Explorand mindestens aus medizinisch-theoretischer Sicht für das W.____ mit mindestens 80%iger Vermittelbarkeit qualifiziert.

6.13 Dr. med. N.____ nahm mit Schreiben vom 8. Juli 2014 (IV-Nr. 75) nach Rücksprache mit dem Beschwerdeführer zum Gutachten Stellung. Die aus bidisziplinärer Sicht ausgesprochene 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei unrealistisch. Vor allem aus psychiatrischer Sicht sei höchstens ein 50 % Pensum machbar. Neben dem Trainingsprogramm unterziehe sich der Beschwerdeführer einer psychiatrischen Behandlung, die gemäss Dr. med. N.____ noch längere Zeit andauere. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus Sicht des Hausarztes zu 50 % arbeitsfähig.

6.14 In der Stellungnahme vom 4. September 2014 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) hielt der Dr. med. D.____, RAD, zum bidisziplinären Gutachten der E.____ folgendes fest: Dieses sei nachvollziehbar und schlüssig. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. X.____ stelle die arbeitsrelevante Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leichte Episode» und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen «Schmerzverarbeitungsstörung», «schädlicher Gebrauch von Cannabis bei aktueller Abstinenz» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge». Die Arbeitsfähigkeit sei um 20 % eingeschränkt, was sicher ab dem Zeitpunkt der Untersuchung gelte. Auf S. 17 werde zudem erklärt, dass von einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich ab November 2012 ausgegangen werden könne. Retrospektiv könne keine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Frau Dr. med. Y.____ habe den Versicherten aus rheumatologischer Sicht beurteilt. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe sie nicht stellen können. Die von Seiten des Bewegungsapparats angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen fänden nur zum Teil ein

morphologisches Korrelat. Der Beschwerdeführer sei für die angestammte Tätigkeit als Lagermeister 100 % arbeitsfähig. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren lasse sich nicht begründen.

Dr. med. N.____ sei mit der psychiatrischen Beurteilung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden und plädiere für 50 %. Begründen könne er dies jedoch nicht durch entsprechende psychopathologische Befunde, welche die Einschätzung von Dr. med. X.____ in Frage stellen könnten. Seine Stellungnahme entspreche einer anderen, nicht fachärztlichen Einschätzung des gleichen Zustandes.

Aus medizinischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mit 80 % beurteilt. Eine längerdauernde höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht begründen. Dies gelte auch für die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Die Stellungnahme von Dr. med. N.____ habe keinen Einfluss auf die Beurteilung.

6.15 Der RAD-Arzt Dr. med. D.____ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 91 S. 2) zur Einsprache des Vertreters des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2015 (A.S. 83 ff.). Mit der Einsprache würden keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht. Die Argumentation, wegen der chronischen Schmerzstörung sei das bidisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten ungenügend und es bedürfe eines polydisziplinären Gutachtens mit einem zusätzlichen Internisten und Orthopäden, entbehre jeder fachlichen medizinischen Begründung: Ein Vitamin D-Mangel sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und problemlos behebbar. Die chronische Schmerzsituation ohne objektivierbare somatische Grundlage sei nicht nur durch Frau Y.____ rheumatologisch fachkundig gebührend beurteilt worden, sondern gehe schon aus den Vorakten hervor (vgl. RAD-Stellungnahme vom 26. Februar 2014, vgl. E. II. 6.11 hiervor). Die Indikation für eine orthopädische Beurteilung gehe aus keiner einzigen Diagnose hervor. Im Übrigen verfüge die Rheumatologin über ein Fachwissen, das den gesamten Bewegungsapparat umfasse und diesen aus einer viel breiteren Sichtweise beurteilen lasse, als dies der Orthopäde könnte (bspw. würden auch entzündliche Erkrankungen berücksichtigt). Das durchgeführte Gutachten besitze weiterhin Gültigkeit, es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Es könne an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden.

6.16 Im Rahmen des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie, K.____, vom 9. September 2016 (A.S. 81 ff.) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (A.S. 100):

Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Beschwerdeführer sei in der Lage, die bisherige Tätigkeit in der Grössenordnung von 80 % (integral betrachtet Leistungsfähigkeit / Präsenzzeit) zu verrichten (S. 105). Auch andere, leidensadaptierte Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer im Umfang von 80 % ausüben. Rückblickend betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit nie längerdauernd auf weniger als 80 % abgesunken. Die Prognose sei zweifelhaft, da der Beschwerdeführer keine Veränderungsmotivation, insbesondere keine Motivation zu einer Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufweise.

7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer sowohl somatische (rheumatologische) als auch psychiatrische

Diagnosen festgestellt worden sind, wobei die Beeinträchtigungen seines psychischen Gesundheitszustands deutlich überwiegen. So konnte bereits der Rheumatologe Dr. med. M.____ im Bericht vom 15. November 2011 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) keine Hinweise auf eine Wirbelsäulenpathologie finden und auch im Rahmen des am 14. Februar 2013 durchgeführten MRI des Neurokraniums (vgl. E. II. 6.7 hiervor) wurden unauffällige Befunde ausgewiesen. Dies wurde sodann anlässlich des rheumatologischen Teilgutachtens im Rahmen des Gutachtens der E.____ vom 23. Juni 2014 bestätigt. So wurde festgehalten, dass sich klinisch und bildgebend nur sehr geringgradige Befunde zeigten und daher aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultierten. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die rheumatologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen beim Beschwerdeführer nicht im Vordergrund stehen.

Im Rahmen des durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens bei der E.____ vom 23. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) ■ welches in der Folge durch den RAD-Arzt Dr. med. D.____ in seiner Stellungnahme vom 4. September 2014 als nachvollziehbar und schlüssig qualifiziert wurde (vgl. E. II. 6.14 hiervor) ■, hat der psychiatrische Gutachter Dr. med. X.____ eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) diagnostiziert. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe demgegenüber nicht festgestellt werden können. Der psychiatrische Gutachter ist sodann bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Förster-Kriterien eingegangen und hat diese verneint (IV-Nr. 73 S. 10). Es standen beim Beschwerdeführer somit unklare Beschwerden zur Diskussion. Diesbezüglich ist auf die ■ zwar nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 20. April 2015 (vgl. E. II. 4.5 hiervor) ergangene, aber für das Versicherungsgericht trotzdem relevante ■, neue Rechtsprechung des Bundesgerichts einzugehen: Gemäss BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3). Das Versicherungsgericht hat aufgrund dieser Ausgangslage eine ergänzende Prüfung anhand dieser neuen Indikatoren angeordnet. Denn diese lassen sich allein gestützt auf das Gutachten der E.____ nicht beurteilen. Da ■ gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten und dabei insbesondere auch aufgrund des Gutachtens der E.____ ■ kein Arzt eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, die allein auf ein somatisches Korrelat zurückzuführen ist, wurde in der Folge bei Dr. med. F.____ ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt, das vom 9. September 2016 datiert (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Ein, wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 6 f.), polydisziplinäres Gutachten, erweist sich aufgrund der vorangegangenen Ausführungen als nicht erforderlich.

8. Wie bereits unter E. II. 4.4 hiervor erwähnt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen (vgl. E. II. 4.3 hiervor) erfüllt, nur

dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen.

8.1 Zu prüfen ist daher nachfolgend, ob das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) grundsätzlich beweiskräftig ist:

8.1.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.3 hiervor) gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (A.S. 83 ff.) sowie auf einer Zusammenfassung der medizinischen Vorgeschichte (A.S. 90 f.), womit beim Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden kann. Zudem wurde eine umfassende Exploration durchgeführt (A.S. 91 ff.), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteingeflossen sind. Der Beschwerdeführer liess an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 erstmals beanstanden, dass die Exploration vom 29. August 2016 in deutscher Sprache durchgeführt wurde (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.). Dazu lässt sich dem Gutachten (S. 3) entnehmen, auf Wunsch des Beschwerdeführers (schriftliche Bestätigung) sei die Untersuchung ohne professionelle Übersetzung durchgeführt worden. Aus dem Gutachten, welches eine ausführliche Anamnese enthält, ergeben sich denn auch keine Hinweise darauf, dass eine fachgerechte Exploration wegen Verständigungsproblemen nicht möglich gewesen wäre. Im Gutachten wird angegeben (A.S. 96), der Zeitaufwand für das Gutachten habe 90 Minuten betragen. Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 12. September 2016 (A.S. 109) Gelegenheit geboten, zum Gerichtsgutachten Stellung zu nehmen. Von dieser Möglichkeit machte er auch innert erstreckter Frist und anschliessender Nachfrist bis 10. November 2016 (vgl. A.S. 113 f., 117) keinen Gebrauch. Die vom Beschwerdeführer in der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 erstmals vorgebrachte Behauptung, die Untersuchung habe nur 15 Minuten gedauert (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.) ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar und erscheint auch mit Blick auf die detaillierten Ausführungen, die das Gutachten enthält, als ausgeschlossen. Weitere Abklärungen zur Dauer der Begutachtung, einschliesslich der an der öffentlichen Verhandlung beantragten Zeugeneinvernahme des Sohns des Beschwerdeführers, können aber auch deshalb unterbleiben, weil es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 719/03 vom 17. November 2006; Urteil des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Dies trifft auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ zu. Dieses umfasst Untersuchungen auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (A.S. 96 ff.), wobei der Laborbefund der [...] vom 31. August 2016 (A.S. 99) miteinbezogen wurden. Damit beruht das Gutachten im Weiteren auf umfassenden und allseitigen Untersuchungen. Auf das Einholen einer Fremdanamnese verzichtete der Gutachter bewusst, da er dies als nicht notwendig erachtete (A.S. 96), was in seinem Ermessen liegt. Es werden sodann die Diagnosen gestellt und es folgt eine ausführliche Beurteilung, welche sich inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.) orientiert (A.S. 103 ff.). Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So ist die gutachterliche Einschätzung, wonach der seit Jahren betriebene, schädliche Gebrauch von Cannabinoiden als inadäquater Selbstbehandlungsversuch von innerseelischen Spannungszuständen zu interpretieren sei (A.S. 101), nachvollziehbar.

Denn der Beschwerdeführer gibt anlässlich der Exploration an, seit 30 Jahren Cannabis zu konsumieren, wobei er abends seit Jahren einen Joint zur Beruhigung rauche (A.S. 93). Die weitere gutachterliche Beurteilung, wonach aktuell allenfalls eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0, A.S. 102) vorliege, erscheint aufgrund der entsprechenden Begründung durch den Experten einleuchtend. So wird festgehalten, die diagnostischen Algorithmen einer leichten depressiven Episode seien aktuell eben gerade erfüllt, wobei einerseits die Minderung in der Fähigkeit, Freude wahrzunehmen und Interessen zu entwickeln, als ein Kardinalsymptom einer Depression als gerade eben erfüllt angesehen werde und die dysphorische Stimmungslage der depressiven Symptomatik zugerechnet werde (A.S. 101 unten). Somit lägen zwei von drei Kardinalsymptomen vor. Von den akzessorischen, zusätzlichen Symptomen einer Depression lägen eine Appetitminderung, eine Schlafstörung und ein subjektives Klagen über Konzentrationseinschränkungen vor, so dass, auch wenn die Ausprägung der Symptomatik insgesamt eher gering sei, vier bis fünf Symptome einer depressiven Erkrankung erfüllt seien. Es überzeugt in diesem Zusammenhang ferner auch, dass das Vorliegen einer mittelschweren oder gar schweren Depression nicht gegeben sei. Weiter legt der Gutachter in schlüssiger Weise dar, dass die diagnostischen Algorithmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht hinlänglich erfüllt seien (A.S. 102). So mangle es an einer quälend wahrgenommenen, chronischen Schmerzsymptomatik, auch wenn der Beschwerdeführer subjektiv immer wieder auf Schmerzen hinweise. Sein Verhalten in der Explorationssituation, aber auch die Schilderung seiner Alltagsbeschwerden lasse eine vorherrschende Beschwerde durch andauernden schweren und quälenden Schmerz nicht erkennen. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer auf Befragen des Experten betreffend sein jetziges Leiden und Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung (A.S. 91) nicht unmittelbar über Schmerzen spricht, sondern angibt, es gehe ihm nicht besonders gut und dies sodann dahingehend konkretisiert, dass er sich ständig unter Druck fühle, nervös, unruhig, hässig sei, ihm nichts gefalle, er keine Freude habe, ständig gereizt sei und mit seinem Schicksal hadere. Erst später berichtet er von einer Beeinträchtigung durch die Schmerzen hauptsächlich im Nacken- / Schulterbereich sowie Rückenschmerzen im Lumbalbereich, wobei der Schmerzcharakter nicht näher zu beschreiben sei (A.S. 92 oben). Auf der VAS habe er die Schmerzintensität nicht benennen können. Auch in Bezug auf den durch den Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf und die Freizeitgestaltung sind keine wesentlichen schmerzbedingten Einschränkungen erkennbar: So erwache er morgens zu unterschiedlichen Zeiten, nehme zunächst eine Tablette ein und bleibe dann meist noch bis in die Mittagsstunden im Bett. Er sei allein in der Wohnung, da müsse er sich um den Haushalt kümmern, er erledige aber nur das Nötigste. Wenn die Ehefrau zu Hause sei, obliege ihr die Hausarbeit. Kleinere Einkäufe könne er alleine erledigen. Wenn möglich gehe er in Begleitung seiner Söhne oder seiner Ehefrau zum Einkaufen, da er dann weniger in Konflikte gerate. Nachmittags treffe er gelegentlich Kollegen, trinke Kaffee und unterhalte sich am liebsten über Religion, Allah und die Propheten. Er sei auch immer noch an Fussball interessiert und habe lachend über den kürzlichen 6 : 0 Sieg seines Lieblingsclubs berichtet. Er sei früher gerne schwimmen gegangen, habe gerne getaucht, daran habe er jetzt kein Interesse mehr. Erst in Bezug auf das Autofahren kommt er auf die Schmerzen zu sprechen. So sei er im Besitz des Führerausweises, fahre auch gelegentlich Auto, beschränke sich aber auf kurze Strecken. Lange könne er wegen der Schmerzen nicht Autofahren (A.S. 92). Aufgrund dieser Ausführungen sind ■ wie vom Gutachter formuliert

(s. oben) ■ keine erheblichen schmerzbedingten Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sowohl bei der Bewältigung des Alltags als auch bei der Freizeitgestaltung erkennbar. Daher überzeugen die Einschätzungen des Experten, wonach es einerseits an einer quälend wahrgenommenen, chronischen Schmerzsymptomatik und an einem schwerwiegenden innerseelischen Konflikt in enger Verknüpfung mit der Entwicklung des Schmerzsyndroms mangle (A.S. 102). Der Gutachter hält weiter dafür, dass den zweifelsohne vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren nicht die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukämen. Es sei vielmehr von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen, welche im Zuge einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung im Rahmen der depressiven Erkrankung vorliege. Zusammenfassend hat der Gutachter die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 eingehend behandelt und sich mit diesen intensiv auseinandergesetzt, wobei er die Ressourcen des Beschwerdeführers bejaht (A.S. 102 ff.). Er hält weiter fest, es gelinge dem Beschwerdeführer offenbar, vor dem Hintergrund früher, defizitärer Sozialisationsbedingungen nicht, stabile Persönlichkeitsstrukturen aufzubauen, so dass sich das Bild einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen und emotional instabilen, impulsiven Zügen entwickle (A.S. 101). Diese Einschätzung ist unter Heranziehung der Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Biographie nachvollziehbar (A.S. 94 f.). So sei er in Tunesien aufgewachsen, habe aufgrund von heftigen Konflikten in der Familie ein Jahr vor der Matura die Schule abgebrochen und sei nach Frankreich gegangen. Dort habe er von 1986 bis 1995 ohne Papiere gelebt und sich mit Hilfsarbeiten durchgeschlagen. 1995 sei er dann in die Schweiz gekommen und habe als Hilfskraft sechs Monate auf einem Bauernhof gearbeitet. Er habe 1996 das erste Mal geheiratet, wobei es um die Aufenthaltserlaubnis in der Schweiz gegangen sei. Aus der zweiten Ehe habe er zwei Söhne, die Trennung sei ein Fehler gewesen, er liebe diese Frau noch immer. Das Verhältnis zu den beiden Söhnen sei gut. Die dritte und vierte Ehe hätten jeweils nicht einmal ein Jahr gehalten, es sei rasch zu Konflikten gekommen. Seit 2009 sei er in der fünften Ehe mit einer aus Tunesien stammenden Frau, sie hätten gemeinsam zwei Kinder (vier- und einjährig). Sie arbeite aktuell nicht und sei in Tunesien. Die recht beengte häusliche Situation in einer Dreieinhalbzimmerwohnung sei angespannt und konfliktbeladen. Innerlich habe er sich schon von der Frau getrennt und erwäge manchmal die Scheidung. Es gebe einen kleinen Freundes- und Bekanntenkreis von etwa drei Personen, wobei er sich mit einem Freund häufig zum gemeinsamen Kaffeetrinken in der eigenen oder in der Wohnung des Freundes treffe. Er vermeide das Aufsuchen eines öffentlichen Kaffees oder eines Kulturvereins, da es ihm dort zu unruhig sei und er dort wiederholt mit Gästen in Konflikt geraten sei. In die Moschee gehe er lediglich noch zum Freitagsgebet und kehre danach möglichst rasch wieder nach Hause zurück, damit er nicht mit anderen in Konflikt gerate. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die weitere gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach das Ausmass einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung nicht erreicht werde, da der Beschwerdeführer noch immer über ein ausreichendes Potential an Impulskontrolle und Frustrationstoleranz verfüge und daher in der Lage sei, sein Verhalten trotz der vermehrt narzisstischen Kränkungen zu steuern (A.S. 101). Dies beleuchtet der Experte sodann anhand der mehrjährigen Integration am Arbeitsplatz in den Jura-Werken, die gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden Persönlichkeitsstörung spreche.

8.1.2 Damit kann dem Gutachten von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

8.2 Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen geeignet sind, die Beweiskraft des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. F.____ zu erschüttern:

8.2.1 In Bezug auf die beiden Berichte des Rheumatologen Dr. med. M.____ vom 28. Oktober und 15. November 2011 (vgl. E. II. 6.1 f. hiervor) kann festgehalten werden, dass sich dieser auf das medizinische Fachgebiet der Rheumatologie spezialisiert hat und daher seiner psychiatrischen Diagnosestellung einer «rezidivierenden depressiven Episode» kaum Beweiswert zukommt. Auf diese sowie auf die ebenfalls durch ihn festgestellte Diagnose eines «chronisch fibromyalgischen Schmerzsyndroms» ging er denn auch nicht näher ein. Diese erweisen sich daher nicht als nachvollziehbar. Der weiter ausgewiesene Vitamin D-Mangel könne laut dem Rheumatologen substituiert bzw. behandelt werden. Aufgrund dessen vermag die durch ihn ■ u.a. auch auf der psychiatrischen Diagnose beruhende ■ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht zu überzeugen.

Der Beweiswert des psychiatrischen Gerichtsgutachtens wird durch die beiden rheumatologischen Berichte nicht eingeschränkt.

8.2.2 Ähnliches gilt auch für die Berichte des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. N.____ vom 21. November 2011, 23. Oktober 2013 und 8. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.3, 6.10, 6.13 hiervor). So handelt es sich bei ihm um einen Facharzt für Allgemeinmedizin, weshalb die durch ihn erfolgten psychiatrischen Diagnosestellungen kaum beweiswertig sind. Es ist zudem auf den durch die Rechtsprechung anerkannten Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.; SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 E. 4.2 je mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C_98/2014 vom 7. Mai 2014 E. 3.1, 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3). Da sich die behandelnden Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen, kann nicht unbesehen auf die drei Berichte von Dr. med. N.____ abgestellt werden. Es kann weiter festgehalten werden, dass der Hausarzt im Bericht vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) den schädlichen Cannabiskonsum des Beschwerdeführers als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einschätzte, was Dr. med. F.____ in seinem psychiatrischen Gerichtsgutachten (vgl. E. II. 6.16 hiervor) bestätigte.

Eine Minderung des Beweiswertes des Gerichtsgutachtens ergibt sich aus den Berichten des Hausarztes nicht.

8.2.3 In Bezug auf die beiden Berichte der R.____, [...], vom 22. August 2012 und 6. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.4, 6.6 hiervor) führt Dr. med. F.____ aus, eine zur Behandlung von 2012 führende, «akute Belastungssituation» sei nicht mehr vorhanden (A.S. 104). Diese Darlegung leuchtet ein, da die Ärzte im Bericht vom 22. August 2012 festhielten, der Beschwerdeführer sei ihnen durch Dr. med. N.____ überwiesen worden, weil er «aktuell» mit der Schwangerschaft seiner tunesischen Ehefrau überfordert gewesen sei (IV-Nr. 13.4 S. 2 unten). Diese Belastung wurde sodann im Bericht vom 6. Februar 2013 dahingehend präzisiert, dass eine psychosoziale Belastungssituation durch die Vaterschaft, die

Arbeitslosigkeit und die Partnerschaft begründet und eine bekannte kulturelle Desintegration gegeben sei. Bei der in diesem Zusammenhang ausgewiesenen «psychosozialen Belastungssituation sowie bekannten kulturellen Desintegration (ICD-10 Z60.3, Z63.0, Z56)» handelt es sich indes um sogenannte Z-Kodierungen, denen keine invalidisierende Wirkung zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_299/2014 vom 30. März 2015 E. 4.1 unten). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gerichtsgutachter darauf nicht eingegangen ist. Die im Weiteren durch die R. ___ ausgewiesene Verdachtsdiagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1) bestätigte Dr. med. F. ___ dahingehend, dass er anstelle eines Verdachtes «akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) mit emotional instabilen, impulsiven aber auch narzisstischen Zügen» auswies. Damit stimmen die ärztlichen Einschätzungen diesbezüglich überein. Da der Gerichtsgutachter dieser Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass und den Berichten der R. ___ bis auf die Dauer des stationären Aufenthalts vom 14. bis 21. August 2012 (Krisenintervention) keine Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen sind, ist auch hier kein Widerspruch zwischen den ärztlichen Beurteilungen erkennbar. In Bezug auf die im Austrittsbericht vom 6. Februar 2013 ausgewiesene «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)» (vgl. E. II. 6.6 hiervor) führte Dr. med. F. ___ aus, er könne zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode bestätigen, aber die in der Vergangenheit attestierte mittelschwere depressive Episode liege nicht mehr vor (A.S. 104).

Gestützt auf diese Ausführungen steht fest, dass die beiden Berichte der R. ___, [...], den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen vermögen.

8.2.4 Im sehr kurz ausgefallenen und daher nicht vollumfänglich nachvollziehbaren Bericht des versicherungsmedizinischen Gutachters Dr. med. S. ___ vom 12. September 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) wurde eine im Mittelpunkt der aktuellen Beschwerden stehende, weitgehend chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ausgewiesen. Er setzte sich indes nicht näher mit dieser Diagnose auseinander, weshalb sie nicht nachvollziehbar ist. Dr. med. F. ___ setzte sich demgegenüber im Rahmen seines psychiatrischen Gerichtsgutachtens mit dieser Diagnose in schlüssiger Weise auseinander und legte in einleuchtender Weise unter Bezug der hierfür erforderlichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 285 dar, weshalb er diese nicht bestätigen könne. Anstelle einer Schmerzstörung sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Aus diesem Grund erscheint die von Dr. med. S. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit nicht plausibel.

Der Bericht von Dr. med. S. ___ vermag die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen von Dr. med. F. ___ nicht zu verkleinern.

8.2.5 In Bezug auf die durch den Psychiater Dr. med. X. ___ anlässlich des am 23. Juni 2014 verfassten psychiatrischen Teilgutachtens bei der E. ___ (vgl. E. II. 6.12 hiervor, IV-Nr. 73.1 S. 6 ff.) festgestellten Diagnosen besteht mit Dr. med. F. ___ Übereinstimmung. So bestätigte Letzterer sowohl das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einer Schmerzverarbeitungsstörung sowie des schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden und von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen. Die beiden Gutachter stimmen denn auch darin überein, dass sich einzig die rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode

(ICD-10 F33.0) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Ausserdem halten die beiden Gutachter in übereinstimmender Weise fest, dass die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt sei.

Das psychiatrische Teilgutachten der E.____ stützt somit das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____.

8.2.6 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gerichtsgutachtens von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 nicht zu schmälern vermögen. Daher ist kein Grund zum Abweichen vom Gerichtsgutachten ersichtlich (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Da sich die Parteien im Anschluss an das Gutachten nicht zu diesem geäußert haben (vgl. E. I. 6 hiervor), ist auch nicht auf entsprechende Vorbringen einzugehen.

8.3 Nachfolgend ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 einzugehen (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.):

8.3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, bei leichten und mittleren Depressionen habe nach neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts eine Indikatorenprüfung stattzufinden. Dies sei im Gutachten von Dr. med. F.____ nicht erfolgt. Diese Ausführung ist grundsätzlich korrekt. So hat das Bundesgericht in den zur Publikation vorgesehenen Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017 klargestellt, dass auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1). Im vorliegenden Fall hat sich Dr. med. F.____ in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 9. September 2016 mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 intensiv auseinandergesetzt und ist dabei zum Schluss gekommen, dass es sich einzig um eine leichte Ausprägung der depressiven Episode handle. Da es ansonsten aufgrund der vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte für eine längerdauernde intensive psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers gibt ■ bei Dr. med. O.____ fand anfangs 2012 eine solche statt (vgl. E. II. 6.9 hiervor) ■ und der Beschwerdeführer zwar gegenüber dem Gutachter Dr. med. F.____ angegeben habe (A.S. 92 unten), er befände sich aktuell bei einem Psychiater in Behandlung, den er bisher dreimal aufgesucht habe und bei dem eine Behandlung in 14 tägigem Rhythmus geplant sei, kann auch hier nicht von einer engmaschigen psychiatrischen Therapiemassnahme gesprochen werden. Die Anwendung der Indikatoren auf das depressive Beschwerdebild führt demnach jedenfalls nicht zur Annahme einer höheren Arbeitsunfähigkeit als derjenigen, welche der Gutachter als gegeben erachtet. Die mit den Urteilen vom 30. November 2017 erfolgte Praxisänderung steht daher einem Abstellen auf das nachvollziehbare und schlüssige Gutachten von Dr. med. F.____ nicht entgegen.

8.3.2 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, der Gutachter Dr. med. F.____ sei nicht auf die Divergenzen zwischen seinen eigenen Einschätzungen und den Feststellungen bzw. der Arbeitsfähigkeit anlässlich des Aufbautrainings bei der C.____ vom Januar bis im Juli 2013 eingegangen. Es kann zunächst festgehalten werden, dass dem Gutachter die entsprechenden Berichte der C.____ vorgelegen haben und er daher von den daraus resultierenden Ergebnissen Kenntnis hatte. So hat er diese bei den Vorakten aufgeführt (A.S. 83 ff.). Es bestand jedoch keine Verpflichtung, sich mit diesen explizit

auseinanderzusetzen. Da es im Rahmen des ungefähr fünfmonatigen Aufbautrainings bei der C.____ (vgl. E. II. 6.8 hiervor) zu insgesamt 39 unfall- bzw. krankheitsbedingten Absenzen gekommen ist, stellt sich ohnehin die Frage, inwiefern auf die beim Training erzielten Ergebnisse überhaupt abgestellt werden kann. Dass Dr. med. F.____ die bescheidenen Ergebnisse des Aufbautrainings auf eine Selbstlimitierung zurückführt (A.S. 103), leuchtet mit Blick auf die überwiegend leicht ausgeprägten Befunde, die der Gutachter feststellen konnte, ohne weiteres ein. Wenn im Integrationsbericht der C.____ von einer guten Motivation ausgegangen wird und die Einschränkungen und Schwankungen mit gesundheitlichen Problemen erklärt werden, stellt dies die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens, das in Kenntnis dieser Ausführungen verfasst wurde, nicht in Frage, denn ein Eingliederungsfachmann ist nicht in gleicher Weise wie ein Facharzt kompetent, die Gesundheit eines Versicherten und dessen Beeinträchtigungen in einer beruflichen Tätigkeit in gleichem Masse verlässlich einzuschätzen. Dies gilt noch verstärkt, wenn es um psychiatrische Belange geht. Somit vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

8.3.3 Das Argument des Beschwerdeführers, wonach nicht klar sei, ob sich sein Gesundheitszustand trotz des anhaltenden Cannabiskonsums überhaupt habe umfassend abklären lassen, oder, ob nicht zunächst eine Abstinenz hätte gefordert werden müssen, überzeugt nicht. So war dem Experten Dr. med. F.____ der Cannabiskonsum des Beschwerdeführers bekannt. Dieser ergibt sich zum einen bereits aus den Vorakten und zum anderen gab der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration an, seit über 30 Jahren Cannabis zu rauchen (A.S. 93), was sich sodann bei den veranlassten Laboruntersuchungen bestätigte (A.S. 99). Der Gutachter war aufgrund seiner Fachkenntnisse zweifellos in der Lage, die Arbeitsfähigkeit trotz dieses Suchtmittelkonsums einzuschätzen. Das Gutachten enthält denn auch keinen entsprechenden Vorbehalt. Dr. med. F.____ stellte die Diagnose «schädlicher Konsum von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1)», welcher kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Diese gutachterliche Einschätzung wird durch die medizinischen Vorakten gestützt: So stufte bereits der Hausarzt Dr. med. N.____ den «schädlichen Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1)» im Bericht vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein, was anschliessend im Gutachten der E.____ vom 23. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) bestätigt wurde, wobei der Beschwerdeführer damals gestützt auf seine eigenen Angaben als abstinent bezeichnet wurde.

8.4 Dem Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 ist somit voller Beweiswert zuzusprechen. Es ist damit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gerichtsgutachten auszugehen: Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Lager-Mitarbeiter in der Grössenordnung von 80 % zumutbar. Dies gilt auch für andere, leidensadaptierte Tätigkeiten (ohne besondere Anforderungen an die Konflikt- und Teamfähigkeit, ohne besondere psychische Belastungsfaktoren, wie besonderer Zeitdruck und Tätigkeiten unter Nachtarbeitsbedingungen, A.S. 104 f., 107). Rückblickend betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit nie längerdauernd auf weniger als auf 80 % abgesunken (A.S. 105).

9. Die Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit und damit des Invaliditätsgrades erfolgt durch den Vergleich des Einkommens, das der Versicherte erzielen würde, wenn der versicherte Gesundheitsschaden nicht eingetreten wäre, mit jenem, das er als Invalide erzielen könnte.

9.1 Bei Erwerbstätigen hat der Einkommensvergleich gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Dieses Vorgehen ist auch dann zulässig, wenn eine genaue ziffernmässige Einkommensermittlung an sich zwar möglich wäre, aber einen unverhältnismässig grossen Aufwand erfordern würde, und wenn ferner angenommen werden kann, dass die blosser Schätzung der Einkommen ein ausreichend zuverlässiges Resultat ergibt. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (BGE 104 V 135 E. 2.b S. 136 f.).

9.2 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016 vom 18. April 2017 m.w.H.). Hinsichtlich der Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, die ein Abstellen auf unterschiedliche Tabellenlöhne rechtfertigen. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen.

9.3 Zu beurteilen bleibt die Frage, ob und in welcher Höhe den behinderungsbedingten Lohnnachteilen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch einen Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen ist.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wurde bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich mit einem Pensum von höchstens 75 % erwerbstätig sein können, ein Abzug von rund 10 % anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87; Urteile des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1 mit Hinweisen; 9C_139/2013 vom 26. Juni 2013 E. 3.4.2). Die statistischen Werte für das Jahr 2012 lassen

es jedoch als fraglich erscheinen, ob eine derartige Einbusse ausgewiesen ist (vgl. die Beilage zum IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 22. Oktober 2014 «Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht»). Männer ohne Kaderfunktion mit einem Pensum von mehr als 75 % verdienen gemäss dieser Statistik sogar mehr als vollzeitlich Erwerbstätige, so dass das Pensum von 80 % jedenfalls keinen Grund für einen Abzug bildet. Auch das Alter des Beschwerdeführers von 48 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs (20. April 2015) begründet keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dasselbe gilt hinsichtlich der Nationalität, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 5) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Nach Lage der Akten ist auch nicht von mangelnden Sprachkenntnissen auszugehen, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es besteht somit kein Anlass für einen solchen Abzug.

9.4 Beim Beschwerdeführer besteht somit ein Invaliditätsgrad von 20 %, der nicht zum Bezug einer Rente berechtigt (vgl. E. II. 3 hiervor). Selbst wenn von einem Tabellenlohnabzug von 10 % ausgegangen würde, würde sich an diesem Ergebnis nichts ändern.

10. Die anfangs 2013 durchgeführten Eingliederungsbemühungen (Arbeitstraining) verliefen erfolglos und mussten u.a. wegen der häufigen Absenzen des Beschwerdeführers abgebrochen werden (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Im Rahmen des psychiatrischen Gerichtsgutachtens vom 9. September 2016 hielt Dr. med. F.____ fest (vgl. E. II. 6.16 hiervor), der Beschwerdeführer weise keine Motivation zur Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf. Die gescheiterte Eingliederung wurde zudem auf eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückgeführt (A.S. 103). Daraus ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit zu schliessen. Was konkrete Massnahmen anbelangt, ist zudem nicht ersichtlich, inwiefern sich die psychiatrisch festgestellte Einschränkung in einer anderen Tätigkeit weniger stark auswirken könnte. Einer weiterführenden Umschulung stehen überdies mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Ausbildung verfügt, die Prinzipien der Gleichwertigkeit und der Verhältnismässigkeit entgegen.

11. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 20. April 2015 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen und die Verfügung vom 20. April 2015 zu bestätigen.

12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiervor).

12.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwalt Claude Wyssmann hat am 28. November 2016 bzw. 19. Dezember 2017 (A.S. 120 ff., 134 f.) je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'697.05

(CHF 3'528.05 + CHF 1'169.00) geltend macht. Dabei werden ein Aufwand von 16.91 Stunden (12,61 Std.+ 4,3 Std.) und Auslagen von CHF 290.70 (CHF 240.30 + CHF 50.40) ausgewiesen. Darin ist ein Kanzleiaufwand für neun Klientenbriefe (23. Juni, 12. November 2015, 15. Januar, 6., 9. Mai, 22. Juni, 3. Oktober, 28. November 2016 und 30. August 2017) à je 0,17 Stunden (total: 1,53 Std.) und für fünf Fristerstreckungen von total 1,33 Stunden (16., 29. Oktober 2015, 5. Juli, 3. und 31. Oktober 2016) enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind. Beim Brief an die IV-Stelle, Herr Z.____, vom 21. November 2017 ist nicht ersichtlich, um was es sich dabei gehandelt hat. Daher ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand von 0,33 Std. ebenfalls nicht zu entschädigen. Nach Abzug von insgesamt 3,19 Stunden beträgt der Aufwand noch total 13,72 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung CHF 2'469.60. Was die Auslagen von CHF 290.70 anbelangt, so sind die 167 Kopien (165 + 2 Kopien) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 83.50 auf CHF 207.20. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 von 45.4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen auf total CHF 193.60. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 213.05) auf total CHF 2'876.25, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 740.90 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'617.15), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers ■ von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

12.3 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 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

12.4 Die Kosten für das monodisziplinäre Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 in der Höhe von CHF 4'000.00 hat der Staat Solothurn zu tragen. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. BGE 139 V 396) liegt nicht vor, da die

zusätzlichen Abklärungen erforderlich wurden, um die mit dem erst nach der angefochtenen Verfügung ergangenen Urteil BGE 141 V 281 eingeführte Indikatorenprüfung vornehmen zu können.

12.5 Der Beschwerdeführer hat sich am Morgen der vereinbarten psychiatrischen Begutachtung vom 20. Juni 2016 telefonisch bei der K.____ abgemeldet (vgl. A.S. 71, vgl. E. I. 4 hiervor). Mit Eingabe vom 17. August 2016 (A.S. 78 f.) hat der Vertreter des Beschwerdeführers sodann gesundheitliche Gründe für diese telefonische Abmeldung geltend gemacht. So habe dieser aufgrund seiner Schmerzen viele Tabletten einnehmen müssen und es sei daher ihm angeblich nicht möglich gewesen, den Begutachtungstermin wahrzunehmen. Ein Beleg hierfür wurde indes nicht eingereicht. Die K.____ hat in der Folge bei der Rechnungsstellung (Eingang vom 12. September 2016) für das «Erstellen des monodisziplinären Gutachtens inkl. einmal Nichterscheinen und Labor» von insgesamt CHF 5'500.00 einen Betrag von CHF 1'500.00 für das Nichterscheinen mitberücksichtigt (vgl. Rechnung vom 15. September 2017, A.S. 129). Diese Kosten gehen aufgrund der dem Beschwerdeführer obliegenden Mitwirkungspflicht gemäss Art. 45 Abs. 3 ATSG zu seinen Lasten. Dieses Vorgehen entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach die MEDAS bei Nichterscheinen der versicherten Person zur Begutachtung (sogenannte «no shows») oder ■ wie hier der Fall ■ Annullation des Auftrags weniger als 30 Tage vor dem vereinbarten Termin, pauschal CHF 1'500.00 erhält (BGE 137 V 210 E. 2.1.5 S. 226).

Demnach wird erkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

E. 5

Es sei dem Versicherten vorgängig der Begutachtung der Fragenkatalog des Gerichts zu unterbreiten und es sei ihm gestützt auf Art. 185 Abs. 2 ZPO, BGE 137 V 258, E. 3.4.2.9, und zur Herstellung der Verfahrensfairness nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Prinzip der Waffengleichheit) Gelegenheit zur Einreichung von Ergänzungsfragen zur gutachterlichen Beantwortung zu bieten.

E. 6

In zeitlicher Hinsicht vor der Begutachtung sei die IV-Stelle aufzufordern, berufliche Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen nach den Bestimmungen der Art. 8 f. und Art. 14 ff. IVG durchzuführen (Beweisgegenstand: Gutachterliche Ermöglichung der Beurteilung des Schweregradindikators der E. 4.3.1.2 des Urteils des Bundesgerichts vom

3. Juni 2015, 9C_492/2014).

E. 6.8

hiervor). Im Rahmen des psychiatrischen Gerichtsgutachtens vom 9. September 2016 hielt Dr. med. F.____ fest (vgl. E. II. 6.16 hiervor), der Beschwerdeführer weise keine Motivation zur Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf. Die gescheiterte Eingliederung wurde zudem auf eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückgeführt (A.S. 103). Daraus ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit zu schliessen. Was konkrete Massnahmen anbelangt, ist zudem nicht ersichtlich, inwiefern sich die psychiatrisch festgestellte Einschränkung in einer anderen Tätigkeit weniger stark auswirken könnte. Einer weiterführenden Umschulung stehen überdies mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Ausbildung verfügt, die Prinzipien der Gleichwertigkeit und der Verhältnismässigkeit entgegen. 11. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 20. April 2015 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen und die Verfügung vom 20. April 2015 zu bestätigen. 12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 12.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiervor). 12.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwalt Claude Wyssmann hat am 28. November 2016 bzw. 19. Dezember 2017 (A.S. 120 ff., 134 f.) je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'697.05 (CHF 3'528.05 + CHF 1'169.00) geltend macht. Dabei werden ein Aufwand von 16.91 Stunden (12,61 Std.+ 4,3 Std.) und Auslagen von CHF 290.70 (CHF 240.30 + CHF 50.40) ausgewiesen. Darin ist ein Kanzleiaufwand für neun Klientenbriefe (23. Juni, 12. November 2015, 15. Januar, 6., 9. Mai, 22. Juni, 3. Oktober, 28. November 2016 und 30. August 2017) à je 0,17 Stunden (total: 1,53 Std.) und für fünf Fristerstreckungen von total 1,33 Stunden (16., 29. Oktober 2015, 5. Juli, 3. und 31. Oktober 2016) enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind. Beim Brief an die IV-Stelle, Herr Z.____, vom 21. November 2017 ist nicht ersichtlich, um was es sich dabei gehandelt hat. Daher ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand von 0,33 Std. ebenfalls nicht zu entschädigen. Nach Abzug von insgesamt 3,19 Stunden beträgt der Aufwand noch total 13,72 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung CHF 2'469.60. Was die Auslagen von CHF 290.70 anbelangt, so sind die 167 Kopien (165 + 2 Kopien) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 83.50 auf CHF 207.20. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 von 45.4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen auf total CHF 193.60. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 213.05) auf total CHF 2'876.25, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des

Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 740.90 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'617.15), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

12.3 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

12.4 Die Kosten für das monodisziplinäre Gerichtsgutachten von Dr. med. F. ___ vom 9. September 2016 in der Höhe von CHF 4'000.00 hat der Staat Solothurn zu tragen. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. BGE 139 V 396) liegt nicht vor, da die zusätzlichen Abklärungen erforderlich wurden, um die mit dem erst nach der angefochtenen Verfügung ergangenen Urteil BGE 141 V 281 eingeführte Indikatorenprüfung vornehmen zu können.

12.5 Der Beschwerdeführer hat sich am Morgen der vereinbarten psychiatrischen Begutachtung vom 20. Juni 2016 telefonisch bei der K. ___ abgemeldet (vgl. A.S. 71, vgl. E. I. 4 hiervor). Mit Eingabe vom 17. August 2016 (A.S. 78 f.) hat der Vertreter des Beschwerdeführers sodann gesundheitliche Gründe für diese telefonische Abmeldung geltend gemacht. So habe dieser aufgrund seiner Schmerzen viele Tabletten einnehmen müssen und es sei daher ihm angeblich nicht möglich gewesen, den Begutachtungstermin wahrzunehmen. Ein Beleg hierfür wurde indes nicht eingereicht. Die K. ___ hat in der Folge bei der Rechnungsstellung (Eingang vom 12. September 2016) für das «Erstellen des monodisziplinären Gutachtens inkl. einmal Nichterscheinen und Labor» von insgesamt CHF 5'500.00 einen Betrag von CHF 1'500.00 für das Nichterscheinen mitberücksichtigt (vgl. Rechnung vom 15. September 2017, A.S. 129). Diese Kosten gehen aufgrund der dem Beschwerdeführer obliegenden Mitwirkungspflicht gemäss Art. 45 Abs. 3 ATSG zu seinen Lasten. Dieses Vorgehen entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach die MEDAS bei Nichterscheinen der versicherten Person zur Begutachtung (sogenannte «no shows») oder – wie hier der Fall – Annullation des Auftrags weniger als 30 Tage vor dem vereinbarten Termin, pauschal CHF 1'500.00 erhält (BGE 137 V 210 E. 2.1.5 S. 226).

E. 7

Über die hängigen Anträge sei bei Abweisung mittels anfechtbarer prozessleitender Verfügung zu entscheiden.

E. 8

4.3 Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 (A.S. 56 ff.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, dass das Sistierungsgesuch des Beschwerdeführers gegenstandslos geworden sei, nachdem das Bundesgericht im

Beschwerdeverfahren 8C_599/2014 am 18. Dezember 2015 das Urteil gefällt habe. Die Ausstands- und Ablehnungsgründe gegen den vorgesehenen Gutachter werden abgewiesen und es wird am vorgesehenen Gutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie, festgehalten. Den Parteien wird der Fragenkatalog unterbreitet und Gelegenheit gegeben, allfällige Zusatzfragen zu beantragen. 4.4 Mit Verfügung vom 4. Mai 2016 (A.S. 68 f.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, die Parteien hätten innert Frist keine Ergänzungsfragen vorgebracht. Der Beschwerdeführer wird zudem auf seine Pflicht hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Begutachtung zu unterziehen. Das Auferlegen von Kosten, die durch ein unentschuldigtes Nichterscheinen entstünden, bleibe vorbehalten. 4.5 Der Präsident des Versicherungsgerichts stellt mit Verfügung vom 21. Juni 2016 fest (A.S. 71 f.), dass sich der Beschwerdeführer am Morgen vor der vereinbarten psychiatrischen Begutachtung vom 20. Juni 2016 telefonisch bei der K.____ abgemeldet habe. Es wird ihm daher eine Frist gesetzt, um den Verhinderungsgrund mitzuteilen und mittels entsprechender Dokumente zu belegen. Die K.____ wird zudem gebeten, den Beschwerdeführer erneut für eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.____ anzubieten. Diesbezüglich wird der Beschwerdeführer nochmals auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen. 4.6 Mit Verfügung vom 22. August 2016 (A.S. 80) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, der Beschwerdeführer habe mit Eingabe vom 17. August 2016 (A.S. 78 f.) einen Verhinderungsgrund geltend gemacht, diesen aber nicht durch Dokumente belegt. Über allfällige Rechtsfolgen werde im Endentscheid zu befinden sein. Die Begutachtung finde nunmehr am 29. August 2016 um 09.00 Uhr statt. 5. Das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____, K.____, datiert vom 9. September 2016 (A.S. 81 ff.). 6. Mit Verfügung vom 15. November 2016 (A.S. 118 f.) stellt der Präsident des Versicherungsgerichts fest, dass sich weder die Beschwerdegegnerin noch der Vertreter des Beschwerdeführers zum Gutachten der K.____ vom 9. September 2016 geäußert haben. 7. Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 28. November 2016 eingereichte Kostennote (A.S. 120 ff.) geht mit Verfügung vom 29. November 2016 (A.S. 124) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 8. Mit Verfügung vom 29. August 2017 (A.S. 125 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 19. Dezember 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. 9. Die detaillierte Rechnung der K.____ vom 15. September 2017 (A.S. 129) geht mit Verfügung vom 18. September 2017 (A.S. 130) zur Kenntnisnahme an die Parteien. 10. Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.) gestellte Beweisantrag, wonach der Sohn des Beschwerdeführers (L.____, [...]) als Zeuge zu befragen sei, wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer lässt zwei kantonale Urteile einreichen und an seinen bisherigen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten, wobei er neu die Übernahme der Kosten für das Gerichtsgutachten durch die Beschwerdegegnerin beantragt. 11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Aufgrund der Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder

herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

4. 4.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln,

soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.).

4.5 Für die Beurteilung eines Falls hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. April 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

5. Wie bereits unter E. II. 2 hiervor ausgeführt, ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 20. April 2015 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente bzw. weiterer beruflicher Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat.

6. Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

6.1 Im Bericht vom 28. Oktober 2011 (IV-Nr. 13.4 S. 10 ff.) stellte Dr. med. M. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie, folgende Diagnosen: - Chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom - Rezidivierende depressive Episoden Einerseits seien die fibromyalgischen Schmerzpunkte positiv, so dass von einem fibromyalgischen Schmerzsyndrom ausgegangen werden könne. Die übrigen Weichteile seien nicht sehr druckempfindlich mit Ausnahme der paravertebralen Muskulatur, welche diffus druckempfindlich sei. Manche Aspekte muteten aber auch wie eine Symptomausweitung an. Differenzialdiagnostisch könnte allenfalls an eine polymyalgische Beschwerdeproblematik gedacht werden. Um nichts zu verpassen und dem Beschwerdeführer nicht Unrecht zu tun, seien ein MRI sowie ergänzende Laborkontrollen veranlasst worden. An der Arbeitsunfähigkeit habe er nichts verändert. Zur Schmerzbehandlung werde versuchsweise Tramal eingesetzt. Die genauen

Arbeitsunfähigkeiten würden ihn interessieren. 6.2 Dr. med. M. ___ hielt in seinem Bericht vom 15. November 2011 (IV-Nr. 13.4 S. 5 f.) folgende Diagnosen fest: - Chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom - HLA B27 negativ - Rezidivierende depressive Episoden - Vitamin D-Mangel Oktober 2011 Labormässig fänden sich keine Hinweise für eine polymyalgische Problematik. Es fänden sich auch keine Hinweise für eine Knochenstoffwechselstörung. Es bestehe lediglich ein Vitamin D-Mangel, welcher zu substituieren empfohlen werde. Im MRI fänden sich keinerlei Hinweise auf eine Wirbelsäulenpathologie. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden deshalb als unspezifisch interpretiert. Im Bereich initial habe auch eine gewisse Symptomausweitung bestanden. Eine Arbeitsunfähigkeit habe deshalb funktionell rheumatologisch nicht begründet werden können. Dies habe er dem Beschwerdeführer erklärt. Er empfehle bezüglich des Vitamin D-Spiegels, diesen einmal in zwei Monaten nachzukontrollieren. Mit dem Beschwerdeführer sei besprochen worden, dass eine Arbeitsunfähigkeit nur psychiatrisch zu begründen wäre. Dieser werde sich deshalb bei Dr. med. N. ___ melden, um über die weitere Arbeitsfähigkeit zu diskutieren bzw. um ihn einem entsprechenden Kollegen zuzuweisen. Die Behandlung werde abgeschlossen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit 1. Oktober 2011 50 %. 6.3 Dr. med. N. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, fragte in seinem Überweisungsschreiben vom 21. November 2011 (IV-Nr. 13.4 S. 8 f.) Dr. med. O. ___, Facharzt für Psychotherapie FMH, ob er ihm den Beschwerdeführer mit einem chronischen Schmerzsyndrom sowie einer ausgeprägten depressiven Verstimmung mit seinem ausdrücklichen Einverständnis für eine psychiatrische Behandlung überweisen dürfe. Sein Eindruck sei, dass der Beschwerdeführer mit seinen multiplen Aufgaben und einer mässigen kulturellen Integration überfordert sei und aus diesem Grund mit Rückenschmerzen somatisiere. Primär sei dieser durch Dr. med. M. ___ beurteilt worden. Neben einer medikamentösen Behandlung, die er bereits mit Fluoxetin Mepha eingeleitet habe, scheine eine regelmässige stützende Therapie indiziert zu sein. Er bitte Dr. med. O. ___, den Beschwerdeführer dementsprechend aufzubieten. Zudem wies er folgende Diagnosen aus: - depressive Verstimmung bei multiplen psychosozialen Belastungssituationen (schwierige Arbeitssituation mit körperlicher und seelischer Überforderung, mässig kulturelle Integration, gescheiterte Beziehung mit zwei gemeinsamen Söhnen, erneute Verheiratung) - ad psychotherapeutische Begleittherapie auf Wunsch des Patienten - Status nach depressiven Episoden und akuter Belastungssituation 2001 sowie 2009 - persistierende lumbale Rückenschmerzen bei Flachrücken und leichter Skoliose - zögerlicher Verlauf trotz NSAR / Physiotherapie - radiologisch möglicherweise Pathologie L5/S1 - chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom ohne somatisches Korrelat - Vitamin D-Mangel - nicht dislozierte Nasenfraktur anlässlich Unfalls Dezember 2010 günstiger Verlauf - anamnestisch Migräne - Status nach Appendektomie 2000 - Status nach Hämorrhoidenoperation 1999 Mit Schreiben vom 28. Dezember 2011 (IV-Nr. 13.4 S. 7) hielt Dr. med. O. ___ daraufhin u.a. fest, er werde, um seine Behandlungsneutralität aufrecht erhalten zu können, keine versicherungsmedizinische Beurteilung machen. Die Arbeitsfähigkeit werde weiterhin vom Hausarzt beurteilt. Bei einer längerfristig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit müsse die gesundheitliche Situation von den Vertrauensärzten der zuständigen Versicherung beurteilt werden. 6.4 Im «Arztbericht für die Taggeldversicherung nach VVG» vom 22. August 2012 (IV-Nr. 13.4 S. 2 ff.) hielten med. pract. P. ___, Oberarzt, und med. pract. Q. ___, Assistenzärztin, R. ___, [...], die Diagnosen «Angststörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation / bekannte kulturelle Desintegration» sowie

«Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeit mit impulsiven, narzisstischen Anteilen» fest. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Dies mit einer weiteren ambulanten psychotherapeutischen sowie medikamentösen Therapie. Eine Prognose könne aufgrund der kurzen Behandlungsdauer noch keine vorgenommen werden. Der Beschwerdeführer sei am 14. August eingetreten und am 21. August 2012 auf die Kriseninterventionsstation nach [...] verlegt worden. Während dieser kurzen Behandlungszeit hätten die subjektiven Beschwerden dahingehend objektiviert werden können, dass der Beschwerdeführer während dieser Zeit bedrückt und angespannt gewirkt und sich zurückgezogen verhalten habe. Diesbezüglich sei ihm ein Stimmungsstabilisator (Valproinsäure / Orfiril) verabreicht worden. So habe er sich beruhigen können, sei weniger gereizt und im Kontakt mit Leuten eher differenziert gewesen. Ein Einfluss von psychosozialen bzw. soziokulturellen Belastungsfaktoren wie kulturelle Eigenheiten könne nicht ausgeschlossen werden, aber aufgrund der kurzen Behandlungszeit könnten die Ärzte keine ausführliche Stellungnahme abgeben. Der Beschwerdeführer sei vom 14. bis 21. August 2012 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

6.5 Prof. Dr. med. S.____, Facharzt für Psychotherapie, Psychoanalyse und psychosomatische Medizin, versicherungsmedizinischer Gutachter der B.____, hielt in der «versicherungsmedizinischen Standortbestimmung» vom 12. September 2012 (IV-Nr. 15) fest, beim 44jährigen Beschwerdeführer verhindere seit März 2012 ein psychosomatischer und psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert die volle Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten. Im Mittelpunkt der aktuellen Beschwerden stehe eine inzwischen weitgehend chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eingebettet in verhaltensbeeinträchtigende Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung einerseits (ICD-10 Z60.3) und eine familiäre Belastungssituation andererseits (ICD-10 Z63.0). Zuletzt sei der Beschwerdeführer, der sich seit 2009 wegen anhaltenden Schmerzzuständen und innerer Unruhe, verbunden mit aggressiven Impulsen bei hartnäckiger Schlaflosigkeit, in hausärztlicher Behandlung befunden habe, ab November 2011 auch in psychiatrischer Behandlung (Dr. med. O.____), die bis lege artis in der Frequenz von zwei Sitzungen pro Monat unter Einbezug psychopharmakologischer Medikation fortgesetzt werde. Eine zweiwöchige stationäre Behandlung habe im Anschluss an die missglückte Wiederaufnahme der Arbeit anfangs August ab dem 14. August 2012 im R.____ [...] stattgefunden. In psychiatrischer Hinsicht erscheine der Beschwerdeführer heute hinsichtlich der Impulskontrolle weitgehend stabilisiert. Nach wie vor bestehe aber vor dem Hintergrund seiner akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) eine deutliche Tendenz zur dysfunktionalen Schmerzbewältigung (ICD-10 Z60.8), die in unmittelbarem Zusammenhang mit der bestehenden psychosozialen Belastungssituation (Migrationsproblematik, familiäre Konflikte) zu sehen sei und inzwischen zu einer unbewusst gesteuerten Flucht in die Krankheit geführt habe. Vor dem Hintergrund des inzwischen chronifizierten psychosomatischen Krankheits- und Beschwerdebildes sei aus versicherungsmedizinischer Sicht die hypothetisch zu postulierende Arbeitsfähigkeit eines Versicherten in angepasster Tätigkeit von aktuell 50 % eines Pensums von 100 % nur unter bestimmten Voraussetzungen zu realisieren. Von daher werde aus versicherungsmedizinischer Warte das folgende Vorgehen vorgeschlagen: 1. Eine zeitnah durchzuführende, möglichst stationär erfolgende Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einem [...]. 2. Die Fortsetzung einer eingliederungsorientierten, koordinierten schmerztherapeutisch und

sozialpsychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteten ambulanten Behandlung.

3. Beibehalten des schon begonnenen Case Managements zur Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes des Beschwerdeführers. 4. Einbezug der Beschwerdegegnerin in den beruflichen Integrationsprozess. 6.6 Im Austrittsbericht vom 6. Februar 2013 (IV-Nr. 64 S. 8 ff.) betreffend den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 21. November bis 27. Dezember 2012 sowie vom 7. bis 18. Januar 2013 führten Dr. med. T.____, Oberarzt, und Dr. med. U.____, Psychologin, R.____, [...], die folgenden psychiatrischen Diagnosen auf: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Psychosoziale Belastungssituation (Vaterschaft, Arbeitslosigkeit, Partnerschaft) sowie bekannte kulturelle Desintegration (ICD-10 Z60.3, Z63.0, Z56) - Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) - Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1) Der Patient sei an die Tagesklinik überwiesen worden, weil der ambulante Rahmen hinsichtlich Symptomverstärkung nicht mehr ausgereicht habe. Er sei zum fünften Mal verheiratet. Seine Frau habe vor vier Wochen einen Sohn geboren, sie komme aus Tunesien und fühle sich in der Schweiz nicht wohl. Dies führe zu massiven Spannungen und partnerschaftlichen Konflikten. Seine seit Jahren bestehenden Rückenschmerzen hätten sich unter diesen Bedingungen verstärkt. Es sei ihm zum 31. Oktober 2012 aufgrund von Überlastung und Konflikten am Arbeitsplatz gekündigt worden. Er möchte gerne einen geschützten Arbeitsplatz haben, weil er unter normalen Bedingungen nicht zurechtkomme. Er bezeichne sich als «ein Rebell», bereits als Kind habe er wegen fehlendem Einhalten von Anweisungen Probleme gehabt. Er konsumiere seit 20 Jahren Cannabis (jeweils einen Joint am Abend). Er habe mittlerweile den Wunsch aufzuhören. Der Zustand des Patienten habe sich anfangs schnell stabilisiert, so dass mit Ausschleichen von Orfiril 300 mg und Valium von 2 mg bis auf 0,5 mg habe begonnen werden können. Im Verlauf sei die häusliche Situation aufgrund von Konflikten mit der Primärfamilie, die sich auf die Seite der tunesischen Ehefrau gestellt habe, eskaliert. Der Beschwerdeführer habe körperliche Symptome (Kopf- und Rückenschmerzen) sowie Suizidgedanken entwickelt, habe sich davon vorerst nicht distanzieren können und sei auf die Kriseninterventionsstation verlegt worden. Dort sei Novalgin verschrieben und Valium wieder auf 1 mg aufdosiert worden. Die Reservemedikation mit Prazine sei im Gesamtverlauf beibehalten worden. Der Patient habe sich aufgrund bestehender Konflikte nicht in der Lage gefühlt, auf THC-Konsum zu verzichten. Er habe sich schnell in die Patientengruppe integriert und interessiert am Programm teilgenommen. In der Bewegungstherapie habe er ansatzweise gelernt, sich zu entspannen und freie Bewegung zu geniessen. In der Ergotherapie habe er mit Speckstein und Peddigrohr gearbeitet und einfache Objekte hergestellt. Der Patient habe eine beruhigende, entspannende Wirkung dieser Beschäftigung erlebt. Im Mittelpunkt der Einzelgespräche hätten seine Schuldgefühle der Ehefrau gegenüber sowie die weitere Lebensplanung gestanden. Der Patient habe sich entschieden, sich von der Ehefrau zu trennen, ihr und dem Kind Unterhalt nach Tunesien zu überweisen und zu versuchen, wieder mit seiner zweiten Schweizer Ehefrau zusammen zu kommen. Er habe über positive Erlebnisse und gemeinsame Unternehmungen mit den Söhnen berichtet. Die tunesische Ehefrau sei nach Deutschland zu ihren Verwandten gereist, wo sie gut unterstützt worden sei. Er sei von ihr bei seiner Primärfamilie als ein schlechter Mann dargestellt und ausgeschimpft worden. Dies habe zu einer Symptomverschlechterung mit suizidalen Impulsen geführt. Die Nachricht über seine Hospitalisation habe zu einer Kehrtwende geführt. Seine Verwandten hätten sich bei ihm entschuldigt und auch die Ehefrau habe sich

entschieden, einen gemeinsamen Neuanfang zu versuchen. Auf die partnerschaftlichen Konflikte habe aufgrund mangelnder Deutschkenntnissen der Ehefrau nicht eingegangen werden können. Der Beschwerdeführer habe Krankentaggelder bezogen, die auf den 6. Januar 2013 eingestellt worden seien. Mit Hilfe der Beschwerdegegnerin (berufliche Massnahmen) habe er am 7. Januar 2013 ein 50%iges Arbeitstraining in der C.____ begonnen. Das Arbeitstraining sei für drei Monate mit einer Verlängerungsoption geplant. Der Patient sei mit der Erledigung der vielen Formalitäten und des geplanten Arbeitsbeginns schnell überfordert gewesen. Laut Rückmeldungen aus der C.____ habe er sich trotzdem motiviert und offen gezeigt. Zum «Procedere» führten die Ärzte aus, der Patient habe mit dem Belastungstraining bei der C.____ angefangen. Valium solle ausgeschlichen werden. Es sollten Paargespräche in französischer Sprache stattfinden, da partnerschaftliche Konflikte als Krisenauslöser bestehen blieben.

6.7 Im Rahmen des am 14. Februar 2013 durchgeführten MRI des Neurokraniums (IV-Nr. 64 S. 7) hielt Dr. med. V.____, Leitender Arzt, folgende Befunde / Beurteilung fest: Altersentsprechend unauffällig konfiguriertes Neurokranium; keine posttraumatischen, postentzündlichen oder postischämischen Parenchymdefekte nachweisbar; unauffällige corticomeditulläre Differenzierung; unauffällige Liquorräume; keine intrakranielle Blutung, keine Residuen einer älteren Blutung nachweisbar; keine Ischämie, keine tumorsuspekte Raumforderung bzw. Bluthirnschrankenstörung; Sinus paranasales, Mastoid und Mittelohr reizlos; abgesehen von einer bilateralen fetalen Versorgungsvariante der Arteria cerebri posterior unauffällige Hirnbasisarterien.

6.8 Im Integrationsbericht der C.____ vom 16. Juli 2013 (IV-Nr. 55) betreffend das im Bereich der manuellen Fertigung vom 7. Januar bis 9. August 2013 durch die Beschwerdegegnerin zugesprochene und vorzeitig im Juli 2013 abgebrochene Aufbaustraining von 50 % wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei während 39 Tagen wegen Krankheit / Unfall nicht anwesend gewesen (S. 1). Sein Arbeitstempo sei angemessen gewesen (S. 3). Aufgrund der gesundheitlichen Situation werde ein diesbezüglicher Leistungsdruck als nicht indiziert erachtet. Neben den schmerzbedingten Kurzpausen habe er fleissig gearbeitet. Seine Arbeitsqualität sei gut gewesen. Er habe während des gesamten Produktionsverlaufs pro Tag vier Stunden gearbeitet. Eine Pensumsteigerung sei aus gesundheitlichen Gründen nie in Reichweite gewesen. Seine Leistungsfähigkeit beim 4-Stunden-Pensum sei zwischen 20 % und 40 % gelegen. Ein massgebender Faktor dieser Einstufung sei die vorhandene Inkonzanz gewesen. Es werde geschätzt, dass die Leistungsfähigkeit sowie das Arbeitspensum des Beschwerdeführers erst nach einer allfälligen medizinischen Stabilisierung erhöht werden könnten. Der Beschwerdeführer habe die vorgegebene Tagesstruktur aus gesundheitlichen Gründen oft nicht einhalten können und viele Krankheitsabsenzen gehabt.

6.9 Dr. med. O.____ hielt im Schreiben vom 14. Oktober 2013 (IV-Nr. 63) fest, der Beschwerdeführer habe im Frühjahr 2012 für kurze Zeit in Behandlung gestanden. Zur weiteren Entwicklung seines psychischen Gesundheitszustandes und zu aktuellen Befunden könne er keine Angaben machen.

6.10 Dr. med. N.____ hielt in seinem Bericht vom 23. Oktober 2013 (IV-Nr. 64 S. 5 f.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Psychosoziale Belastungssituation sowie bekannte kulturelle Desintegration (ICD-10 Z60.3, Z63.0, Z56) - Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischem und impulsivem Anteil (ICD-10 Z73.1) Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) - Chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom, HLA B27 negativ - Vitamin D-Mangel Oktober 2011 -

Intermittierende Kopfschmerzen Zusammengefasst leide der Beschwerdeführer seit circa zwei Jahren an intermittierend auftretenden massiven Schmerzen im Bereich des gesamten Rückens, welche sich nicht hätten objektivieren liessen. Weiterhin sei es im Rahmen einer kulturellen Desintegration und einer Mobbingssituation zu einer depressiven Verstimmung bei einer narzisstischen Persönlichkeit mit impulsiven Zügen gekommen, anschliessender Stellenverlust und seitdem persistierende Arbeitsunfähigkeit. Momentan werde versucht, dem Beschwerdeführer im Rahmen des W.____'s zu einer erneuten beruflichen Reintegration zu verhelfen, da er momentan weiterhin aus diesem Grund zu 50 % arbeitsunfähig sei. Die Prognose sei unsicher und es werde eine ergänzende medizinische Begutachtung empfohlen, da mit einem chronifizierten Verlauf gerechnet werden müsse. Als Lagermitarbeiter habe der Beschwerdeführer an starken Wirbelsäulenbeschwerden gelitten, momentan sei er mit einem verminderten Pensum im Rahmen des W.____'s beschäftigt, so dass hierzu keine Aussage gemacht werden könne. Es sollte dem Beschwerdeführer eine körperlich nicht belastende Tätigkeit primär zu 50 % zugemutet werden können, allenfalls wäre diese später auf 100 % steigerbar. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit sei multifaktoriell, v.a. aber im psychischen Bereich sowie der kulturellen Desintegration zu sehen. Der Beschwerdeführer sei sicher auf Hilfe hinsichtlich Berufsberatung / Arbeitsvermittlung angewiesen, dies auch, um einem chronifizierten Verlauf vorzubeugen.

6.11 Dr. med. D.____, RAD, hielt anlässlich seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2014 (IV-Nr. 69 S. 2 f.) folgende versicherungsmedizinische Beurteilung fest: Im Vordergrund stünden beim Beschwerdeführer die psychosoziale Problematik in der Beziehung und familiär und durch die kulturelle Desintegration sowie die somatisch nicht abstützbare Schmerzsymptomatik. Ferner bestehe ein chronischer Cannabiskonsum. Dies seien Diagnosen, die versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten, es sei denn, die Försterkriterien wären erfüllt. Damit sei die in Frage zu stellende rezidivierende depressive Episode von Bedeutung. Der Empfehlung von Dr. med. N.____ entsprechend müsse die Situation durch ein bidisziplinäres rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten geklärt werden.

6.12 Im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens bei der E.____ vom 23. Juni 2014 (IV-Nr. 73.1) führten die beiden Gutachter Dres. med. X.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Y.____, Fachärztin für Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 16): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik - klinisch, labortechnisch, radiologisch und kernspintomographisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen 2. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch und kernspintomographisch unauffälliger Befund 3. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch Chondrose C6/7 4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1) 5. Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden, gegenwärtig abstinent, nach Angaben des Exploranden (ICD-10 F12.1) Die Situation am Bewegungsapparat sei beim Exploranden in der rheumatologischen Untersuchung validiert worden. Dabei zeigten sich klinisch und bildgebend nur sehr geringgradige Befunde. Im

Wesentlichen sei von einem generalisierten unspezifischen multilokulären Schmerzsyndrom zu sprechen. Als besondere Prädilektionsorte könnten das zervikospondylogene und das thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom hervorgehoben werden. Die Befunde seien allerdings derart gering und dadurch niederschwellig, dass insgesamt aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und Limitierungen, bei fehlender relevanter psychosozialer Belastungssituation, einer Schmerzverarbeitungsstörung zuzuordnen. Das Ganze sei vor dem Hintergrund von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen einzuordnen. Auf affektiver Ebene sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, derzeit einer leichten Episode entsprechend. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere eine leicht verminderte Belastbarkeit im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass für leichte bis schwere Tätigkeiten, somatisch ohne Vorgaben, eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden, mit leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Juni 2014 zu bestätigen. Über die Zeit gemittelt könne bei intermittierenden, auch teilstationären Behandlungen wahrscheinlich von der leicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ab November 2012 ausgegangen werden. Eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne jedoch retrospektiv nicht bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne auf die aktuelle Behandlung verwiesen werden. Aus rheumatologischer Sicht wäre ein kräftigendes Trainingsprogramm zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien nicht vorzuschlagen, insbesondere aufgrund der Erfahrungen im Jahr 2013 mit den multiplen Absenzen. Grundsätzlich wäre der Explorand mindestens aus medizinisch-theoretischer Sicht für das W. ___ mit mindestens 80%iger Vermittelbarkeit qualifiziert.

6.13 Dr. med. N. ___ nahm mit Schreiben vom 8. Juli 2014 (IV-Nr. 75) nach Rücksprache mit dem Beschwerdeführer zum Gutachten Stellung. Die aus bidisziplinärer Sicht ausgesprochene 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei unrealistisch. Vor allem aus psychiatrischer Sicht sei höchstens ein 50 % Pensum machbar. Neben dem Trainingsprogramm unterziehe sich der Beschwerdeführer einer psychiatrischen Behandlung, die gemäss Dr. med. N. ___ noch längere Zeit andauere. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus Sicht des Hausarztes zu 50 % arbeitsfähig.

6.14 In der Stellungnahme vom 4. September 2014 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) hielt der Dr. med. D. ___, RAD, zum bidisziplinären Gutachten der E. ___ folgendes fest: Dieses sei nachvollziehbar und schlüssig. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. X. ___ stelle die arbeitsrelevante Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leichte Episode» und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen «Schmerzverarbeitungsstörung», «schädlicher Gebrauch von Cannabis bei aktueller Abstinenz» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge». Die Arbeitsfähigkeit sei um 20 % eingeschränkt, was sicher ab dem Zeitpunkt der Untersuchung gelte. Auf S. 17 werde zudem erklärt, dass von einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich ab November 2012 ausgegangen werden könne. Retrospektiv könne keine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Frau Dr. med. Y. ___ habe den Versicherten aus rheumatologischer Sicht beurteilt. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe sie nicht stellen können. Die von Seiten des Bewegungsapparats angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen fänden nur zum Teil ein morphologisches Korrelat. Der Beschwerdeführer sei für die angestammte Tätigkeit als

Lagermeister 100 % arbeitsfähig. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren lasse sich nicht begründen. Dr. med. N. ___ sei mit der psychiatrischen Beurteilung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden und plädiere für 50 %. Begründen könne er dies jedoch nicht durch entsprechende psychopathologische Befunde, welche die Einschätzung von Dr. med. X. ___ in Frage stellen könnten. Seine Stellungnahme entspreche einer anderen, nicht fachärztlichen Einschätzung des gleichen Zustandes. Aus medizinischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mit 80 % beurteilt. Eine längerdauernde höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht begründen. Dies gelte auch für die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Die Stellungnahme von Dr. med. N. ___ habe keinen Einfluss auf die Beurteilung. 6.15 Der RAD-Arzt Dr. med. D. ___ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 91 S. 2) zur Einsprache des Vertreters des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2015 (A.S. 83 ff.). Mit der Einsprache würden keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht. Die Argumentation, wegen der chronischen Schmerzstörung sei das bidisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten ungenügend und es bedürfe eines polydisziplinären Gutachtens mit einem zusätzlichen Internisten und Orthopäden, entbehre jeder fachlichen medizinischen Begründung: Ein Vitamin D-Mangel sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und problemlos behebbar. Die chronische Schmerzsituation ohne objektivierbare somatische Grundlage sei nicht nur durch Frau Y. ___ rheumatologisch fachkundig gebührend beurteilt worden, sondern gehe schon aus den Vorakten hervor (vgl. RAD-Stellungnahme vom 26. Februar 2014, vgl. E. II. 6.11 hiervor). Die Indikation für eine orthopädische Beurteilung gehe aus keiner einzigen Diagnose hervor. Im Übrigen verfüge die Rheumatologin über ein Fachwissen, das den gesamten Bewegungsapparat umfasse und diesen aus einer viel breiteren Sichtweise beurteilen lasse, als dies der Orthopäde könnte (bspw. würden auch entzündliche Erkrankungen berücksichtigt). Das durchgeführte Gutachten besitze weiterhin Gültigkeit, es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Es könne an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden. 6.16 Im Rahmen des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. F. ___, Facharzt für Psychiatrie, K. ___, vom 9. September 2016 (A.S. 81 ff.) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (A.S. 100): 1. Rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0 [recte: ICD-10 F33.0]) Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 2. Akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) mit emotional instabilen, impulsiven aber auch narzisstischen Zügen 3. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) ohne Nachweis einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung 4. Schädlicher Konsum von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) Der Beschwerdeführer sei in der Lage, die bisherige Tätigkeit in der Grössenordnung von 80 % (integral betrachtet Leistungsfähigkeit / Präsenzzeit) zu verrichten (S. 105). Auch andere, leidensadaptierte Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer im Umfang von 80 % ausüben. Rückblickend betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit nie längerdauernd auf weniger als 80 % abgesunken. Die Prognose sei zweifelhaft, da der Beschwerdeführer keine Veränderungsmotivation, insbesondere keine Motivation zu einer Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufweise. 7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer sowohl somatische (rheumatologische) als auch psychiatrische Diagnosen festgestellt worden sind, wobei die Beeinträchtigungen seines psychischen Gesundheitszustands deutlich überwiegen. So konnte bereits der Rheumatologe Dr. med. M. ___ im Bericht vom 15. November 2011 (vgl. E. II. 6.2 hiervor)

keine Hinweise auf eine Wirbelsäulenpathologie finden und auch im Rahmen des am 14. Februar 2013 durchgeführten MRI des Neurokraniums (vgl. E. II. 6.7 hiavor) wurden unauffällige Befunde ausgewiesen. Dies wurde sodann anlässlich des rheumatologischen Teilgutachtens im Rahmen des Gutachtens der E. ___ vom 23. Juni 2014 bestätigt. So wurde festgehalten, dass sich klinisch und bildgebend nur sehr geringgradige Befunde zeigten und daher aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultierten. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die rheumatologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen beim Beschwerdeführer nicht im Vordergrund stehen. Im Rahmen des durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens bei der E. ___ vom 23. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiavor) – welches in der Folge durch den RAD-Arzt Dr. med. D. ___ in seiner Stellungnahme vom 4. September 2014 als nachvollziehbar und schlüssig qualifiziert wurde (vgl. E. II. 6.14 hiavor) –, hat der psychiatrische Gutachter Dr. med. X. ___ eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) diagnostiziert. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe demgegenüber nicht festgestellt werden können. Der psychiatrische Gutachter ist sodann bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Förster-Kriterien eingegangen und hat diese verneint (IV-Nr. 73 S. 10). Es standen beim Beschwerdeführer somit unklare Beschwerden zur Diskussion. Diesbezüglich ist auf die – zwar nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 20. April 2015 (vgl. E. II. 4.5 hiavor) ergangene, aber für das Versicherungsgericht trotzdem relevante –, neue Rechtsprechung des Bundesgerichts einzugehen: Gemäss BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3). Das Versicherungsgericht hat aufgrund dieser Ausgangslage eine ergänzende Prüfung anhand dieser neuen Indikatoren angeordnet. Denn diese lassen sich allein gestützt auf das Gutachten der E. ___ nicht beurteilen. Da – gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten und dabei insbesondere auch aufgrund des Gutachtens der E. ___ – kein Arzt eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, die allein auf ein somatisches Korrelat zurückzuführen ist, wurde in der Folge bei Dr. med. F. ___ ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt, das vom 9. September 2016 datiert (vgl. E. II. 6.16 hiavor). Ein, wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 6 f.), polydisziplinäres Gutachten, erweist sich aufgrund der vorangegangenen Ausführungen als nicht erforderlich. 8. Wie bereits unter E. II. 4.4 hiavor erwähnt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen (vgl. E. II. 4.3 hiavor) erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen. 8.1 Zu prüfen ist daher nachfolgend, ob das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F. ___ vom 9. September 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiavor) grundsätzlich beweiskräftig ist: 8.1.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. ___ wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E.

II. 4.3 hiervor) gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (A.S. 83 ff.) sowie auf einer Zusammenfassung der medizinischen Vorgeschichte (A.S. 90 f.), womit beim Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden kann. Zudem wurde eine umfassende Exploration durchgeführt (A.S. 91 ff.), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteingeflossen sind. Der Beschwerdeführer liess an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 erstmals beanstanden, dass die Exploration vom 29. August 2016 in deutscher Sprache durchgeführt wurde (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.). Dazu lässt sich dem Gutachten (S. 3) entnehmen, auf Wunsch des Beschwerdeführers (schriftliche Bestätigung) sei die Untersuchung ohne professionelle Übersetzung durchgeführt worden. Aus dem Gutachten, welches eine ausführliche Anamnese enthält, ergeben sich denn auch keine Hinweise darauf, dass eine fachgerechte Exploration wegen Verständigungsproblemen nicht möglich gewesen wäre. Im Gutachten wird angegeben (A.S. 96), der Zeitaufwand für das Gutachten habe 90 Minuten betragen. Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 12. September 2016 (A.S. 109) Gelegenheit geboten, zum Gerichtsgutachten Stellung zu nehmen. Von dieser Möglichkeit machte er auch innert erstreckter Frist und anschliessender Nachfrist bis 10. November 2016 (vgl. A.S. 113 f., 117) keinen Gebrauch. Die vom Beschwerdeführer in der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 erstmals vorgebrachte Behauptung, die Untersuchung habe nur 15 Minuten gedauert (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.) ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar und erscheint auch mit Blick auf die detaillierten Ausführungen, die das Gutachten enthält, als ausgeschlossen. Weitere Abklärungen zur Dauer der Begutachtung, einschliesslich der an der öffentlichen Verhandlung beantragten Zeugeneinvernahme des Sohns des Beschwerdeführers, können aber auch deshalb unterbleiben, weil es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 719/03 vom 17. November 2006; Urteil des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Dies trifft auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. F. ___ zu. Dieses umfasst Untersuchungen auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (A.S. 96 ff.), wobei der Laborbefund der [...] vom 31. August 2016 (A.S. 99) miteinbezogen wurden. Damit beruht das Gutachten im Weiteren auf umfassenden und allseitigen Untersuchungen. Auf das Einholen einer Fremdanamnese verzichtete der Gutachter bewusst, da er dies als nicht notwendig erachtete (A.S. 96), was in seinem Ermessen liegt. Es werden sodann die Diagnosen gestellt und es folgt eine ausführliche Beurteilung, welche sich inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.) orientiert (A.S. 103 ff.). Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So ist die gutachterliche Einschätzung, wonach der seit Jahren betriebene, schädliche Gebrauch von Cannabinoiden als inadäquater Selbstbehandlungsversuch von innerseelischen Spannungszuständen zu interpretieren sei (A.S. 101), nachvollziehbar. Denn der Beschwerdeführer gibt anlässlich der Exploration an, seit 30 Jahren Cannabis zu konsumieren, wobei er abends seit Jahren einen Joint zur Beruhigung rauche (A.S. 93). Die weitere gutachterliche Beurteilung, wonach aktuell allenfalls eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0, A.S. 102) vorliege, erscheint aufgrund der entsprechenden Begründung durch den Experten einleuchtend. So wird festgehalten, die diagnostischen Algorithmen einer leichten depressiven Episode seien aktuell eben gerade erfüllt, wobei einerseits die Minderung in der Fähigkeit, Freude

wahrzunehmen und Interessen zu entwickeln, als ein Kardinalsymptom einer Depression als gerade eben erfüllt angesehen werde und die dysphorische Stimmungslage der depressiven Symptomatik zugerechnet werde (A.S. 101 unten). Somit lägen zwei von drei Kardinalsymptomen vor. Von den akzessorischen, zusätzlichen Symptomen einer Depression lägen eine Appetitminderung, eine Schlafstörung und ein subjektives Klagen über Konzentrationseinschränkungen vor, so dass, auch wenn die Ausprägung der Symptomatik insgesamt eher gering sei, vier bis fünf Symptome einer depressiven Erkrankung erfüllt seien. Es überzeugt in diesem Zusammenhang ferner auch, dass das Vorliegen einer mittelschweren oder gar schweren Depression nicht gegeben sei. Weiter legt der Gutachter in schlüssiger Weise dar, dass die diagnostischen Algorithmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht hinlänglich erfüllt seien (A.S. 102). So mangle es an einer quälend wahrgenommenen, chronischen Schmerzsymptomatik, auch wenn der Beschwerdeführer subjektiv immer wieder auf Schmerzen hinweise. Sein Verhalten in der Explorationssituation, aber auch die Schilderung seiner Alltagsbeschwerden lasse eine vorherrschende Beschwerde durch andauernden schweren und quälenden Schmerz nicht erkennen. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer auf Befragen des Experten betreffend sein jetziges Leiden und Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung (A.S. 91) nicht unmittelbar über Schmerzen spricht, sondern angibt, es gehe ihm nicht besonders gut und dies sodann dahingehend konkretisiert, dass er sich ständig unter Druck fühle, nervös, unruhig, hässig sei, ihm nichts gefalle, er keine Freude habe, ständig gereizt sei und mit seinem Schicksal hadere. Erst später berichtet er von einer Beeinträchtigung durch die Schmerzen hauptsächlich im Nacken- / Schulterbereich sowie Rückenschmerzen im Lumbalbereich, wobei der Schmerzcharakter nicht näher zu beschreiben sei (A.S. 92 oben). Auf der VAS habe er die Schmerzintensität nicht benennen können. Auch in Bezug auf den durch den Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf und die Freizeitgestaltung sind keine wesentlichen schmerzbedingten Einschränkungen erkennbar: So erwache er morgens zu unterschiedlichen Zeiten, nehme zunächst eine Tablette ein und bleibe dann meist noch bis in die Mittagsstunden im Bett. Er sei allein in der Wohnung, da müsse er sich um den Haushalt kümmern, er erledige aber nur das Nötigste. Wenn die Ehefrau zu Hause sei, obliege ihr die Hausarbeit. Kleinere Einkäufe könne er alleine erledigen. Wenn möglich gehe er in Begleitung seiner Söhne oder seiner Ehefrau zum Einkaufen, da er dann weniger in Konflikte gerate. Nachmittags treffe er gelegentlich Kollegen, trinke Kaffee und unterhalte sich am liebsten über Religion, Allah und die Propheten. Er sei auch immer noch an Fussball interessiert und habe lachend über den kürzlichen 6 : 0 Sieg seines Lieblingsclubs berichtet. Er sei früher gerne schwimmen gegangen, habe gerne getaucht, daran habe er jetzt kein Interesse mehr. Erst in Bezug auf das Autofahren kommt er auf die Schmerzen zu sprechen. So sei er im Besitz des Führerausweises, fahre auch gelegentlich Auto, beschränke sich aber auf kurze Strecken. Lange könne er wegen der Schmerzen nicht Autofahren (A.S. 92). Aufgrund dieser Ausführungen sind – wie vom Gutachter formuliert (s. oben) – keine erheblichen schmerzbedingten Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sowohl bei der Bewältigung des Alltags als auch bei der Freizeitgestaltung erkennbar. Daher überzeugen die Einschätzungen des Experten, wonach es einerseits an einer quälend wahrgenommenen, chronischen Schmerzsymptomatik und an einem schwerwiegenden innerseelischen Konflikt in enger Verknüpfung mit der Entwicklung des Schmerzsyndroms mangle (A.S. 102). Der Gutachter hält weiter dafür, dass den zweifelsohne vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren nicht die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad oder

Aufrechterhaltung der Schmerzen zukämen. Es sei vielmehr von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen, welche im Zuge einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung im Rahmen der depressiven Erkrankung vorliege. Zusammenfassend hat der Gutachter die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 eingehend behandelt und sich mit diesen intensiv auseinandergesetzt, wobei er die Ressourcen des Beschwerdeführers bejaht (A.S. 102 ff.). Er hält weiter fest, es gelinge dem Beschwerdeführer offenbar, vor dem Hintergrund früher, defizitärer Sozialisationsbedingungen nicht, stabile Persönlichkeitsstrukturen aufzubauen, so dass sich das Bild einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen und emotional instabilen, impulsiven Zügen entwickle (A.S. 101). Diese Einschätzung ist unter Heranziehung der Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Biographie nachvollziehbar (A.S. 94 f.). So sei er in Tunesien aufgewachsen, habe aufgrund von heftigen Konflikten in der Familie ein Jahr vor der Matura die Schule abgebrochen und sei nach Frankreich gegangen. Dort habe er von 1986 bis 1995 ohne Papiere gelebt und sich mit Hilfsarbeiten durchgeschlagen. 1995 sei er dann in die Schweiz gekommen und habe als Hilfskraft sechs Monate auf einem Bauernhof gearbeitet. Er habe 1996 das erste Mal geheiratet, wobei es um die Aufenthaltserlaubnis in der Schweiz gegangen sei. Aus der zweiten Ehe habe er zwei Söhne, die Trennung sei ein Fehler gewesen, er liebe diese Frau noch immer. Das Verhältnis zu den beiden Söhnen sei gut. Die dritte und vierte Ehe hätten jeweils nicht einmal ein Jahr gehalten, es sei rasch zu Konflikten gekommen. Seit 2009 sei er in der fünften Ehe mit einer aus Tunesien stammenden Frau, sie hätten gemeinsam zwei Kinder (vier- und einjährig). Sie arbeite aktuell nicht und sei in Tunesien. Die recht beengte häusliche Situation in einer Dreieinhalbzimmerwohnung sei angespannt und konfliktbeladen. Innerlich habe er sich schon von der Frau getrennt und erwäge manchmal die Scheidung. Es gebe einen kleinen Freundes- und Bekanntenkreis von etwa drei Personen, wobei er sich mit einem Freund häufig zum gemeinsamen Kaffeetrinken in der eigenen oder in der Wohnung des Freundes treffe. Er vermeide das Aufsuchen eines öffentlichen Kaffees oder eines Kulturvereins, da es ihm dort zu unruhig sei und er dort wiederholt mit Gästen in Konflikt geraten sei. In die Moschee gehe er lediglich noch zum Freitagsgebet und kehre danach möglichst rasch wieder nach Hause zurück, damit er nicht mit anderen in Konflikt gerate. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die weitere gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach das Ausmass einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung nicht erreicht werde, da der Beschwerdeführer noch immer über ein ausreichendes Potential an Impulskontrolle und Frustrationstoleranz verfüge und daher in der Lage sei, sein Verhalten trotz der vermehrt narzisstischen Kränkungen zu steuern (A.S. 101). Dies beleuchtet der Experte sodann anhand der mehrjährigen Integration am Arbeitsplatz in den Jura-Werken, die gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden Persönlichkeitsstörung spreche.

8.1.2 Damit kann dem Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 9. September 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

8.2 Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen geeignet sind, die Beweiskraft des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. F. ___ zu erschüttern:

8.2.1 In Bezug auf die beiden Berichte des Rheumatologen Dr. med. M. ___ vom 28. Oktober und 15. November 2011 (vgl. E. II. 6.1 f. hiervor) kann festgehalten werden, dass sich dieser auf das medizinische Fachgebiet der Rheumatologie spezialisiert hat und daher seiner psychiatrischen Diagnosestellung einer «rezidivierenden depressiven Episode» kaum Beweiswert zukommt. Auf diese sowie auf die ebenfalls durch ihn festgestellte Diagnose eines «chronisch fibromyalgischen Schmerzsyndroms» ging er denn

auch nicht näher ein. Diese erweisen sich daher nicht als nachvollziehbar. Der weiter ausgewiesene Vitamin D-Mangel könne laut dem Rheumatologen substituiert bzw. behandelt werden. Aufgrund dessen vermag die durch ihn – u.a. auch auf der psychiatrischen Diagnose beruhende – geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht zu überzeugen. Der Beweiswert des psychiatrischen Gerichtsgutachtens wird durch die beiden rheumatologischen Berichte nicht eingeschränkt.

8.2.2 Ähnliches gilt auch für die Berichte des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. N.____ vom 21. November 2011, 23. Oktober 2013 und 8. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.3, 6.10, 6.13 hiervor). So handelt es sich bei ihm um einen Facharzt für Allgemeinmedizin, weshalb die durch ihn erfolgten psychiatrischen Diagnosestellungen kaum beweiswertig sind. Es ist zudem auf den durch die Rechtsprechung anerkannten Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.; SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 E. 4.2 je mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C_98/2014 vom 7. Mai 2014 E. 3.1, 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3). Da sich die behandelnden Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen, kann nicht unbesehen auf die drei Berichte von Dr. med. N.____ abgestellt werden. Es kann weiter festgehalten werden, dass der Hausarzt im Bericht vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) den schädlichen Cannabiskonsum des Beschwerdeführers als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einschätzte, was Dr. med. F.____ in seinem psychiatrischen Gerichtsgutachten (vgl. E. II. 6.16 hiervor) bestätigte. Eine Minderung des Beweiswertes des Gerichtsgutachtens ergibt sich aus den Berichten des Hausarztes nicht.

8.2.3 In Bezug auf die beiden Berichte der R.____, [...], vom 22. August 2012 und 6. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.4, 6.6 hiervor) führt Dr. med. F.____ aus, eine zur Behandlung von 2012 führende, «akute Belastungssituation» sei nicht mehr vorhanden (A.S. 104). Diese Darlegung leuchtet ein, da die Ärzte im Bericht vom 22. August 2012 festhielten, der Beschwerdeführer sei ihnen durch Dr. med. N.____ überwiesen worden, weil er «aktuell» mit der Schwangerschaft seiner tunesischen Ehefrau überfordert gewesen sei (IV-Nr. 13.4 S. 2 unten). Diese Belastung wurde sodann im Bericht vom 6. Februar 2013 dahingehend präzisiert, dass eine psychosoziale Belastungssituation durch die Vaterschaft, die Arbeitslosigkeit und die Partnerschaft begründet und eine bekannte kulturelle Desintegration gegeben sei. Bei der in diesem Zusammenhang ausgewiesenen «psychosozialen Belastungssituation sowie bekannten kulturellen Desintegration (ICD-10 Z60.3, Z63.0, Z56)» handelt es sich indes um sogenannte Z-Kodierungen, denen keine invalidisierende Wirkung zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_299/2014 vom 30. März 2015 E. 4.1 unten). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gerichtsgutachter darauf nicht eingegangen ist. Die im Weiteren durch die R.____ ausgewiesene Verdachtsdiagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1) bestätigte Dr. med. F.____ dahingehend, dass er anstelle eines Verdachtes «akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) mit emotional instabilen, impulsiven aber auch narzisstischen Zügen» auswies. Damit stimmen die ärztlichen Einschätzungen diesbezüglich überein. Da der Gerichtsgutachter dieser Diagnose keine Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit beimass und den Berichten der R.____ bis auf die Dauer des stationären Aufenthalts vom 14. bis 21. August 2012 (Krisenintervention) keine Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen sind, ist auch hier kein Widerspruch zwischen den ärztlichen Beurteilungen erkennbar. In Bezug auf die im Austrittsbericht vom 6. Februar 2013 ausgewiesene «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)» (vgl. E. II. 6.6 hiervor) führte Dr. med. F.____ aus, er könne zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode bestätigen, aber die in der Vergangenheit attestierte mittelschwere depressive Episode liege nicht mehr vor (A.S. 104). Gestützt auf diese Ausführungen steht fest, dass die beiden Berichte der R.____, [...], den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen vermögen. 8.2.4 Im sehr kurz ausgefallenen und daher nicht vollumfänglich nachvollziehbaren Bericht des versicherungsmedizinischen Gutachters Dr. med. S.____ vom 12. September 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) wurde eine im Mittelpunkt der aktuellen Beschwerden stehende, weitgehend chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ausgewiesen. Er setzte sich indes nicht näher mit dieser Diagnose auseinander, weshalb sie nicht nachvollziehbar ist. Dr. med. F.____ setzte sich demgegenüber im Rahmen seines psychiatrischen Gerichtsgutachtens mit dieser Diagnose in schlüssiger Weise auseinander und legte in einleuchtender Weise unter Beizug der hierfür erforderlichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 285 dar, weshalb er diese nicht bestätigen könne. Anstelle einer Schmerzstörung sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Aus diesem Grund erscheint die von Dr. med. S.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit nicht plausibel. Der Bericht von Dr. med. S.____ vermag die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen von Dr. med. F.____ nicht zu verkleinern. 8.2.5 In Bezug auf die durch den Psychiater Dr. med. X.____ anlässlich des am 23. Juni 2014 verfassten psychiatrischen Teilgutachtens bei der E.____ (vgl. E. II. 6.12 hiervor, IV-Nr. 73.1 S. 6 ff.) festgestellten Diagnosen besteht mit Dr. med. F.____ Übereinstimmung. So bestätigte Letzterer sowohl das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einer Schmerzverarbeitungsstörung sowie des schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden und von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen. Die beiden Gutachter stimmen denn auch darin überein, dass sich einzig die rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Ausserdem halten die beiden Gutachter in übereinstimmender Weise fest, dass die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt sei. Das psychiatrische Teilgutachten der E.____ stützt somit das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____. 8.2.6 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gerichtsgutachtens von Dr. med. F.____ vom 9. September 2016 nicht zu schmälern vermögen. Daher ist kein Grund zum Abweichen vom Gerichtsgutachten ersichtlich (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Da sich die Parteien im Anschluss an das Gutachten nicht zu diesem geäußert haben (vgl. E. I. 6 hiervor), ist auch nicht auf entsprechende Vorbringen einzugehen. 8.3 Nachfolgend ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2017 einzugehen (vgl. Protokoll, A.S. 131 ff.): 8.3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, bei leichten und mittleren Depressionen habe nach neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts eine Indikatorenprüfung stattzufinden. Dies sei im Gutachten von Dr. med. F.____ nicht erfolgt. Diese Ausführung ist grundsätzlich korrekt. So hat das Bundesgericht in den zur Publikation vorgesehenen Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017 klargestellt, dass auch

affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1). Im vorliegenden Fall hat sich Dr. med. F.____ in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 9. September 2016 mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 intensiv auseinandergesetzt und ist dabei zum Schluss gekommen, dass es sich einzig um eine leichte Ausprägung der depressiven Episode handle. Da es ansonsten aufgrund der vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte für eine längerdauernde intensive psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers gibt – bei Dr. med. O.____ fand anfangs 2012 eine solche statt (vgl. E. II. 6.9 hiervor) – und der Beschwerdeführer zwar gegenüber dem Gutachter Dr. med. F.____ angegeben habe (A.S. 92 unten), er befände sich aktuell bei einem Psychiater in Behandlung, den er bisher dreimal aufgesucht habe und bei dem eine Behandlung in 14 tägigem Rhythmus geplant sei, kann auch hier nicht von einer engmaschigen psychiatrischen Therapiemassnahme gesprochen werden. Die Anwendung der Indikatoren auf das depressive Beschwerdebild führt demnach jedenfalls nicht zur Annahme einer höheren Arbeitsunfähigkeit als derjenigen, welche der Gutachter als gegeben erachtet. Die mit den Urteilen vom 30. November 2017 erfolgte Praxisänderung steht daher einem Abstellen auf das nachvollziehbare und schlüssige Gutachten von Dr. med. F.____ nicht entgegen.

8.3.2 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, der Gutachter Dr. med. F.____ sei nicht auf die Divergenzen zwischen seinen eigenen Einschätzungen und den Feststellungen bzw. der Arbeitsfähigkeit anlässlich des Aufbautrainings bei der C.____ vom Januar bis im Juli 2013 eingegangen. Es kann zunächst festgehalten werden, dass dem Gutachter die entsprechenden Berichte der C.____ vorgelegen haben und er daher von den daraus resultierenden Ergebnissen Kenntnis hatte. So hat er diese bei den Vorakten aufgeführt (A.S. 83 ff.). Es bestand jedoch keine Verpflichtung, sich mit diesen explizit auseinanderzusetzen. Da es im Rahmen des ungefähr fünfmonatigen Aufbautrainings bei der C.____ (vgl. E. II. 6.8 hiervor) zu insgesamt 39 unfall- bzw. krankheitsbedingten Absenzen gekommen ist, stellt sich ohnehin die Frage, inwiefern auf die beim Training erzielten Ergebnisse überhaupt abgestellt werden kann. Dass Dr. med. F.____ die bescheidenen Ergebnisse des Aufbautrainings auf eine Selbstlimitierung zurückführt (A.S. 103), leuchtet mit Blick auf die überwiegend leicht ausgeprägten Befunde, die der Gutachter feststellen konnte, ohne weiteres ein. Wenn im Integrationsbericht der C.____ von einer guten Motivation ausgegangen wird und die Einschränkungen und Schwankungen mit gesundheitlichen Problemen erklärt werden, stellt dies die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens, das in Kenntnis dieser Ausführungen verfasst wurde, nicht in Frage, denn ein Eingliederungsfachmann ist nicht in gleicher Weise wie ein Facharzt kompetent, die Gesundheit eines Versicherten und dessen Beeinträchtigungen in einer beruflichen Tätigkeit in gleichem Masse verlässlich einzuschätzen. Dies gilt noch verstärkt, wenn es um psychiatrische Belange geht. Somit vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

8.3.3 Das Argument des Beschwerdeführers, wonach nicht klar sei, ob sich sein Gesundheitszustand trotz des anhaltenden Cannabiskonsums überhaupt habe umfassend abklären lassen, oder, ob nicht zunächst eine Abstinenz hätte gefordert werden müssen, überzeugt nicht. So war dem Experten Dr. med. F.____ der Cannabiskonsum des Beschwerdeführers bekannt. Dieser ergibt sich zum einen bereits aus den Vorakten und zum anderen gab der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration an, seit über 30 Jahren Cannabis zu rauchen (A.S. 93),

was sich sodann bei den veranlassten Laboruntersuchungen bestätigte (A.S. 99). Der Gutachter war aufgrund seiner Fachkenntnisse zweifellos in der Lage, die Arbeitsfähigkeit trotz dieses Suchtmittelkonsums einzuschätzen. Das Gutachten enthält denn auch keinen entsprechenden Vorbehalt. Dr. med. F. ___ stellte die Diagnose «schädlicher Konsum von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1)», welcher kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Diese gutachterliche Einschätzung wird durch die medizinischen Vorakten gestützt: So stuft bereits der Hausarzt Dr. med. N. ___ den «schädlichen Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1)» im Bericht vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein, was anschliessend im Gutachten der E. ___ vom 23. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) bestätigt wurde, wobei der Beschwerdeführer damals gestützt auf seine eigenen Angaben als abstinent bezeichnet wurde. 8.4 Dem Gerichtsgutachten von Dr. med. F. ___ vom 9. September 2016 ist somit voller Beweiswert zuzusprechen. Es ist damit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gerichtsgutachten auszugehen: Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Lager-Mitarbeiter in der Grössenordnung von 80 % zumutbar. Dies gilt auch für andere, leidensadaptierte Tätigkeiten (ohne besondere Anforderungen an die Konflikt- und Teamfähigkeit, ohne besondere psychische Belastungsfaktoren, wie besonderer Zeitdruck und Tätigkeiten unter Nachtarbeitsbedingungen, A.S. 104 f., 107). Rückblickend betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit nie längerdauernd auf weniger als auf 80 % abgesunken (A.S. 105). 9. Die Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit und damit des Invaliditätsgrades erfolgt durch den Vergleich des Einkommens, das der Versicherte erzielen würde, wenn der versicherte Gesundheitsschaden nicht eingetreten wäre, mit jenem, das er als Invalide erzielen könnte. 9.1 Bei Erwerbstätigen hat der Einkommensvergleich gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Dieses Vorgehen ist auch dann zulässig, wenn eine genaue ziffernmässige Einkommensermittlung an sich zwar möglich wäre, aber einen unverhältnismässig grossen Aufwand erfordern würde, und wenn ferner angenommen werden kann, dass die blosser Schätzung der Einkommen ein ausreichend zuverlässiges Resultat ergibt. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (BGE 104 V 135 E. 2.b S. 136 f.). 9.2 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016 vom 18. April 2017 m.w.H.). Hinsichtlich der Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, die ein Abstellen auf unterschiedliche Tabellenlöhne rechtfertigen. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen. 9.3 Zu beurteilen bleibt die Frage, ob und in welcher Höhe den behinderungsbedingten Lohnnachteilen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch einen Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen ist. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist

der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wurde bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich mit einem Pensum von höchstens 75 % erwerbstätig sein können, ein Abzug von rund 10 % anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87; Urteile des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1 mit Hinweisen; 9C_139/2013 vom 26. Juni 2013 E. 3.4.2). Die statistischen Werte für das Jahr 2012 lassen es jedoch als fraglich erscheinen, ob eine derartige Einbusse ausgewiesen ist (vgl. die Beilage zum IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 22. Oktober 2014 «Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht»). Männer ohne Kaderfunktion mit einem Pensum von mehr als 75 % verdienen gemäss dieser Statistik sogar mehr als vollzeitlich Erwerbstätige, so dass das Pensum von 80 % jedenfalls keinen Grund für einen Abzug bildet. Auch das Alter des Beschwerdeführers von 48 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs (20. April 2015) begründet keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dasselbe gilt hinsichtlich der Nationalität, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 5) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Nach Lage der Akten ist auch nicht von mangelnden Sprachkenntnissen auszugehen, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es besteht somit kein Anlass für einen solchen Abzug. 9.4 Beim Beschwerdeführer besteht somit ein Invaliditätsgrad von 20 %, der nicht zum Bezug einer Rente berechtigt (vgl. E. II. 3 hiervor). Selbst wenn von einem Tabellenlohnabzug von 10 % ausgegangen würde, würde sich an diesem Ergebnis nichts ändern. 10. Die anfangs 2013 durchgeführten Eingliederungsbemühungen (Arbeitstraining) verliefen erfolglos und mussten u.a. wegen der häufigen Absenzen des Beschwerdeführers abgebrochen werden (vgl. E. II.