

SO_GERICHTE VSBES.2015.223 vom 7. Juli 2015

SO Obergericht, 2015-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.223

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.223 du 7 juillet 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.223 del 7 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 7. Juli 2015 sei aufzuheben.

E. 2

a) Dem Beschwerdeführer seien ab wann rechtens die gesetzlichen IVG-Leistungen (weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

E. 3

Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei wegen kurzfristiger Mandatierung und bis heute fehlenden Akten eine Frist von 30 Tagen zur Ergänzung der Beschwerdebegründung anzusetzen.

E. 4

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

E. 5

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

E. 5.6

hiervor). 5.9 Die durchgeführten Untersuchungen der Lendenwirbelsäule mittels MRI und CR vom 29. November 2012 (IV-Nr. 78 S. 10) beurteilte Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Medizinische Radiologie und Neuroradiologie, wie folgt: «Status nach Dekompression L4/5 und L5/S1. Linkskonvexe Skoliose der LWS mit angedeuteter Pseudospondyloanterolisthesis L5/S1. In den Funktionsaufnahmen keine Hinweise auf relevante Instabilität. Osteochondrose L4/5, etwas weniger ausgeprägt L2/3, L3/4 und L5/S1. Auf Höhe L5/S1 finde sich eine links medio-laterale bis foraminal reichende nach cranial luxierte Diskushernie mit möglicher Reizung/leichtgradiger Kompression der S1-Wurzel links im Abgangsbereich und der L5-Wurzel links foraminal. Relative Stenose der Foramina L3-L5. Keine klare Kompression der austretenden Nervenwurzeln. Spondylarthrose der drei untersten lumbalen Etagen mit verdickten Ligamenta flava, epiduraler Lipomatose, resultierender leicht- bis mässiggradiger sekundärer Lumbalstenose L3/4.» 5.10 In der Stellungnahme vom 15. März 2013 (IV-Nr. 48 S. 2 ff.) hielt

med. pract. F.____, praktische Ärztin FMH, RAD, folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest: Während der beruflichen Integration habe sich herausgestellt, dass sich der Beschwerdeführer in einem instabilen gesundheitlichen Zustand befunden habe, der weitere medizinische Abklärungen sowie einen operativen Eingriff nach sich gezogen habe. Der postoperative Verlauf sei im November 2012 als unbefriedigend beurteilt worden, eine erste Beurteilung der Zumutbarkeit sei frühestens sechs Monate postoperativ in Aussicht gestellt worden. Aufgrund der vorliegenden Angaben korrelierten die Schwierigkeiten im Arbeitstraining eindeutig mit der medizinischen Situation. Das heisse, ab 1. März 2012 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4 - S1 am 3. Oktober 2012 bei ausgeprägter Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 mit anhaltenden lumboradikulären Schmerzen links betont - 2005 erstmalig Diskushernie mit leichter Sensibilität im rechten Bein sowie HWS Arthrose: - Gefühlsstörungen in den Fingern und Nackenschmerzen - Status nach Beinverletzung mit Osteomyelitis 1974 Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Status nach Arbeitsunfall am 7. Mai 2001 mit Abscherfraktur des Os naviculare gegenüber os cuneiforme am rechten Fuss, sowie Radiusköpfchenfraktur am rechten Ellbogen mit Arthrotomie am 12. November 2001 - Diabetes II insulinabhängig - Status nach Pancreatitis 2006 und 2007 wegen Gallensteinabgang Ab 1. März 2012 bestehe andauernd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Ressourcen seien fraglich und das Zumutbarkeitsprofil unklar. Seit 2007 sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Logistik/Staplerfahrer aus medizinischer Sicht eingeschränkt (interner Wechsel bei der U.____ zu diesem Zeitpunkt). Ab 2007 bis Februar 2012 sei aus medizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu 100 % gegeben gewesen, ab 1. März 2012 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres, wobei die Dauer noch unbestimmt sei. Möglicherweise seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt. Vorerst sollte nach Ablauf der von PD Dr. med. E.____ angegebenen Mindestdauer von sechs Monaten postoperativ ein Verlaufsbericht mit Bitte um Angabe des Zumutbarkeitsprofils (Extrafrage zu zumutbarem Pensum/Tätigkeit) eingeholt werden. Im Anschluss sei dem RAD eine erneute Vorlage zum weiteren Vorgehen zu unterbreiten.

5.11 Im Bericht vom 19. April 2013 (IV-Nr. 49 S. 4 f.) hielt PD Dr. med. E.____ folgende Diagnosen fest: - Ausgeprägte Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits - Mikrochirurgisch ausgedehnte Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits am 3. Oktober 2012 Der objektive Befund sei bland, da nur eine diskrete diffuse Sensibilitätsstörung am rechten Unterschenkel und Fuss bestehe, aber eine relevante radikuläre Zeichnung oder motorische Ausfälle fehlten. Er habe mit dem Beschwerdeführer länger über die Möglichkeit der Arbeit gesprochen und denke, in einer angepassten Tätigkeit sei ab 1. Mai 2013 eine Teilzeitarbeitsfähigkeit zu 30 % gegeben, wobei der Beschwerdeführer keine rückenungünstigen Arbeiten durchführen könne (Rotation und Bückbewegung) und eine Gewichtslimite von 10 bis 15 kg am Anfang eingehalten werden müsste. Der Beschwerdeführer sei mit der Beschwerdegegnerin in Abklärung, sodass gegebenenfalls der Patient umgeschult werden müsste, wobei die Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt schwierig sei. PD Dr. med. E.____ werde den Beschwerdeführer nochmals im Oktober nachkontrollieren und habe ihn gebeten, ihn im September über den Verlauf zu orientieren, so dass gegebenenfalls neue Abklärungen sinnvoll seien (Funktionsaufnahme und MRI der LWS), wenn der Leidensdruck entsprechend hoch sei. Insgesamt entspreche der Verlauf leider den Erwartungen, da sich das Beschwerdebild nur partiell zurückgebildet habe. 5.12

Im Verlaufsbericht vom 1. Mai 2013 (IV-Nr. 49 S. 1 f.) hielt PD Dr. med. E.____ fest, der Gesundheitszustand sei stationär, die Diagnose habe sich nicht geändert. In Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil und den Verlauf verwies er auf den Bericht vom 19. April 2013 (vgl. E. II. 5.11 hiervor). Die letzte ärztliche Kontrolle habe am 15. April 2013 stattgefunden.

5.13 Im Schreiben vom 1. Juli 2013 (IV-Nr. 49 S. 3) führte PD Dr. med. E.____ aus, aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer als Mitarbeiter Logistik und Staplerfahrer arbeitsunfähig, wobei er den Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht definieren könne. Wahrscheinlich könne der Hausarzt Dr. med. L.____ Auskunft geben. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer per 1. Mai 2013 zu 30 % arbeitsfähig, wobei in Abhängigkeit vom Anforderungsprofil eventuell die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne. Diesbezüglich verweise er auf sein Schreiben vom 19. April 2013 (vgl. E. II. 5.11 hiervor).

5.14 Mit Stellungnahme vom 16. September 2013 (IV-Nr. 51 S. 2) hielt med. pract. F.____, RAD, zur Ergänzung der medizinischen Stellungnahme vom 15. März 2013 (vgl. E. II. 5.10 hiervor) die Diagnose «Status nach mikrochirurgischer Dekompression einer ausgeprägten Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 am 3. Oktober 2012» fest. Es folgte folgende versicherungsmedizinische Beurteilung: Die Kontrolle vom 15. April 2013 ergebe objektiv keine relevanten pathologischen Befunde mehr, insbesondere keine radikuläre Symptomatik. Der Schmerz sei ebenfalls regredient (bei 2 auf einer Skala von 0 - 10). Ab 1. Mai 2013 sei eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert: leicht wechselbelastend, maximales Heben von 10 bis 15 kg, keine Dreh- und Bückbewegungen. Dies kommentierte med. pract. F.____ wie folgt: Die andauernde 70%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nicht belegt. Hingegen werde mit den Kontrollen eine deutliche Verbesserung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, inklusive Schmerzreduktion, beschrieben. Unter diesen Voraussetzungen sollte primär ein nochmaliger beruflicher Integrationsversuch gestartet werden, insbesondere, da der durchgeführte Versuch 2011/2012 unter der zunehmenden gesundheitlichen Symptomatik, welche zur Operation im Oktober 2012 geführt habe, sicherlich erschwert gewesen sei. Aktuell sollte die Motivation des Beschwerdeführers angesichts der stabilisierten medizinischen Situation besser sein. Aus versicherungsmedizinischer Sicht wäre aktuell ein nochmaliges berufliches Aufbautraining und eine berufliche Integration in einem angepassten Arbeitsplatz angezeigt. Beginn mit 30 %, dann langsame Steigerung auf ein volles Arbeitspensum. Es werde dazu eine Rücksprache mit dem RAD nach Beginn der Massnahme (circa nach den ersten drei Monaten) empfohlen. Sollte sich wider Erwarten ergeben, dass der Versicherte weiterhin nicht für berufliche Massnahmen motiviert werden könne, so wäre dann zu diesem Zeitpunkt eine neurochirurgische Begutachtung nötig.

5.15 Im Bericht vom 23. Oktober 2013 (IV-Nr. 56) hielt PD Dr. med. E.____ die folgenden Diagnosen fest: - Ausgeprägte Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits - Mikrochirurgisch ausgedehnte Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits am 3. Oktober 2012 Leider sei im Laufe der Zeit eine Verschlechterung eingetreten, da zunehmend vertebrale Beschwerden bestünden und auch zunehmend eine radikuläre Symptomatik subjektiv vorhanden sei (Gefühlsstörung in den Füßen, radikulärer Schmerz rechter Unterschenkel, ab und zu Parese des rechten Fusses), so dass der Patient ausgiebig medikamentös behandelt werde. In der Rückschau der alten Bilder bestünden erhebliche degenerative Veränderungen der LWS mit praktisch vollständigem Verlust der Bandscheibe L4/5 (erosive Osteochondrose) bei erhaltenem Alignment und genereller Spondylarthrose, so dass dies die Beschwerden zumindest zum Teil erkläre. Im Moment seien die Schmerzen für den Beschwerdeführer einigermassen kontrolliert und er möchte

den Verlauf noch abwarten. Bei anhaltenden Beschwerden bzw. zunehmenden Schmerzen müsste die gesamte Problematik nochmals aufgerollt (neues MRI und Funktionsaufnahme der LWS) und anschliessend definitiv über eine Stabilisation entschieden werden, wobei diese in Anbetracht der Chronizität und Diffusität der Beschwerden sicher nur eine partielle Linderung bringen dürfte. In diesem Sinne habe er den Beschwerdeführer orientiert, der noch zuwarten möchte, auch wenn sich das Beschwerdebild deutlich verschlechtert habe. Er werde den Beschwerdeführer in einem halben Jahr nochmals kontrollieren. 5.16 Im Rahmen der telefonischen Rücksprache mit dem Hausarzt Dr. med. L.____ vom 24. Oktober 2013 von circa 20 Minuten hielt med. pract. F.____, RAD, in der Aktennotiz vom 25. Oktober 2013 (IV-Nr. 58) fest, gemäss Angaben des Hausarztes sei die Verlaufsuntersuchung bei PD Dr. med. E.____ am 23. Oktober 2013 gut verlaufen, d.h. es sei keine ergänzende Bildgebung durchgeführt und nur eine weitere Verlaufskontrolle in sechs Monaten vereinbart worden. Es könne daher bezüglich dem postoperativen Verlauf weiterhin von einem stationären Gesundheitszustand ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer habe selber das Gefühl, in Bezug auf einen neuen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft chancenlos zu sein. Er erwähne dazu einen gesunden Kollegen, der arbeitslos sei, und frage: «Wie soll ich mit meinem Rückenleiden eine Arbeit finden, wenn mein gesunder Kollege arbeitslos sei?». Es sei ihm erklärt worden, dass sein Rückenleiden zur Kenntnis genommen werde, dieses jedoch keine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit belege, dass ihm also aus versicherungsmedizinischer Sicht zumindest eine Teilzeitarbeit in angepasster, leicht wechselbelastender Tätigkeit zumutbar sei. Die Integration erwähne, dass gerade jemand mit einer ähnlichen Situation in die freie Wirtschaft in einem Teilzeitpensum habe vermittelt werden können; dass der Arbeitsmarkt schon nicht rosig aussehe, es aber auch sehr auf seine eigene Motivation ankomme. Es sei ihm zudem erklärt worden, dass er bezüglich beruflicher Tätigkeit nicht auf Schmerzfreiheit warten solle, sondern mit seinen Schmerzen in leidensangepasster Tätigkeit beginnen solle, wie es auch von PD Dr. med. E.____ mit Bericht vom Juli 2013 (vgl. E. II. 5.13 hiavor) erlaubt worden sei. Es habe sich herausgestellt, dass sich der Beschwerdeführer zunehmend weniger bewegt habe und ohne ausserhäusliche Struktur dastehe. Er selber sehe keinen direkten Zusammenhang zwischen diesen sozialen Umständen und dem zunehmenden Schmerz und den, wie er schildere, eher schlechten Zuckerwerten. Dr. med. L.____ werde mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer sich im Gespräch doch bereit erklärt habe, eine Integrationsmassnahme mitzumachen. Er werde mit drei Stunden vormittags in angepasster, leichter bis wechselbelastender Tätigkeit in der C.____ ohne Leistungsdruck starten. Man schaue, wie dies laufe, und nehme evtl. auch wieder Rücksprache mit Dr. med. L.____. Das hochgesteckte Ziel sei die nachhaltige Integration in einen konkreten Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft. Dr. med. L.____ werde den Beschwerdeführer nach Möglichkeit in seiner hausärztlichen Funktion unterstützen. Es sei ein interdisziplinärer Kommunikationsaustausch vereinbart worden. 5.17 Mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2013 (IV-Nr. 57) hielt der Eingliederungsfachmann D.____ fest, nach einem Abklärungsgespräch mit der versicherten Person sowie dem RAD, med. pract. F.____, am 24. Oktober 2013 (vgl. Protokolleintrag vom 24. Oktober 2013) würden die beruflichen Massnahmen erneut aufgenommen. Der Fall könne nochmals in die Berufliche Eingliederung gegeben werden. 5.18 Im Bericht vom 4. November 2013 (IV-Nr. 62) hielt PD Dr. med. E.____ fest, subjektiv hätten die Beschwerden seit der letzten Konsultation deutlich zugenommen und führten jetzt zu einer generellen Einschränkung, so dass zumindest von einer subjektiven Verschlechterung ausgegangen werden müsse. Nichts

desto trotz würde er die Bemühungen für eine Integration in den Arbeitsprozess fortsetzen, wobei dies aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsmarktproblematik schwierig sein dürfte. 5.19 Mit Aktennotiz vom 23. Januar 2014 (IV-Nr. 73) hielt med. pract. F.____, RAD, aufgrund der 13minütigen telefonischen Rücksprache mit dem aktuellen Hausarzt Dr. med. N.____ (nach dem Tod von Dr. med. L.____) fest, er habe diesen über die aktuelle berufliche Integrationsmassnahme in der C.____ informiert. Dieser habe den Beschwerdeführer bisher zweimal 15 Minuten zur Konsultation gesehen (11. Dezember 2013 und 15. Januar 2014). Er habe bisher die 100%ige Arbeitsunfähigkeit verlängert, aber im Bewusstsein, dass der Beschwerdeführer in einer beruflichen Massnahme sei. Med. pract. F.____ habe dem Hausarzt erklärt, dass sie aufgrund der vorliegenden Unterlagen keinen medizinischen Grund sehe, welcher eine andauernde Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit rechtfertige. Zudem habe sie ihm erklärt, dass die beruflichen Massnahmen wegen der vielen Fehltag (seit November 2013 21 Fehltag von 44 Arbeitstagen) abgebrochen würden (14. Februar 2014), wenn sich an der Einstellung des Beschwerdeführers nichts ändere. Dass der Beschwerdeführer im Anschluss begutachtet werde und er nicht sicher mit einer Rentenleistung rechnen könne. Es sei vereinbart worden, dass Dr. med. N.____ den Beschwerdeführer nochmals einbestelle, voraussichtlich nächste Woche, und die Thematik mit ihm bespreche. Der Beschwerdeführer werde sich dann im Anschluss beim Eingliederungsfachmann D.____, berufliche Integration, melden und mitteilen, ob er bereit sei, ohne weitere Fehltag mitzuarbeiten. Wenn ja, wäre dies ein Grund für eine nochmalige Verlängerung, jedoch sollte das Ziel ein Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft in einem Pensum von 80 bis 100 % sein und das Arbeitstraining nicht länger als sechs Monate dauern. 5.20 PD Dr. med. E.____ hielt im Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 74) folgende Diagnosen fest: - Ausgeprägte Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits - Mikrochirurgische ausgedehnte Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits am 3. Oktober 2012 - Progressive Osteochondrose L4/5 - Relative Spinalkanalstenose L3/4 Der Beschwerdeführer leide an anhaltenden lumbalen Beschwerden mit radikulärem Phänomen rechts im Sinne einer Ischialgie mit etablierten diffusen Sensibilitätsstörungen im Bereich beider Unterschenkel und Füsse. Die relative Stenose L3/4 sei seines Erachtens asymptomatisch, da keine Femoralgie angegeben werde und eine neue relevante Kompression auf Höhe L4/5 und L5/S1 fehle. Er würde deshalb diesbezüglich den Verlauf abwarten. Die Rückenschmerzen seien seines Erachtens durch die Kombination aus hochgradiger Osteochondrose L4/5 und Spondylarthrose zu erklären, aber bei erhaltenem Alignment und wahrscheinlich spontaner Fusion des Segments L4/5 sehe er keine Indikation für einen allfällig stabilisierenden Eingriff. Der Beschwerdeführer sei mit dem Zustand zufrieden, da er gehfähig sei und die Schmerzen stabil seien. Aufgrund der subjektiven Schmerzen und hochgradig reduzierter Belastbarkeit sei eine Integration in den Arbeitsprozess schwierig und höchstens teilzeitmässig möglich. 5.21 Im Abschlussbericht vom 6. März 2014 (IV-Nr. 76) hielt der Eingliederungsfachmann D.____ fest, der Beschwerdeführer sehe für sich aufgrund der Schmerzbelastung keine Chance im ersten Arbeitsmarkt. Gemäss dem letzten Bericht von PD Dr. med. E.____ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) sei eine Integration in den Arbeitsprozess aufgrund der subjektiven Schmerzen schwierig und höchstens teilzeitmässig möglich. Der Eingliederungsfachmann beurteilte die Eingliederungsfähigkeit wie folgt: Eine Steigerung des Pensums von zwei Stunden sei während des dreimonatigen Belastbarkeitstrainings nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe während dieser Zeit mindestens einen Tag in der Woche infolge des subjektiven Schmerzempfindens gefehlt. Aufgrund der vielen Ausfälle machten weitere

berufliche Massnahmen derzeit keinen Sinn. 5.22 Im «Arztbericht für Erwachsene» vom 9. April 2014 (IV-Nr. 78 S. 3 ff.) hielt der den Beschwerdeführer seit 11. Dezember 2013 behandelnde Dr. med. N.____, Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - chronifizierte Lumbalgien/Lumboischialgien/Dysästhesien bei - Status nach mikrochirurgisch ausgedehnter Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits, seit 3. Oktober 2012 - progrediente, mehrsegmentale Osteochondrosen L3-S1 - epidurale Lipomatose, mässiggradige sekundäre Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - chronifizierte Zervikobrachialgien mit Dysästhesien unklarer Ätiologie - metabolisches Syndrom, seit 1996 - biliäre Pankreatitis, seit September 2006 - Status nach ERCP, Papillotomie und Konkremententfernung, seit 20. September 2006 - Status nach Cholezystektomie, seit 15. Januar 2007 - Status nach Motorradunfall mit schwerer Unterschenkelverletzung und Osteomyelitis, seit 1976 Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Logistikassistent vom 1. Oktober 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei stationär und es seien berufliche Massnahmen sowie ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt. In Bezug auf die Fragen zur bisherigen Tätigkeit und zu möglichen Eingliederungsmassnahmen (S. 5) hielt Dr. med. N.____ «unbekannt» fest. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar, wobei besonders zu beachten wäre, dass diese kein Heben/Tragen von schweren Lasten, keine Zwangshaltungen und vorzugsweise wechselhaft sitzen-stehend-gehend erfolgen sollten. Solche Tätigkeiten seien im zeitlichen Rahmen von 4 bis 6 Stunden pro Tag zumutbar. Es bestehe in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %. Ein polydisziplinäres Gutachten erscheine sinnvoll. Dr. med. N.____ kenne den Beschwerdeführer erst seit Kurzem (Dezember 2013), nach dem überraschenden Tod seines Hausarztes. 5.23 Mit Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (IV-Nr. 80 S. 2) hielt med. pract. F.____, RAD, fest, aufgrund der vorliegenden Abklärungen und Akten sei aus medizinischer Sicht keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich. Es seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt. Aktuell sei eine neurochirurgische Abklärung zur Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit angezeigt. Ein polydisziplinäres Gutachten, wie vom Hausarzt empfohlen, sei nicht angezeigt, da es sich um ein reines Rückenproblem mit Status nach Operation und danach persistierender Schmerzproblematik handle. Der Hausarzt selbst nenne keine zusätzlichen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, welche eine polydisziplinäre Abklärung rechtfertigen würden. 5.24 Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, hielt im Gutachten vom 20. Juni 2014 (IV-Nr. 89) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 30 f.): - Chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei - LWS-Fehlform/-haltung - degenerativen LWS-Veränderungen (mässiggradige Osteochondrose L3/4 und L5/S1, fortgeschrittene Osteochondrose L4/5, leichtgradige Osteochondrose der übrigen LWS, Spondylarthrose der gesamten LWS mit p.m. L3/4 mit Reizerguss, verdickten Lig. flava und epiduraler Lipomatose, resultierender mässiggradiger sekundärer Einengung des lumbalen Spinalkanals, flache links mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links ohne klare Neurokompression) - Status nach mikrochirurgischer Fensterung, ausgedehnter Rezessotomie L4/5 und L5/S1 beidseits, grosszügiger Dekompression Duralsack L4/5 und L5/S1 bzw. Nervenwurzeln L5 und S1 beidseits
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Zervikales und zervikobrachialgieformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei - HWS-Fehlform/-haltung - degenerativen HWS-Veränderungen (leicht- bis mässiggradige Osteochondrose C4/5,

C5/6 und C6/7, begleitende Spondylose, leichtgradige Spondylarthrose mit gering verdickten Ligg. flava C5/6 und C6/7, flache mediane DH C4/5 und C5/6, links mediolaterale DH C6/7 ohne Neurokompression) - Adipositas - Dekonditionierung Aktuell würden bewegungs- und belastungsabhängig verstärkte lokale lumbale Rückenschmerzen mit Lokalisation im unteren Teil des Rückens, entlang der Oberschenkel- und Unterschenkelrückseite, beinausstrahlende Schmerzen beidseits, eine ausreichende Kraftentfaltung beider Beine, ein reduziertes Gefühlsempfinden im gesamten rechten Bein und ein reduziertes Gefühlsempfinden im linken Fuss, im weiteren Nackenschmerzen, entlang der Oberarm- und Unterarmaussenseite bis in alle Finger armausstrahlende Schmerzen beidseits, rechts > links, eine ausreichende Kraftentfaltung beider Arme, Gefühlsmissempfindungen in allen Fingerspitzen beider Hände, beklagt. Dabei trotz wiederholter dezidiert Fragestellung in allen Angaben und in der Beschwerdedarstellung letztlich inkonsistent und unscharf verbliebener Versicherter, wobei auch gezielt gestellte Fragen nicht oder nur unscharf oder nur ausweichend oder durch nicht auf die Frage bezogene Angaben beantwortet worden seien (S. 31 f.). Aus neurochirurgischer Sicht ergebe sich in der Gesamtschau sämtlicher aktuell objektivierbarer Befunde – in Anlehnung an die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung der AWMF – die folgende Arbeitsfähigkeits-/Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung: Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 10 % begrenzt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 10 % bis maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltung der LWS (vornübergeneigte Tätigkeiten), Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg, limitiert (S. 35). Diese Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von maximal sechs Monaten nach dem operativen Eingriff vom 3. Oktober 2012 (S. 36). Gemäss vorbeschriebenem positivem und negativem Leistungsbild sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Staplerfahrer mit Einschränkungen noch zumutbar, und zwar in einem zeitlichen Rahmen von 4,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 10 % bis maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit. Die körperlichen Beeinträchtigungen würden sich durch medizinische Massnahmen bis zu einem gewissen Umfang vermindern lassen. Aus Sicht des Fachgebietes Neurochirurgie werde zunächst die Durchführung/Fort-führung der konservativen Behandlungsmassnahmen mit bedarfsweiser medikamentöser analgetischer Behandlung, intermittierender krankengymnastischer Übungsbehandlung, flankierenden balneophysikalischen Massnahmen, regelmässig eigentätig durchzuführenden Heimübungen, insbesondere aber auch eine Gewichtsoptimierung zur statischen Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates sowie der gleichzeitigen günstigen Beeinflussung der diabetischen Stoffwechsellage und Verhütung diesbezüglicher Folgekomplikationen/-schäden empfohlen (S. 35 f., 38). Eine anhaltende medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr in der bisherigen Tätigkeit könne seit circa 2012 angenommen werden. Eine exakte insbesondere retrospektive Beurteilung sei anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen und der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers nicht möglich. Die bisherige Tätigkeit als Staplerfahrer sei dem

Beschwerdeführer nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von maximal sechs Monaten nach dem operativen Eingriff im Oktober 2012 im oben erwähnten zeitlichen und leistungsmässigen Rahmen noch zumutbar. Es sei nicht von einer (weiteren) relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. Berufliche Massnahmen seien aus neurochirurgischer Sicht zumutbar. Es spreche nichts gegen die Durchführung solcher Massnahmen. 5.25 Dr. med. N.____, Innere Medizin FMH, nahm am 7. Juli 2014 (IV-Nr. 92) zum neurochirurgischen Gutachten Stellung. Grundsätzlich sei es so, dass der Beschwerdeführer an diversen gesundheitlichen Problemen leide. Die Arbeitsunfähigkeit habe sich aus einem Rückenleiden ergeben, insofern sei es korrekt zur Frage einer allfälligen Berentung nur diesen Teilaspekt gutachterlich beurteilen zu lassen. Insgesamt seien die Schlussfolgerungen der Gutachterin verständlich, korrekt und für den Beschwerdeführer akzeptabel. Immerhin attestiere sie dem Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Staplerfahrer eine Arbeitsunfähigkeit von 55 - 60 % (Arbeitsfähigkeit = 50 % x 0,9 bzw. 0,8). Körperlich leichte Arbeiten ohne Zwangshaltungen, Haltungs-/Positionsmonotonien, repetitive Rotationsbewegungen der LWS sowie Heben/Tragen/Bewegen von Lasten über 10 kg bzw. repetitiv maximal 5 kg seien an fünf Tagen pro Woche in einem Umfang von 8,5 Stunden pro Tag mit einer um 10 % bis 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Hier berücksichtige man, dass der Beschwerdeführer lediglich eine Anlehre in der Schweiz gemacht habe, der deutschen schriftlichen Sprache bzw. eben Schrift kaum mächtig sei und dementsprechend Büroarbeiten nicht wirklich zumutbar seien. 5.26 Med. pract. F.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. September 2014 (IV-Nr. 96 S. 2) folgende Diagnose fest: «Chronisches lumbales und lumboschialgieformes Schmerzsyndrom beidseits, ohne radikuläre Symptomatik, Symptomausweitung». Das eingegangene neurochirurgische Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Es könne auf die Beurteilung im Gutachten abgestellt werden. Die für die angestammte Tätigkeit angegebene Arbeitsunfähigkeit könne ab März 2012 angenommen werden. Die im Gutachten attestierte zumutbare Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit könne ab Oktober 2012 zugemutet werden. Der Hausarzt stimme dem Gutachten vollumfänglich zu. Die damalige Vertretung des Beschwerdeführers meine, die Einschätzung sei nicht realistisch und zitiere einen Auszug aus dem Bericht von PD Dr. med. E.____ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.20 hiervor), wonach der Beschwerdeführer aufgrund seiner Beschwerden höchstens Teilzeit arbeiten könne. Im Zitat gebe PD Dr. med. E.____ ausschliesslich die subjektive Befindlichkeit des Versicherten wieder und erwähne keine entsprechenden pathologischen Befunde, welche diese Einschränkung rechtfertigen würden. Die Tatsache, dass die beruflichen Integrationsmassnahmen gescheitert seien, könne nicht mit einem entsprechenden Gesundheitsschaden begründet werden, sondern liege am Umstand, dass der Versicherte eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung entwickelt habe, welche im Gutachten mit einer Symptomausweitung gewürdigt sei. Es ergäben sich durch den Einwand also keine neuen Gesichtspunkte. 5.27 PD Dr. med. E.____ hielt in seinem Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 104 S. 1 und 4) folgende Diagnosen fest: - Zustand nach Dekompression einer Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits am 3. Oktober 2012 - Progressive Osteochondrose L4/5 - Relative Spinalkanalstenose L3/4 Als Ursache von lumbalen Beschwerden seien die degenerativen Veränderungen der LWS möglich, d.h. einerseits die hochgradige Osteochondrose L4/5 und vor allen Dingen die Spondylarthrose im Segment L3/4. Die Spinalkanalstenose L3/4 sei nur relativ, aber eventuell symptomatisch. Neben der ausgebauten Schmerztherapie könnten selektiv zum Ausschluss

einer relevanten facettogenen Komponente der Beschwerden auf Höhe L3/4 die Gelenke infiltriert werden und in einem zweiten Schritt eine epidurale Infiltration L3/4 durchgeführt werden, um eine claudicative Komponente der Beschwerden auszuschliessen. Andererseits bestehe eine Problematik mit der Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer mit dem Rentenbescheid nicht einverstanden sei. Aufgrund der Schmerzen und der deutlichen degenerativen Veränderungen der LWS seien die Rückenschmerzen glaubhaft und die Schmerzen im Bereich der Beine möglicherweise als Residuum nach Dekompression bei Stenose L4/5 und L5/S1 anzusehen, wobei ein Korrelat für die Gefühlsstörung nicht bestehe. Er empfehle deshalb, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten rückenergonomischen Tätigkeit zu attestieren, so dass er diesbezüglich eine Umschulung, Evaluation der Beschwerdegegnerin, begrüssen würde, da eine Tätigkeit als Lagerist oder Staplerfahrer nicht mehr zumutbar sei. Er hoffe, dass so einerseits die Schmerzen besser kontrolliert und abgeklärt werden könnten, andererseits zumindest eine teilzeitmässige Integration in den Arbeitsprozess möglich werde.

5.28 Aufgrund der CR und MRI-Untersuchungen der Lendenwirbelsäule vom 1. Dezember 2014 hielt Dr. med. M.____ im Bericht vom 2. Dezember 2014 (IV-Nr. 104 S. 2 f.) folgende Beurteilung fest: Status nach Dekompression L5/S1 beidseits mit guter Entlastung des Spinalkanals. Kräftige epidurale Fibrose L5/S1 links mit Tangierung der S1-Wurzel links. Osteochondrose zwischen LWK2 und SWK1. Auf Höhe L5/S1 finde sich eine links mediolaterale/foraminale, gering nach kranial luxierte subligamentäre Diskushernie mit möglicher Reizung der L5-Wurzel links foraminal und der S1-Wurzel links rezessal. Flache dorsomediane, subligamentäre Diskushernie L3/4. Spondylarthrose L3/4 mit verdickten Ligamenta flava, epiduraler Lipomatose und resultierender mässiggradiger sekundärer Lumbalstenose. In der Funktionsaufnahme finde sich eine minime Retrolisthesis auf Höhe L3/4 in Reklination als Zeichen einer Mikroinstabilität. Zeichen der Mikroinstabilität L3/4.

5.29 Med. pract. F.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2015 fest (IV-Nr. 109 S. 2 f.), es sei aufgrund der Begründung im Einwand sowie des medizinischen Berichts von PD Dr. med. E.____ vom 1. Dezember 2014 (vgl. E. II. 5.27 hiervoor) keine andere Arbeitsfähigkeit anzunehmen, als die vom RAD bzw. im Neurochirurgischen Gutachten vom 20. Juni 2014 (vgl. E. II. 5.20 hiervoor) beurteilt. Gemäss Bericht von PD Dr. med. E.____ vom 1. Dezember 2014 bestünden weiterhin keine Hinweise auf eine relevante Nervenwurzelkompression, es bestünden keine Paresen, die angegebene diffuse Gefühlsstörung habe kein entsprechendes somatisches Korrelat. Es finde sich keine erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation. Im Neurochirurgischen Gutachten vom 20. Juni 2014 sei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seitens PD Dr. med. E.____ auf S. 32 ff. mit einer fundierten Auseinandersetzung Rechnung getragen worden. Es würden keine wesentlichen neuen Diagnosen aufgelistet. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig. Es könne am Vorbescheid vom 6. Oktober 2014 (IV-Nr. 99) festgehalten werden, da es sich um einen weitgehend stationären Zustand handle, wonach PD Dr. med. E.____ weiter von 50%iger Arbeitsunfähigkeit ausgehe wie früher, jedoch nicht auf diese Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abgestützt werden könne, da die subjektive Befindlichkeit des Beschwerdeführers mitberücksichtigt werde. Somit müsse/könne an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. G.____ festgehalten werden (s. RAD-Stellungnahme vom 9. September 2014, vgl. E. II. 5.26 hiervoor).

5.30 Im Sprechstundenbericht vom 18. März 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 6) zeigte PD Dr. med. O.____, FMH Anästhesiologie, FA interventionelle Schmerztherapie SSIPM, folgenden Verlauf auf: Die am 18. Januar 2016 durchgeführte

Facettengelenks-Denervation LWK4/5 sowie LWK5/SWK1 mittels Thermokoagulation der sensiblen Gelenksnerven habe soweit zu einer ordentlichen Linderung der Lumbalgien geführt. Es bestünden noch gewisse Restbeschwerden sowohl lumbal wie auch sakrogluteal beidseits, wobei der Beschwerdeführer jedoch im Alltag einigermaßen gut zurechtkomme. Es sei deshalb vereinbart worden, vorerst den weiteren Spontanverlauf abzuwarten. Gemäss publizierter Literatur sei nach 9 bis 16 Monaten mit einer Regeneration der sensiblen Gelenksnerven zu rechnen, wobei der Eingriff bei Wiederauftreten der Schmerzen problemlos und mit derselben Erfolgswahrscheinlichkeit wiederholt werden könnte. 5.31 Dr. med. P.____, Oberärztin Neurologie, und Dr. med. Q.____, Leitender Arzt Neurologie, R.____, Medizinische Klinik, wiesen im Elektrophysiologischen- und Sprechstunden-Bericht vom 8. September 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 4) folgende Diagnosen aus: 1. Chronisches Zervikobrachial-Syndrom rechts-betont (ICD-10 M54.12) sowie klinisch Verdacht auf Thoracic-outlet-Syndrom (TOS) rechts 2. Chronisches Panvertebral-Syndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen - Status nach mikrochirurgischer Dekompression LWK4/5 und LWK5/SWK1 beidseits Oktober 2012 - sekundäre mässiggradige lumbale Spinalkanalstenose Höhe LWK4-SWK1 - diverse interdisziplinäre Abklärungen (u.a. Rheumatologie, Neurochirurgie) erfolgt 3. Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ 2 seit 1996, sekundär Insulin-pflichtig - klinisch und elektrophysiologisch September 2016 periphere Polyneuropathie der oberen und unteren Extremitäten 4. Status nach Motorradunfall 1974 mit schwerem Unterschenkel-Trauma links und Osteomyelitis Zur Beurteilung / zum Procedere wurde folgendes festgehalten: Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden im Nacken-Arm-Bereich sowie im Bereich der unteren Extremitäten seien multifaktoriell bedingt. Klinisch liege ein Zervikobrachial-Syndrom rechts vor, welches vermutlich einerseits auf degenerative HWS-Veränderungen, andererseits auch auf ein Thoracic-outlet-Syndrom zurückzuführen sei; partiell habe auch die elektrophysiologisch nachgewiesene Polyneuropathie einen ungünstigen Einfluss v.a. hinsichtlich Per- und Dysästhesien. Eine Bildgebung der HWS, welche vor circa zwei Jahren extern stattgefunden habe, liege nicht vor. Unter Voraussetzung des Einverständnisses des Hausarztes, würden sie insbesondere zum Ausschluss einer zervikalen Spinalkanalstenose bzw. einer Nervenwurzelkompression C8 rechts ein MRI der HWS im Röntgeninstitut in die Wege leiten. Die chronischen lumbalen Rückenschmerzen mit diffuser Ausstrahlung in den Gesäss- und dorsalen Oberschenkelbereich seien im Rahmen der schweren degenerativen tieflumbalen Wirbelsäulenveränderungen zu interpretieren, die brennenden Dysästhesien distal beidseits in Kombination mit der strumpfförmigen Hypästhesie und deutlicher Pallhypästhesie seien in Zusammenschau mit dem neurographischen Befund mit einer peripheren Polyneuropathie vereinbar. Ätiologisch komme für Letztere die diabetische Stoffwechsellage in Frage; falls nicht kürzlich erfolgt, empfehle sich eine laboranalytische Kontrolle von Vitamin B12 / Erythrozytenfolsäure sowie der Schilddrüsenparameter mit gegebenenfalls grosszügiger Substitution. Therapeutisch ergäben sich aktuell keine Änderungen; allenfalls wäre die Umstellung von peroralem MST auf ein transdermales Opiat (Fentanyl TTS) zu erwägen. Die Physiotherapie sollte fortgeführt werden wie bisher. 5.32 Dr. med. P.____ bestätigt im Neurologischen Sprechstundenbericht vom 3. Oktober 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 5) die bereits im Bericht vom 8. September 2016 ausgewiesenen Diagnosen (vgl. E. II. 5.31 hiavor) und führte aus, in der MR-Untersuchung der HWS hätten sich erfreulicherweise keine Hinweise auf eine Kompression neuraler Strukturen ergeben, insbesondere sei keine Affektion der

Nervenwurzel C8 rechts vorgelegen. Somit seien die vom Patienten geschilderten Beschwerden im Nacken-Arm-Bereich rechts-betont, wie bereits letztmals diskutiert, multifaktoriell bedingt; an dieser Stelle sei auf den Erstbericht vom 8. September 2016 zu verweisen. Therapeutisch wäre allenfalls die Umstellung von peroralem MST auf ein transdermales Opiat (Fentanyl TTS) zu erwägen, sowie die bereits bestehende schmerzmodulierende Medikation (Pregabalin) zu ergänzen mit z.B. Duloxetin (Cymbalta®; Beginn niedrigdosiert mit 30 mg morgens, ggf. nach vier Wochen auf 60 mg morgens steigern), Amitriptylin (Saroten® ret., Beginn niedrigdosiert mit 25 mg abends, ggf. wöchentlich um 25 mg steigern bis 75 - 100 mg abends) oder Mirtazapin (Remeron®, Beginn mit 15 mg abends, ggf. nach ein bis zwei Wochen auf 30 mg abends steigern). Die Physiotherapie sollte wie bisher fortgeführt werden. Es seien keine regulären Kontrollen vorgesehen.

5.33 Im Austrittsbericht vom 12. April 2017 des S.____ (Beschwerdebeilage Nr. 3) wurde in Bezug auf den Einsatz des Beschwerdeführers im Bereich der manuellen Fertigung vom 3. Oktober 2016 bis 31. März 2017 festgehalten, der Beschwerdeführer habe mit einem Pensum von 3 Stunden täglich gestartet und vorwiegend sitzend an verschiedenen manuellen, seriellen Kundenaufträgen gearbeitet. Er habe von Beginn an aus gesundheitlichen Gründen Zusatzpausen einlegen müssen. Zur Entspannung sei er ein paar Schritte gegangen, er habe auf seine Körperhaltung geachtet und im für ihn möglichen Arbeitstempo gearbeitet. Die gewünschte Steigerung des Pensums nach sechs Wochen auf über 3 Stunden sei aus gesundheitlichen Gründen nicht erfolgt. Die Pensumssteigerung sei nochmals anfangs Dezember 2016 und anfangs Januar 2017 thematisiert worden. Zu diesem Zeitpunkt sei keine Besserung seiner Gesundheit eingetreten. Deshalb sei er bei den 3 Stunden Arbeitszeit geblieben. Der Beschwerdeführer habe angegeben, sich nach der Arbeit zu Hause hinzulegen, um sich zu erholen. Er sei vom 7. bis 9. November 2016 und vom 3. bis 6. Januar 2017 krank gewesen. Der als freundlich und angenehme Persönlichkeit beschriebene Beschwerdeführer habe gewissenhaft an den zugeteilten Aufträgen gearbeitet. Seine Leistungsfähigkeit sei unter dem Durchschnitt geblieben. Die Qualität seiner abgegebenen Arbeiten sei zur vollsten Zufriedenheit ausgefallen. Es sei aufgefallen, dass er langsam vorangeschritten sei und hektische Bewegungen vermieden habe.

6. Es ist zunächst auf die durch den Beschwerdeführer vorgebrachten formellen Einwände gegen die Einholung des Neurochirurgischen Gutachtens bei Dr. med. G.____ einzugehen:

6.1 Der Beschwerdeführer stellt sich zum einen auf den Standpunkt, es sei unerfindlich, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt habe (A.S. 9). Denn er leide unter multiplen Beschwerden des Bewegungsapparates. Ein polydisziplinäres Gutachten sei zur Vermeidung der Umgehung des Zufallsprinzips grundsätzlich immer einzuholen. Es kann zunächst festgehalten werden, dass es im vorliegenden Verfahren betreffend die Erstanmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin im Mai 2011 sowohl um die Klärung seiner gesundheitlichen Situation als auch um die ihm (noch) mögliche bzw. zumutbare Arbeitsfähigkeit geht. Die sich in den vorliegenden Akten präsentierenden Arztberichte beinhalten im Wesentlichen Diagnosestellungen, welche sich auf den Rücken des Beschwerdeführers beziehen. Dem entspricht auch der aufgrund einer ausgeprägten Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 erfolgte operative Eingriff vom 3. Oktober 2012 (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Daher ist beim Beschwerdeführer im Wesentlichen von einer seit Jahren bestehenden Rückenproblematik auszugehen. Ausserdem wurde der Beschwerdeführer auch nur vom neurochirurgischen Facharzt Dr. med. E.____ regelmässig behandelt. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ein neurochirurgisches Gutachten eingeholt hat.

So beschäftigt sich die medizinische Fachrichtung der Neurochirurgie mit der Erkennung und mit der operativen Behandlung von Erkrankungen, Fehlbildungen und (Folgen von) Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Hierzu gehören entsprechende Voruntersuchungen, konservative Behandlungsverfahren und die Rehabilitation (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Neurochirurgie>, zuletzt besucht am 6. Dezember 2017). Es finden sich in den vorliegenden medizinischen Akten zudem keine Hinweise auf Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten medizinischen Fachrichtungen der Orthopädie und Rheumatologie (A.S. 10), welche im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens hätten miteinbezogen werden sollen, ist keine Notwendigkeit ersichtlich. In Bezug auf die in diesem Zusammenhang vorgebrachten Kniebeschwerden wird unter E. II. 7.4.2 hiernach eingegangen. Es kann auf die Stellungnahme von med. pract. F. ___ vom 2. Mai 2014 (vgl. E. II. 5.23 hiervor) verwiesen werden, in welcher sie explizit festhielt, dass aktuell eine neurochirurgische Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit und «kein polydisziplinäres Gutachten», wie vom Hausarzt empfohlen, angezeigt sei. Zur Begründung führte sie aus, es handle sich um ein reines Rückenproblem mit Status nach Operation und danach persistierender Schmerzproblematik. Der Hausarzt selbst nenne keine zusätzlichen Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, welche eine polydisziplinäre Abklärung rechtfertigten. Diese Ausführungen vermögen unter Einbezug des Arztberichts des Hausarztes Dr. med. N. ___ vom 9. April 2014 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) einzuleuchten. So wies er als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig «chronifizierte Lumbalgien/Lumboischialgien/Dysästhesien» aus, folglich Diagnosen, die sich allesamt auf den Rücken beziehen. Es kann ferner auf den von Dr. med. N. ___ nach Vorliegen des neurochirurgischen Gutachtens vom 20. Juni 2014 verfassten Bericht vom 7. Juli 2014 hingewiesen werden (vgl. E. II. 5.25 hiervor). Darin hielt er explizit fest, da sich die Arbeitsunfähigkeit aus einem Rückenleiden ergeben habe, sei es korrekt, zur Frage einer allfälligen Berentung nur diesen Teilaspekt gutachterlich zu beurteilen lassen. Es ist folglich davon auszugehen, dass er mit der monodisziplinären neurochirurgischen Begutachtung ebenfalls einverstanden ist. Auch die Gutachterin Dr. med. G. ___ sah keinen Anlass zum Einbezug weiterer medizinischer Disziplinen, ausser einer elektrophysiologischen Messung. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ein monodisziplinäres neurochirurgisches Gutachten hat durchführen lassen. Daran vermag auch das vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift (A.S. 9 unten) ins Feld geführte Urteil des Bundesgerichts 9C_207/2012 vom 3. Juli 2013 (mittlerweile publiziert: BGE 139 V 349) nichts zu ändern. So wird in E. 3.2 ausgeführt, dass in begründeten Fällen von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden könne, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlage; weder dürften weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224) noch dürfe ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Wie oben bereits dargelegt, beschlägt die vorliegende gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers einzig ein medizinisches Fachgebiet, womit sich die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht aufdrängt. Auch der weiteren Argumentation des Beschwerdeführers (A.S. 10), wonach die Beurteilung des Wirbelsäulensyndroms im Schnittbereich zwischen Orthopädie und Rheumatologie liege, kann nicht gefolgt werden. So besagt ein «Wirbelsäulensyndrom»

einzig, dass der Patient Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule hat. Diese können sich als Nacken- oder Rückenschmerzen äussern.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Wirbelsäulensyndrom>, zuletzt besucht am 6. Dezember 2017)

Der Beschwerdeführer vermag daher daraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Es ist ferner nicht ersichtlich, inwiefern das vom Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Dezember 2017 erwähnte Alter des Beschwerdeführers sowie die gescheiterten Eingliederungsversuche mit einer polydisziplinären Abklärung in Zusammenhang stehen sollen. Auf diese ist daher nicht weiter einzugehen. Es kann im Übrigen festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 7. Mai 2014 (vgl. IV-Nr. 82) korrekterweise mitgeteilt hat, dass eine neurochirurgische Abklärung notwendig sei und als Begutachterin Dr. med. G.____ vorgeschlagen hat. Dem Beschwerdeführer wurde gleichzeitig der Fragenkatalog zugestellt (IV-Nr. 81) und eine Frist von zehn Tagen gewährt, innert welcher er Zusatzfragen einreichen und Einwendungen gegen die Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person geltend machen könne. Dieses Vorgehen ist mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze (BGE 137 V 210, 139 V 349 S. 354 E. 5.1) nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer erhob dagegen jedoch keine Einwände und beantragte insbesondere nicht die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens – jedenfalls sind solche Bemühungen in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Es bestand daher für die Beschwerdegegnerin kein Hinderungsgrund für die Durchführung eines neurochirurgischen Gutachtens bei Dr. med. G.____. 6.2 Zusammenfassend laufen damit die formellen Einwände des Beschwerdeführers betreffend das Einholen des neurochirurgischen Gutachtens von Dr. med. G.____ ins Leere. 7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juli 2015 (A.S. 3) zu Recht auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. G.____ vom 20. Juni 2014 (vgl. II. E. 6.24 hiervor) abgestellt hat: 7.1 Das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. G.____ vom 20. Juni 2014 (IV-Nr. 89) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.3 hiervor) grundsätzlich gerecht. So wurde der Beschwerdeführer am 16. Juni 2014 einer ausführlichen Exploration unterzogen, womit auch die durch ihn subjektiv geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind (IV-Nr. 89 S. 13 ff.). Ferner fand am 16. Juni 2014 eine klinische Untersuchung statt, bei der u.a. die objektiven Befunde erhoben wurden (S. 15 ff.). Zudem wurde durch Dr. med. T.____ am 17. Juni 2014 (S. 18 ff.) eine Elektroneurographie durchgeführt. Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Aufführen sämtlicher bereits verfasster Akten seit der Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 31. Mai 2011 in chronologischer Reihenfolge (S. 3 ff.) und dem zusätzlich angeforderten/nachträglich eingegangenen Operationsbericht vom 3. Oktober 2012 (S. 12), kann bei Dr. med. G.____ von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden. Weiter legt sie in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise die von ihr gestellten Diagnosen dar, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führt Dr. med. G.____ aus, es habe anlässlich der neurochirurgischen Untersuchung zur Begutachtung ein chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom beidseits diagnostiziert werden können. Dabei hätten in der klinischen Untersuchung eine als schmerzhaft angegebene LWS-Beweglichkeit, wie im Untersuchungsbefund beschrieben, und, abgesehen von den beschriebenen Reflexauffälligkeiten, keine manifesten motorischen Ausfallerscheinungen festgestellt werden können (S. 33). Diese Darlegungen sind zum einen aufgrund der durch

den Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration beklagten, aktuell bewegungs- und belastungsabhängig verstärkten, lokalen lumbalen Rückenschmerzen mit Lokalisation im unteren Teil des Rückens, entlang der Ober- und Unterschenkelrückseite beinausstrahlende Schmerzen beidseits (S. 15), nachvollziehbar. Diese Schmerzbeschreibungen konnten sodann bei der Untersuchung nicht umfassend objektiviert werden (S. 16): So wurde beim neurochirurgisch-neurologischen Befund unter dem Titel «Koordination» festgehalten, bei der Verhaltensbeobachtung seien ein normales psychomotorisches Tempo sowie eine unauffällige bzw. nicht erkennbar eingeschränkte spontane Beweglichkeit zu erkennen. Ausserdem wurden eine lockere unauffällige Sitzhaltung mit nur seltenen Positionswechseln während des Untersuchungsgesprächs beschrieben und ein zügiges und problemloses Absitzen und Erheben vom Stuhl sowie ein flüssiges, gut koordiniertes und mit harmonischen Bewegungen erfolgreiches Aus- und Ankleiden mit zum Teil Beachtung rückenergonomischer Verhaltensweisen beobachtet (S. 17). Weiter wurden die Sitztoleranz mit 60 bis 90 Minuten, die Stehtoleranz mit 10 bis 20 Minuten und die Gehrtoleranz mit 20 Minuten beziffert (S. 17). Es überzeugt in diesem Zusammenhang, wenn Dr. med. G.____ ausführt, die im Untersuchungsbefund detailliert beschriebene, schmerzhaft angegebene LWS-Beweglichkeit korrespondiere nicht mit der in den Röntgen-Funktionsaufnahmen abgebildeten normalen Beweglichkeit (S. 34 f.). Aufgrund der weiteren Darlegungen der Expertin, wonach die beschriebenen Befunde der bildgebenden Diagnostik, hier die epidurale Fibrose mit Untermauerung der Nervenwurzel S1 links, Irritationen der vorgenannten Nervenwurzel, nicht jedoch die vom Beschwerdeführer auch rechtsseitig angegebenen Beschwerden erklären könnten (S. 35), erscheint plausibel, dass ihrer Ansicht nach das für das gesamte Bein angegebene reduzierte Berührungsempfinden im Sinne einer Symptomausweitung gewertet werden müsse. Diese Ausführungen erscheinen auch deshalb schlüssig, weil bei der konventionellen Röntgenuntersuchung der LWS und deren Funktion sowie beim MRI der LWS am 16. Juni 2016 eine in den Funktionsaufnahmen «normale Beweglichkeit» und keine Anhaltspunkte für eine Instabilität festgestellt worden sind (S. 18). Dr. med. G.____ hält sodann in schlüssiger Weise dafür, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen körperlichen Beeinträchtigungen im Sinne zervikaler und zervikobrachialgieformer Beschwerden beidseits sowie das formal neurographisch nachgewiesene Sulcus ulnaris-Syndrom rechts mit Verweis bzw. in Kenntnis der Gesamtschau der diesbezüglich erhobenen aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde, der Befunde der bildgebenden Diagnostik nicht die lineare Übertragung derselben in eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Störung, keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in anderen Tätigkeiten begründbar machten (S. 35). Diese Einschätzung scheint auch unter Heranziehung des elektrophysiologischen Untersuchungsbefunds vom 17. Juni 2014 von Dr. med. T.____ plausibel. So konnten die durch den Beschwerdeführer beklagten Taubheitsgefühle im gesamten rechten Bein und im «halben» linken Fuss sowie das Ameisenlaufen in allen Fingerspitzen beider Hände (S. 15) anlässlich der elektroneurographischen Untersuchungen nicht objektiviert werden. Es wurde zudem unter anderem folgendes festgehalten: In der elektromyographischen Untersuchung im Bereich der oberen Extremitäten normale Befunde für den N. medianus beidseits und den N. ulnaris links (normale distale motorische und sensible Nervengeschwindigkeiten sowie Amplituden der motorischen Antwort- und sensiblen Summenpotenziale), somit keine Anhaltspunkte für ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, für die F-Antworten (Reflexuntersuchungen) Normalbefund, somit keine Anhaltspunkte für eine relevante proximale Nervenläsion (Wurzel/Plexus), bei über dem

Ellenbogen für den N. ulnaris rechts signifikant verzögerter fraktionierter motorischer Nervenleitgeschwindigkeit formal der Befund für ein Sulcus-ulnaris (Kubitaltunnel-)Syndrom, im Bereich der unteren Extremitäten bei technisch schwierigen Untersuchungsbedingungen mit nicht verwertbaren Amplituden der motorischen Antwort- und sensiblen Summenpotenziale altersentsprechend normwertige motorische Nervenleitgeschwindigkeiten für den N. peroneus beidseits und mit der Oberflächenneurographie für den N. suralis rechts eine normwertige sensible Nervenleitgeschwindigkeit, somit keine Anhaltspunkte für eine Polyneuropathie und in der Elektromyographie in allen untersuchten Muskeln beidseits (M. tibialis anterior beidseits, M. gastrocnemius Caput mediale beidseits und M. vastus lateralis links) sehr gering ausgeprägte Zeichen eines chronisch neurogenen Umbaus, keine Hinweise für eine relevante oder akute oder subakute oder auch frühere motorische Nervenwurzelkompression. Gestützt auf diese Feststellungen leuchtet sodann auch die Darlegung ein, dass sich im Eindruck der klinischen Untersuchung, dies nicht zuletzt auch mit Hinweis auf die letztlich inkonsistente und unscharfe Beschwerdedarstellung, Anhaltspunkte für eine subjektiv quantitative Ausgestaltung bzw. dysfunktionale Überzeugungen ergäben (S. 34). Diese Darlegungen stimmen mit den in Bezug auf das Verhalten des Beschwerdeführers angegebenen Beobachtungen überein, wonach dieser trotz wiederholter dezidierter Fragestellung in der Beschwerdedarstellung inkonsistent und unscharf verblieben sei (S. 15, unten). Da im Allgemeinbefund bei einer Körpergröße von 187 cm unter anderem ein Körpergewicht von 130 kg angegeben wird (S. 16), vermag ferner einzuleuchten, dass Dr. med. G. ___ zur statischen Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates und der gleichzeitigen günstigen Beeinflussung der diabetischen Stoffwechsellage und Verhütung diesbezüglicher Folgekomplikationen oder -schäden eine Gewichtsoptimierung empfiehlt (S. 38). Damit kann dem neurochirurgischen Gutachten vom 20. Juni 2014 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden. 7.2

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vor dem Gutachten von Dr. med. G. ___ vom 20. Juni 2014 bereits verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen. 7.2.1 Es ist im Wesentlichen auf die Berichte des behandelnden Neurochirurgen PD Dr. med. E. ___ einzugehen, wobei augenfällig ist, dass diese beim Beschwerdeführer persistierende Schmerzen im Bereich des Rückens dokumentieren, welche indes auch durch den operativen Eingriff vom 3. Oktober 2012 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) keine wesentliche Besserung erfahren haben. So führte PD Dr. med. E. ___ zwar im Bericht vom 10. Oktober 2012 und somit unmittelbar nach der Operation, aus, der Verlauf sei insoweit erfreulich, als die claudicativen Schmerzen aktuell nicht mehr angegeben würden und die lumbalen Beschwerden eher regressiv seien. Bereits bei der Nachkontrolle am 19. November 2012 wurde aber von ausgeprägten Sensibilitätsstörungen gesprochen (vgl. E. II. 5.6 hiervor), in deren Zusammenhang PD Dr. med. E. ___ auch auf die schwierige Situation des Beschwerdeführers mit Arbeitslosigkeit, IV-Verfahren etc. aufmerksam machte. Im Bericht vom 19. April 2013 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) wies der behandelnde Neurochirurg sodann einen blanden objektiven Befund aus, da betreffend die diskrete diffuse Sensibilitätsstörung am rechten Unterschenkel und Fuss eine relevante radikuläre Zeichnung oder motorische Ausfälle fehlen würden. Diese Einschätzung ist mit den im Rahmen der neurochirurgischen Begutachtung vom 20. Juni 2014 (vgl. E. II. 5.24 hiervor) festgestellten Befunden zu vereinbaren. So konnten auch hier im Bereich der unteren Extremitäten weder Hinweise für eine relevante radikuläre Läsion und in den L4/5 und L5/S1 versorgten Muskeln beiderseits nur sehr geringe Zeichen eines chronisch neurogenen Umbaus und keine Hinweise für eine

relevante akute, subakute oder auch frühere motorische Nervenwurzelkompression (vgl. IV-Nr. 89 S. 30 unten) nachgewiesen werden. Die im Bericht vom 23. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) aufgrund der im Laufe der Zeit eingetretenen Verschlechterung und ausgiebigen medikamentösen Behandlung des Beschwerdeführers durch PD Dr. med. E.____ aufgeworfene Möglichkeit einer «Stabilisation» verneinte dieser später im Bericht vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) wieder, da die Rückenschmerzen durch die Kombination aus hochgradiger Osteochondrose L4/5 und Spondylarthrose zu erklären seien, er aber bei erhaltenem Alignement und wahrscheinlich spontaner Fusion des Segments L4/5 keine Indikation für einen allfällig stabilisierenden Eingriff sehe. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer mit dem Zustand zufrieden sei, da er gehfähig sei und die Schmerzen stabil seien. Die im selben Bericht neu diagnostizierte progressive Osteochondrose L4/5 und die relative Spinalkanalstenose L3/4 konnten im Rahmen des Gutachtens vom 20. Juni 2014 bestätigt werden. So hielt Dr. med. G.____ sowohl eine «fortgeschrittene Osteochondrose L4/5» sowie eine aus der Spondylarthrose der gesamten LWS mit Reizerguss, verdicktem Ligg. flava und epiduraler Lipomatose, resultierende «mässiggradige sekundäre Einengung des lumbalen Spinalkanals» fest. In Bezug auf die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit kann sodann festgehalten werden, dass sich die beiden Neurochirurgen dahingehend einig sind, dass dem Beschwerdeführer die «bisherige Tätigkeit» seit circa 2012 nicht mehr zu 100 % zumutbar sei (vgl. E. II. 5.22 und 5.24 hiervor). Die beiden Ärzte gehen indes diesbezüglich von einer unterschiedlichen Tätigkeit aus. So bezeichnet PD Dr. med. E.____ die Tätigkeit als Logistikassistent und Dr. med. G.____ diejenige als Staplerfahrer (vgl. dazu IV-Nr. 89 S. 35 oben) als die «bisherige Tätigkeit». Damit lassen sich ihre diesbezüglichen Einschätzungen nicht unmittelbar miteinander vergleichen. Dr. med. G.____ nimmt im Weiteren zum Bericht von PD Dr. med. E.____ vom 9. April 2014 Stellung (IV-Nr. 89 S. 25 Mitte), indem sie darauf hinweist, dass die Beurteilung im Arztbericht vom April 2014, wonach dem Beschwerdeführer andere Tätigkeiten in einem Rahmen von vier bis sechs Stunden pro Tag bei dabei bestehender 50 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar seien, aus neurochirurgischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Diese Einschätzung wird durch die Ausführungen von med. pract. F.____ in den Stellungnahmen vom 9. September 2014 sowie 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 5.26, 5.29 hiervor) gestützt. Darin wird im Wesentlichen dargelegt, es handle sich beim Beschwerdeführer um einen weitgehend stationären Zustand und die Einschätzungen von PD Dr. med. E.____ betreffend eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit berücksichtigten auch die subjektive Befindlichkeit des Beschwerdeführers, weshalb an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. G.____ festgehalten werden müsse. Diese berücksichtige die subjektive Befindlichkeit des Beschwerdeführers nämlich im Sinne einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung, welche im Gutachten mit einer Symptomausweitung gewürdigt werde. Diese Ausführungen sind korrekt. Ihnen kann gefolgt werden. Es kann zudem darauf hingewiesen werden, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Daher verfolgen deren Berichte nicht primär 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 gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Die Berichte des behandelnden Neurochirurgen PD Dr. med. E.____ vermögen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. G.____ nicht zu verringern. 7.2.2 Med. pract. F.____ hielt bereits im Bericht vom 16. September 2013 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) fest, bei der Kontrolle vom 15. April 2013 hätten sich objektiv keine relevanten

pathologischen Befunde mehr ergeben, insbesondere keine radikuläre Situation. Dies bestätigte sich sodann – wie bereits oben, unter E. II. 7.2.1 hiervor ausgeführt – auch anlässlich der im Rahmen des Gutachtens vom 20. Juni 2014 durchgeführten Untersuchungen. Aufgrund der stabilisierten medizinischen Situation befürwortete med. pract. F.____ im Bericht vom April 2013 die Durchführung eines nochmaligen beruflichen Aufbautrainings, wobei mit 30 % zu beginnen und dann langsam auf ein volles Arbeitspensum zu steigern sei. Zudem hielt sie fest, sofern beim Beschwerdeführer keine Motivation festgestellt werden könne, sollte eine Begutachtung durchgeführt werden. Da im dreimonatigen Arbeitsversuch keine Steigerung des Pensums von zwei Stunden erreicht werden konnte und der Beschwerdeführer während mindestens einem Tag in der Woche aufgrund des subjektiven Schmerzempfindens gefehlt habe (vgl. E. II. 5.21 hiervor), erstaunt nicht, dass med. pract. F.____ mit Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (vgl. E. II. 5.24 hiervor) die Durchführung einer neurochirurgischen Abklärung empfahl. Sie stellte zudem bereits mit Stellungnahme vom 9. September 2014 (vgl. E. II. 5.26 hiervor) auf das neurochirurgische Gutachten vom 20. Juni 2014 ab, was sie dann auch mit Stellungnahme vom 5. Januar 2015 bestätigte (vgl. E. II. 5.29 hiervor). Demzufolge stimmen die Beurteilungen der beiden Ärztinnen für die Zeit ab April 2013 überein. Allerdings geht med. pract. F.____ davon aus, die von der Gutachterin umschriebene Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei bereits ab dem im Oktober 2012 vorgenommenen operativen Eingriff anzunehmen. Demgegenüber attestiert die Gutachterin Dr. med. G.____ diese Arbeitsfähigkeit erst nach einer Rekonvaleszenzzeit von höchstens sechs Monaten nach der Operation vom 3. Oktober 2012 (vgl. E. II.

E. 5.24

am Ende hiervor). Da med. pract. F.____ ihre Einschätzung nicht begründet, rechtfertigt diese keine Abweichung vom Gutachten. 7.3 Es ist nachfolgend auf die nach dem Gutachten vom 20. Juni 2014 verfassten Berichte einzugehen und zu prüfen, ob diese den Beweiswert des neurochirurgischen Gutachtens von Dr. med. G.____ allenfalls zu vermindern vermögen. 7.3.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. N.____ hielt im Bericht vom 7. Juli 2014 fest (vgl. E. II. 5.25 hiervor), insgesamt seien die Schlussfolgerungen der Gutachterin verständlich, korrekt und für den Beschwerdeführer akzeptabel. Es werde dem Beschwerdeführer «immerhin» eine Arbeitsunfähigkeit von 55 - 60 % im angestammten Beruf als Staplerfahrer attestiert. Entsprechende Einschätzungen ergeben sich aus der Stellungnahme von med. pract. F.____ vom 9. September 2014 (vgl. dazu E. II. 8.2.2 hiervor). Dabei verwies sie auch auf die Zustimmung des Hausarztes zum Gutachten. Da das Gutachten folglich sowohl durch med. pract. F.____ als auch durch den Hausarzt Dr. med. N.____ gestützt wird, ist den entsprechenden Berichten keine Einschränkung des Beweiswertes desselben zu entnehmen. 7.3.2 Einzugehen ist auf den Bericht vom 1. Dezember 2014 (vgl. E. II. 5.27 hiervor), in dem sich PD Dr. med. E.____ zwar nicht explizit mit dem Gutachten vom 20. Juni 2014 auseinandersetzte. Er stützte sich bei seinen Ausführungen auf die durchgeführten, bildgebenden Untersuchungen vom 1. Dezember 2014 (CR und MRI der LWS, vgl. E. II. 5.28 hiervor). Dabei bleiben seine Ausführungen relativ vage. So bezeichnete er als Ursache von lumbalen Beschwerden degenerative Veränderungen in generell-abstrakter Weise als «möglich» und führte weiter aus, neben einer ausgebauten Schmerztherapie «könnten» selektiv zum Ausschluss einer relevanten facetogenen Komponente der Beschwerden auf Höhe L3/4 die Gelenke infiltrierte werden und in einem zweiten Schritt eine epidurale Infiltration L3/4 durchgeführt werden, um eine claudicative Komponente der

Beschwerden auszuschliessen. Es ist aufgrund dieser Formulierungen davon auszugehen, dass diese von PD Dr. med. E. ___ ins Feld geführten medizinischen Massnahmen im Sinne von Infiltrationen primär dem Ausschliessen der nicht sicher zuordenbaren Schmerzen dienen. So gab er in Bezug auf die Durchführung dieser beiden infiltrativen Verfahren weder eine Empfehlung ab noch qualifizierte er diese als unabdingbare Voraussetzung, damit der Beschwerdeführer ins Arbeitsleben zurückfinden könne. Schliesslich empfahl er vielmehr das Attestieren einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten rückenergonomischen Tätigkeit. Unter diesen Umständen vermag einzuleuchten, dass med. pract. F. ___ mit Stellungnahme vom 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 5.29 hiervor) überzeugend darlegte, es bestünden gemäss Bericht von PD Dr. med. E. ___ keine Hinweise auf eine relevante Nervenwurzelkompression, keine Paresen und die angegebene diffuse Gefühlsstörung habe kein entsprechendes somatisches Korrelat. Somit seien weitere medizinische Abklärungen nicht notwendig und es könne an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. G. ___ festgehalten werden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 37) hat die Beschwerdegegnerin den RAD somit zur Beurteilung von PD Dr. med. E. ___ Stellung nehmen lassen. Es kann daher in diesem Zusammenhang nicht von einer unvollständigen Sachverhaltsfeststellung im Sinne von Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG ausgegangen werden. Dies gilt im Übrigen auch für die vom Beschwerdeführer hervorgehobenen, anlässlich der bildgebenden Verfahren vom 1. Dezember 2014 festgestellten Befunde einer minimalen Retrolisthesis (Wirbelgleiten) auf Höhe L3/4 in Reklination als Zeichen einer Mikroinstabilität. So kann darauf hingewiesen werden, dass auch der behandelnde Neurochirurg in seinem Bericht vom 2. Dezember 2014 auf diese Befunde nicht näher eingegangen ist (vgl. E. II. 5.27 hiervor). Insgesamt stehen die Befunde von PD Dr. med. E. ___ im Bericht vom 2. Dezember 2014 denjenigen im Gutachten nicht entgegen. 7.3.3 Es ist auf die anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Dezember 2017 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten medizinischen Berichte (vgl. E. II. 5.30 ff. hiervor) einzugehen. Im vorliegenden Fall ist der Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2015 relevant (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Die Berichte des R. ___ datieren vom 8. September bzw. 3. Oktober 2016 (vgl. E. II. 5.31 f. hiervor) und wurden somit erst circa 14 Monate nach Erlass der hier massgebenden Verfügung verfasst. Aus ihnen lassen sich keine relevanten Rückschlüsse auf die damaligen Verhältnisse ableiten. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf den Bericht von PD Dr. med. O. ___ vom 18. März 2016 (vgl. E. II.

E. 5.30

hiervor). So vermag der in diesem Bericht beschriebene «Verlauf» das Gutachten weder inhaltlich noch zeitlich in Frage zu stellen. Denn diesem ungefähr acht Monate nach der Verfügung vom 7. Juli 2015 verfassten Bericht sind keine wesentlichen Veränderungen zu entnehmen. Folglich vermögen die an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Dezember 2017 eingereichten medizinischen Berichte die Ausführungen und Diagnosestellungen im Gutachten nicht in Frage zu stellen. 7.3.4 Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. G. ___ vom 20. Juni 2014 (vgl. E. II. 5.24 hiervor) durch die in zeitlicher Hinsicht danach verfassten medizinischen Berichte nicht geschmälert wird. 7.4 Nachfolgend ist auf die gegen das Gutachten von Dr. med. G. ___ vom 20. Juni 2014 gerichteten inhaltlichen Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: 7.4.1 Das Argument, es widerspreche den Mitwirkungs- und Teilnahmerechten gemäss BGE 137 V 210, dass Dr. med. G. ___ im Rahmen ihres Gutachtensauftrags den Neurologen Dr. med. T. ___ mit der Durchführung

elektrophysiologischer Untersuchungen sowie mit einer Stellungnahme aus neurologisch-fachärztlicher Sicht beauftragt habe, erweist sich als nicht stichhaltig. So kann aus dem erwähnten BGE 137 V 210 kein entsprechendes Vorgehen abgeleitet werden. Es bleibt vielmehr der beauftragten Gutachterperson überlassen und damit unbenommen, im Rahmen des ihr erteilten Gutachtensauftrags, bei der Ausarbeitung des Gutachtens weitere Hilfspersonen, die unter der Anleitung und Aufsicht der Gutachterperson stehen, für allenfalls notwendige Hilfsarbeiten miteinzubeziehen. Die Verantwortung für das Gutachten liegt jedoch auch in solchen Fällen beim beauftragten Gutachter. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass Dr. med. G. ___ im Rahmen des ihr durch die Beschwerdegegnerin erteilten neurochirurgischen Gutachtenauftrags aufgrund der erst im Zeitpunkt der Exploration als notwendig erachteten zusätzlichen elektrophysiologischen Abklärungen Dr. med. T. ___ mit einer elektrophysiologischen Untersuchung beauftragt und dessen Befunde in ihre gutachterliche Einschätzung miteinbezogen hat. Dieser verfügt als Spezialarzt für Neurologie über die Fachkenntnisse, welche für die Durchführung einer elektrophysiologischen Untersuchung nötig sind. Diese Untersuchung erschien – wie bereits unter E. II. 7.1 hiervor ausgeführt – sodann auch notwendig, um die vom Beschwerdeführer beklagten sensiblen Störungen abzuklären. Der Beschwerdeführer macht auch nicht geltend, gegen Dr. med. T. ___ bestünden personenbezogenen Ausstandsgründe, welche er wegen des durch die Gutachterin gewählten Vorgehens nicht habe vorbringen können. 7.4.2 Der Beschwerdeführer beanstandet weiter, die Gutachterin habe sich nicht mit der Knieproblematik auseinandergesetzt (A.S. 38). Es ist jedoch nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, inwiefern eine entsprechende gutachterliche Auseinandersetzung erforderlich gewesen wäre. So ist aufgrund der vorliegenden Arztberichte davon auszugehen, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden hauptsächlich auf seinen Rücken beziehen (vgl. E. II. 7.1 hiervor). So stellte der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. N. ___ in seinen Berichten vom 9. April 2014 und 7. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.22, 5.26 hiervor) keine Diagnose betreffend die Knie und die RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (vgl. E. II. 5.23 hiervor) fest, es handle sich um ein «reines Rückenproblem» mit Status nach Operation und danach persistierender Schmerzproblematik. Ferner beklagte der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration bei Dr. med. G. ___ bezüglich den aktuellen Beschwerden keine Schmerzen im Bereich der Knie (vgl. IV-Nr. 98 S. 15). Für eine Auseinandersetzung mit Beschwerden an den Knien bestanden somit keine Anhaltspunkte. 7.4.3 Betreffend das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich die Gutachterin nicht mit Berichten der ergebnisorientierten beruflichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin auseinandergesetzt habe (A.S. 38 f.), kann festgehalten werden, dass diese im Rahmen der Zusammenstellung der medizinischen Akten im Gutachten aufgeführt sind und daher davon ausgegangen werden kann, dass Dr. med. G. ___ die entsprechenden Berichte zur Kenntnis genommen hat. Da der Beschwerdeführer indes nicht darlegt, inwieweit eine entsprechende Auseinandersetzung mit diesen notwendig bzw. zielführend gewesen wäre und es zudem in der Beurteilung und im Ermessen der jeweiligen Gutachterperson liegt, inwieweit nichtmedizinische Akten eine substantiierte Auseinandersetzung erfordern, erweist sich dieses Vorbringen als nicht weiterführend. Der Beschwerdeführer kann daraus nichts für sich ableiten. 7.4.4 Ferner hält der Beschwerdeführer dafür, aufgrund der durch Dr. med. G. ___ festgestellten Inkohärenzen zwischen objektivierten medizinischen Befunden und den durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Sinne einer Symptomausweitung müsse den Gründen hierzu

nachgegangen werden (A.S. 39). Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. So kann darauf hingewiesen werden, dass Dr. med. G.____ im Rahmen ihres Gutachtens weder entsprechende Diagnosen ausgewiesen noch weitere Abklärungen betreffend diese Inkohärenzen empfohlen hat und die vom Beschwerdeführer diesbezüglich ins Feld geführte Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 vorliegend nicht greift, da beim Beschwerdeführer keine hierzu erforderliche Diagnosestellung erfolgt ist. So bestehen aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten – wie bereits unter 8.1 hiervor dargelegt – keine Anhaltspunkte, die auf eine Beeinträchtigung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) hinweisen würden.

7.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl die übrigen medizinischen Berichte als auch die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. G.____ vom 20. Juni 2014 nicht zu schmälern vermögen und diesem daher voller Beweiswert zuzusprechen ist.

8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf die Berechnung des Invaliditätsgrades von 23 % (A.S. 2) einzugehen und zu prüfen, ob diese korrekt ist:

8.1 8.1.1 Wie bereits in E. II. 7.5 hiervor ausgeführt, kommt dem Gutachten von Dr. med. G.____ vom 20. Juni 2014 voller Beweiswert zu. Es kann daher auch auf die darin attestierte Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit seit circa 2012 zu 20 % oder mehr arbeitsunfähig ist (IV-Nr. 89 S. 36). Im zeitlichen Verlauf sei eine exaktere, insbesondere retrospektive Arbeits(un)fähigkeits-Beurteilung anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen und der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers nicht möglich. Die bisherige Tätigkeit als Staplerfahrer sei dem Beschwerdeführer nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von maximal sechs Monaten nach dem operativen Eingriff im Oktober 2012 mit Einschränkungen noch zumutbar und zwar in einem zeitlichen Rahmen von 4,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 10 % bis maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 10 % begrenzt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei um 10 % bis maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltung der LWS (vornübergeneigte Tätigkeiten), Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg limitiert. Gestützt auf diese gutachterlichen Einschätzungen ist somit vom 3. Oktober 2012 für sechs Monate von einer vollen Arbeitsunfähigkeit und nach dem operativen Eingriff vom 3. Oktober 2012 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) – somit ab 3. April 2013 – von einer vollen Arbeitsfähigkeit (bei um 10 – 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit) in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Es stellt sich die Frage, wie es sich in Bezug auf den Zeitraum vor der Operation vom 3. Oktober 2012 verhält: Diesbezüglich beurteilte die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ den Beschwerdeführer ab 1. März 2012 als zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. E. II. 5.10 hiervor). Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf die Einschätzungen des damaligen Hausarztes des Beschwerdeführers Dr.

med. L.____, der den Beschwerdeführer mit Arztzeugnis vom 6. März 2012 ab 1. März 2012 zu 0 % arbeitsfähig schrieb (IV-Nr. 28; vgl. auch undatiertes Arztzeugnis, Eingang bei Beschwerdegegnerin: 27. März 2012, IV-Nr. 31). Die Beurteilung von Dr. med. F.____ ist daher nachvollziehbar. Sie wird gestützt durch die Bemerkung des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. E.____, seit der ersten Konsultation vom 16. Juli 2012 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II. 5.8 hiervor). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer bereits ab 1. März 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

8.1.2 Es ist somit zusammenfassend für die Zeitspanne vom 1. März 2012 bis 3. April 2013 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab dem 3. April 2013 war der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 10 - 20 % arbeitsunfähig (im Sinne einer verminderten Leistung bei vollem Pensum). Somit hat er nach Ablauf des Wartjahres (Beginn: 1. März 2012, Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – folglich ab 1. März 2013 – Anspruch auf eine ganze Rente. Da sich die Verhältnisse ab dem 3. April 2013 erheblich verändert präsentieren, hat im Zeitpunkt vom 3. April 2013 eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades stattzufinden (vgl. E. II. 8.3.1 hiernach). Darauf ist nachfolgend einzugehen.

8.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 142 V 178, 129 V 222 mit Hinweis) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

8.2.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. Im Vordergrund stehen dabei die Werte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE). In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die versicherte Person verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 und 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2).

8.2.2 Gemäss den vorliegenden Akten besuchte der Beschwerdeführer von 1966 bis 1975 die Ecole Primaire [...] (Frankreich). Nach der Grundschule fehlte das Geld für eine Ausbildung. Als 17-jähriger kam der Beschwerdeführer in die Schweiz und arbeitete vom 3. August 1978 bis 31. August 2011 bei der U.____ als Logistikkassistent (vgl. IV-Nrn. 6 S. 1, 9, 24). Dem Arbeitgeberfragebogen der U.____ vom 22. Juni 2011 (IV-Nr. 9) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit einigen Jahren ausschliesslich im Speditionsbüro eingesetzt worden sei, da körperlich belastende Arbeiten für ihn nicht mehr ausführbar seien. Zudem sei er aus gesundheitlichen Gründen immer wieder längere Zeit ausgefallen (IV-Nr. 9 S. 6). Das Arbeitsverhältnis sei durch den Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst worden (IV-Nr. 9 S. 1). Entsprechende Angaben machte der Beschwerdeführer auch anlässlich des Intake-Gesprächs vom 8. Juni 2011 (IV-Nr. 6), wobei er bestätigte, im Jahr 2007 aus gesundheitlichen Gründen in eine andere Abteilung umplatziert worden zu sein. Die Arbeit als Staplerfahrer habe er nicht mehr machen können. Er habe nur noch leichtere Arbeiten in der Logistik gemacht. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer ab 30. Juni

2011 zunächst ein Job- und Bewerbungscoaching beim B.____ (vgl. IV-Nrn. 15, 22, 26, 34) zu und gewährte ihm anschliessend vom 27. Februar bis 23. Mai 2012 ein Aufbautraining bei der C.____ (IV-Nr. 27, 32). Dieses wurde aufgrund der subjektiven Schmerzbelastung des Beschwerdeführers abgebrochen (vgl. IV-Nr. 37). Am 11. November 2013 begann sodann ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining bei der C.____ (IV-Nr. 66), in dessen Rahmen der Beschwerdeführer das Pensum nicht über zwei Stunden täglich steigern konnte (vgl. Abschlussbericht vom 6. März 2014, IV-Nr. 76). Zudem war er wegen des subjektiven Schmerzempfindens während mindestens eines Tages pro Woche abwesend, weshalb weitere berufliche Massnahmen als nicht sinnvoll qualifiziert wurden.

8.2.3 Da der Beschwerdeführer seine letzte Arbeitsstelle als Staplerfahrer bzw. – nach der internen Umplatzierung – als Logistikassistent aus wirtschaftlichen Gründen (Betriebsschliessung) verlor und seit August 2011 nicht mehr gearbeitet hat, ist – wie von der Beschwerdegegnerin korrekt vorgenommen – wegen Fehlens von aussagekräftigen konkreten Anhaltspunkten bezüglich des letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohns auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, hierbei auf den Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik von 2012 abzustellen (A.S. 2), erweist sich gestützt auf die Darlegungen unter E. II. 9.1 hiervor als korrekt. Dies wird durch den Beschwerdeführer zu Recht auch nicht beanstandet.

8.2.4 Die LSE-Tabelle 2012 unterteilt die Berufsgruppen neu nicht mehr in Anforderungsniveaus, sondern in Kompetenzniveaus, wobei das Kompetenzniveau 1 dem Anforderungsniveau 4 bis zur LSE 2010 entspricht (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 22. Oktober 2014; BGE 142 V 178 E. 5.2.1 S. 184). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juli 2015 (A.S. 2) auf den Tabellenlohn der LSE 2012 «TA1_tirage_skill_level» und die Ziff. 16 - 18 «Herst. v. Holzwaren u. Papier; Druckerzeugnisse» abgestellt. Dies erscheint vorliegend beim Beschwerdeführer im Hinblick auf seine langjährige Tätigkeit bei der U.____ korrekt und ist nicht zu beanstanden. Weiter scheint es gerechtfertigt, das Niveau 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahr-dienst») heranzuziehen. Zusammenfassend ist folglich auf die LSE 2012, TA1_Tirage_skill_level, Niveau 2, Männer, abzustellen und damit auf einen monatlichen Bruttolohn von CHF 5'790.00. Dieser ist auf das Jahr hochzurechnen (x 12) sowie an die Wochenstunden (: 40 x 41,5) und den Nominallohnindex 2012 - 2013 (: 101,5 x 102,1) anzupassen, was bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ein Valideneinkommen von gerundet CHF 72'512.00 ergibt.

8.3 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen – wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt erkannt hat (A.S. 2) – ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

8.3.1 Wie bereits unter E. II. 8.1.3 hiervor dargelegt, bestand beim Beschwerdeführer ab 1. März 2012 bis zum 3. April 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Folglich hatte er unter Berücksichtigung des Wartejahres ab 1. März 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Da ab 3. April 2013 von einer verbesserten Situation auszugehen ist, hat auf diesen Zeitpunkt hin eine neue Berechnung des IV-Grades zu erfolgen.

8.3.2 Die Beschwerdegegnerin ist mit Verfügung vom 7. Juli

2015 (A.S. 2) vom monatlichen Bruttolohn für Männer gemäss LSE 2012 «TA1_tirage_skill_level», 2012, Niveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Männer, von CHF 5'210.00 ausgegangen und hat diesen auf 40 Wochenstunden beruhenden Betrag anschliessend auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr hochgerechnet und an den Nominallohnindex 2012 - 2013 (: 101,8 x 102,6) angepasst. Dieses Vorgehen ist korrekt. Aufgrund der durch die neurochirurgische Gutachterin Dr. med. G. ___ attestierten Leistungseinschränkung von 10 - 20 % (vgl. E. II. 9.3.1 hiervor) ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin hierbei vom durchschnittlichen Mittelwert von 15 % ausgegangen ist. Somit beträgt das Invalideneinkommen gerundet CHF 55'836.00. Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach das sog. Kompetenzniveau 1 gemäss neuer LSE 2012 nicht dem Arbeitsmarkt entspreche, für welchen er geeignet erscheine (A.S. 10), kann nicht gefolgt werden. Dieses Vorbringen wird auch nicht substantiiert begründet. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

8.3.3 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) 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 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Nach der Rechtsprechung 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). Obschon der Beschwerdeführer keine Lehre absolviert hat (vgl. E. II. 8.2.2 hiervor), sind vorliegend keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass er wegen mangelnder Berufserfahrung bloss eine «schlechte Anfängerentlohnung» erwarten könnte, zumal er bereits mehrjährige Berufserfahrungen im Bereich der Logistik sammeln konnte. Auch das vom Beschwerdeführer weiter vorgebrachte Argument, wonach er sich mit 54 Jahren bereits im fortgeschrittenen Alter befinde (A.S. 10), vermag keinen Tabellenlohnabzug zu begründen. So lag im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 7. Juli 2015 noch eine 11-jährige berufliche Aktivitätsdauer vor ihm, weshalb sich das Alter nicht auf die Lohnhöhe auswirken dürfte. Es rechtfertigt sich vorliegend aufgrund der Einschränkungen bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit (körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere wechselbelastende Arbeiten, ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltung der LWS [vornübergeneigte Tätigkeiten], Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg limitiert.) ein leidensbedingter Abzug von 10 %. Da sonst keine Anhaltspunkte für eine Kürzung ersichtlich sind (weder in Bezug auf die Nationalität [der Beschwerdeführer ist Schweizer, vgl. IV-Nr. 3] noch in Bezug auf mangelnde Sprachkenntnisse [so musste im Gutachten von Dr. med. G. ___ jedenfalls kein Dolmetscher beigezogen werden,

IV-Nr. 89]), beträgt das Invalideneinkommen somit CHF 50'252.40. 8.4 Bei einem Valideneinkommen von CHF 72'512.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 50'252.40 resultiert für den Zeitpunkt vom 3. April 2013 eine Erwerbseinbusse von CHF 22'259.60 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 31 %. Dieser begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 3 hiervor). 8.5 Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab 1. März 2013 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat. Da sich der Invaliditätsgrad ab 3. April 2013 auf 31 % reduziert hat, besteht – unter Berücksichtigung der Frist von drei Monaten (Art. 88a IVV) – ab 31. Juli 2013 kein entsprechender Anspruch mehr. Folglich steht dem Beschwerdeführer vom 1. März 2013 bis am 31. Juli 2013 eine ganze IV-Rente zu. 8.6 Bei einem errechneten IV-Grad von gerundet 31 % bestünde grundsätzlich die Möglichkeit für berufliche Massnahmen im Sinne einer «Umschulung» (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Voraussetzung hierzu bildet jedoch auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit. Aus den vorliegenden Akten geht dazu Folgendes hervor: Es ist einzig dem «Bericht Assessment» des H.____ vom 28. November 2011 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) ein sehr hohes Motivationspotenzial des Beschwerdeführers zu entnehmen. Bei den nachfolgend durchgeführten Eingliederungsmassnahmen ist die Motivation des Beschwerdeführers für den hier zu beurteilenden Zeitraum (bis zur Verfügung vom 7. Juli 2015, vgl. E. II. 4.4 hiervor) als fraglich zu beurteilen. So hielt bereits der Eingliederungsfachmann D.____ im Abschlussbericht vom 20. Juli 2012 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) fest, der Wunsch des Beschwerdeführers habe von «ich möchte wieder 100 % arbeiten» zu «ich kann gar nicht mehr arbeiten» gewechselt. Dem Beschwerdeführer war es denn auch nicht möglich, seine Präsenzzeit beim dreimonatigen Belastbarkeitstraining anfangs 2014 auf mehr als zwei Stunden täglich zu steigern (vgl. E. II. 5.19, 5.21 hiervor). Als Grund wurde das subjektive Schmerzempfinden des Beschwerdeführers angegeben. In diesem Sinn führte die RAD-Ärztin med. pract. F.____ in ihrer Stellungnahme vom 9. September 2014 (vgl. E. II. 5.26 hiervor) auch aus, das Scheitern der beruflichen Integrationsmassnahmen könne nicht mit einem entsprechenden Gesundheitsschaden begründet werden, sondern liege am Umstand, dass der Beschwerdeführer eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung entwickelt habe. Somit lässt sich beim Beschwerdeführer innerhalb des zu beurteilenden Zeitraums – bis am 7. Juli 2015 – die subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Diese Einschätzung wird durch den an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Dezember 2017 eingereichten Austrittsbericht des S.____ vom 12. April 2017 (vgl. E. II. 5.33 hiervor) gestützt. So sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, seine Präsenzzeit im Rahmen seines Einsatzes im Bereich der manuellen Fertigung vom 3. Oktober 2016 bis 31. März 2017 über mehr als 3 Stunden täglich zu steigern. Die gutachterlich festgestellte Leistungsfähigkeit wurde somit bei weitem nicht erreicht. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. Der vorgängigen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG bedurfte es nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_765/2013 E. 3.4). 9. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2015 (A.S. 1 ff.) ist insoweit abzuändern, als dem Beschwerdeführer vom 1. März 2013 bis 31. Juli 2013 eine befristete Invalidenrente zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang – teilweises Obsiegen – steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 10.1

Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8; Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

10.2 Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde bezüglich des Leistungsbegehrens in Bezug auf eine Invalidenrente und weitere berufliche Massnahmen teilweise gutgeheissen, indem dem Beschwerdeführer eine vom 1. März bis 31. Juli 2013 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Dagegen wird die Beschwerde ansonsten bezüglich der in umfassender Weise beantragten Leistungen nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 40 %, insbesondere eine unbefristete Rente und berufliche Eingliederungsmassnahmen, abgewiesen. Dieses allgemein gehaltene Rechtsbegehren hat damit den Prozessaufwand erheblich erhöht, da bei einer Konzentration auf eine befristete Invalidenrente auf eine umfassende Beweiswürdigung und die Einwände gegen das Neurochirurgische Gutachten von Dr. med. G. ___ vom 20. Juni 2014 hätte verzichtet werden können. Die Rechtsschriften und die Vorbringen an der öffentlichen Verhandlung konzentrierten sich zum weitaus grössten Teil auf Argumente, welche die unbefristete Rente und die Eingliederungsmassnahmen betreffen. Dieser Umstand lässt es als angemessen erscheinen, die Parteientschädigung des Beschwerdeführers auf pauschal CHF 1'200.00 (inkl. Auslagen und MWSt) festzusetzen. Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

10.3 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens mit teilweisem Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin von den gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Viertel von CHF 250.00 zu bezahlen und der Beschwerdeführer die Differenz von CHF 750.00.

E. 6

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 3. Mit Verfügung vom 11. September 2015 (A.S. 14 f.) wird dem Beschwerdeführer zur Beschwerdeergänzung eine nicht erstreckbare Frist bis 9. Oktober 2015 gesetzt. Der Beschwerdeführer lässt seine Beschwerde daher am 9. Oktober 2015 (A.S. 36 ff.) fristgerecht ergänzen. 4. Mit Eingabe vom 5. November 2015 (A.S. 42)

verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 11. November 2015 (A.S. 43 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Rechtsanwalt und Notar Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 6. Am 5. Januar 2016 (A.S. 47 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein und zieht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung vollumfänglich zurück. Letzteres stellt der Präsident des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 6. Januar 2016 (A.S. 50) fest. Ferner geht ein Doppel der Kostennote zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

E. 7

7.1 Mit Vorladung vom 11. August 2017 (A.S. 51 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 6. Dezember 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. 7.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 6. Dezember 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 57 ff.) gestellten Beweisanträge, wonach die eingereichten Urkunden Nrn. 3 - 6 zu den Akten zu nehmen seien, werden gutgeheissen. Der Vertreter hält an seinen bisherigen Rechtsbegehren vollumfänglich fest. 8. 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 berufliche Eingliederungsmassnahmen und/oder eine Invalidenrente 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).

3.4 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art auch die Umschulung. Gemäss Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf eine Umschulung in eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Eine Invalidität im Sinn dieser Bestimmung liegt vor, wenn eine versicherte Person in der bisher ausgeübten Arbeit oder in den ihr ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden, zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine Erwerbseinbusse von mindestens 20 % erleidet, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt. Die versicherte Person muss also in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten in diesem Ausmass eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse erleiden (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., vgl. auch 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f. je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_716/2016 vom 1. Februar 2017 E. 4.1.3).

3.5 Auszugehen ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung. Ausnahmsweise können – aus medizinischer oder beruflicherwerblicher Sicht – vom Gesetz vorgesehene Eingliederungsmassnahmen angezeigt sein, etwa in Fällen langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt und allenfalls daraus sich ergebender psychischer Probleme, eher schwachem Leistungsprofil hinsichtlich Wissen und intellektuellen Fähigkeiten sowie bei Fehlen nennenswerter beruflicher Erfahrung. Dagegen haben nicht gesundheitlich bedingte Umstände, welche einer erfolgreichen Eingliederung entgegenstehen, ausser Acht zu bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 8.1 mit Hinweisen). Weiter muss die versicherte Person mindestens das Alter 55 zurückgelegt oder seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen haben (SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104 9C_363/2011 E. 3.1, 2011 IV Nr. 73 S. 220 9C_228/2010 E. 3.3, 2011 IV Nr. 30 S. 86 9C_163/2009 E. 4.2.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_878/2012 vom 26. November 2012 E. 3.3, 8C_612/2012 vom 28. September 2012 E. 4.1, 9C_848/2012 vom 14. Februar 2013 E. 5.1, 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3).

4. 4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozial-versicherungsprozess 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 An-spruchs 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).

4.2 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 200 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2015 8C_647/2015 E. 2.1).

4.4 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 139 V 335 E. 6.2 S. 338, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 7. Juli 2015 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im Mai 2011 die ab Januar 2008 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

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

5.1 Im «Bericht Assessment» der H.____ vom 28. November 2011 (IV-Nr. 23) wurde festgehalten, dieses habe vom 31. Oktober bis 25. November 2011 in der Produktionsstätte Mechanik stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei ein Mitarbeiter, der sehr motiviert sei, zuverlässig und exakt arbeite und alle Voraussetzungen für einen loyalen Mitarbeiter mitbringe. Seine gesundheitliche Situation mache jedoch eine Eingliederung in die offene Wirtschaft

schwierig und momentan recht unrealistisch. Aus diesem Grunde wurden eine medizinische Abklärung und evtl. eine Rentenüberprüfung empfohlen. Evtl. kämen für ihn auch berufliche Massnahmen in Frage, da er durch sein hohes Motivationspotenzial gerne einer Tätigkeit nachgehen würde. Auch in diesem Falle benötige er ein individuelles Coaching zum Finden des passenden Arbeitsplatzes, der auf seine Bedürfnisse angepasst sei bzw. angepasst werden könne.

5.2 Gemäss dem Qualifikationsbericht der C.____ vom 3. Mai 2012 (IV-Nr. 32) wurde in Bezug auf den Einsatz des Beschwerdeführers vom 27. Februar bis 23. Mai 2012 im Bereich der manuellen Fertigung festgehalten, er komme pünktlich zur Arbeit und es gebe wochenlange schmerzbedingte Krankheitsausfälle. Bis heute habe er vier von neuneinhalb Wochen gefehlt, was bei einem 50 % Pensum noch einer Präsenz von 30 % entspreche. Bei den einfachen seriellen Arbeiten habe er zuverlässige und qualitativ gute Ergebnisse erbracht. Die Arbeitsgeschwindigkeit sei eingeschränkt und gemäss seiner Aussage der Erträglichkeit seiner Schmerzen angepasst. Seine quantitativen Leistungen seien zwischen 30 % und 40 % gemessen worden. Sein Pensum habe nicht gesteigert werden können. Seine Arbeitsgeschwindigkeit sei durch die Beeinträchtigung eingeschränkt. Die zusätzlichen Entlastungspausen entsprächen rund 15 % des Pensums. Er scheine auf die Tagesstruktur in der C.____ nicht angewiesen zu sein. Er sage, er könne sich seinen Möglichkeiten entsprechend zu Hause genügend beschäftigen. Unter «Bemerkungen/Feststellungen» wurde festgehalten: Der Beschwerdeführer habe sich einigermaßen mit seiner schwierigen Situation abgefunden und erachte eine berufliche Wiedereingliederung als aussichtslos. Mit der zukünftigen Stellenlosigkeit scheine er sich arrangiert zu haben. Offensichtlich suche er seinen Stellenwert nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt. Gemäss der oben beschriebenen Problematik wirke seine Motivation für eine erfolgreiche Wiedereingliederung eingeschränkt. Es wurde folgende Empfehlung betreffend das weitere Vorgehen abgegeben: Eine Verlängerung der Massnahme würde eigentlich keinen Sinn machen, es sei denn, der Beschwerdeführer könne sich bis zum 23. Mai 2012 für die berufliche Eingliederung motivieren und darin einen Gewinn erkennen. Handschriftlich wurde hinzugefügt «Abbruch per sofort».

5.3 In dem am 11. Juni 2012 verfassten Schlussbericht des B.____ (IV-Nr. 34) wurde unter dem Titel «Ergebnis» festgehalten, der Beschwerdeführer verfüge über einen aktualisierten Lebenslauf und ein ansprechendes Bewerbungsdossier. Er kenne das gängige Bewerbungsprozedere und die relevanten Stellenplattformen. In Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungen habe er bei der I.____ an einem Assessment und bei der C.____ an seinem Aufbautraining teilgenommen. Während des Aufbautrainings sei eine akute Zunahme der Schmerzbelastung erfolgt, so dass er während rund einem Drittel der Einsatztage von der Arbeit fernbleiben müssen und zuletzt durch den Hausarzt 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (vgl. dazu IV-Nrn. 28 f., 31). Das Training sei aus diesem Grund vorzeitig abgeschlossen worden. Die C.____ habe eine Leistungsfähigkeit von 50 % bei einer Präsenzzeit von ebenfalls 50 % attestiert, was auf eine geschätzte Arbeitsfähigkeit von 25 % schliessen lasse. Aufgrund der insgesamt schwierigen Ausgangslage werde durch die Beschwerdegegnerin eine Rentenprüfung eingeleitet und das Coaching abgeschlossen.

5.4 Im Abschlussbericht vom 20. Juli 2012 (IV-Nr. 37) hielt der Eingliederungsfachmann D.____ fest, der Beschwerdeführer sei zu Beginn der beruflichen Eingliederung sehr motiviert und engagiert gewesen, wieder eine 100 % Anstellung zu finden. Am 3. Mai 2012 habe er angegeben, dass er wegen den Schmerzen, die er permanent habe, nicht länger auf die Zähne beißen könne. Er habe auf Arztzeugnisse verwiesen, welche ihn zu 100 % arbeitsunfähig schrieben und gewünscht, dass nur noch die Rentenfrage geklärt werde.

Gemäss Angaben des RAD, Dr. med. J.____, vom 9. Juni 2011 (vgl. Intake-Bericht, IV-Nr. 6), sei dem Beschwerdeführer eine leichte, intellektuell nicht überfordernde Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Eine Feststellung, welche durch Frau K.____ vom H.____ im Oktober 2011 gemacht worden sei, wonach der Beschwerdeführer nicht, wie er angebe, eine Vollzeitstelle suche, sondern eine halbe IV-Rente erwarte, habe dieser als eine Lüge bezeichnet und bei der H.____ einen Beraterwechsel gefordert. Nach einer vierwöchigen Potenzialabklärung in der I.____, welcher durch den neuen Berater vom H.____ in Auftrag gegeben worden sei, habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er wegen dem schmerzenden Fuss und der Rückenbelastung doch nicht 100 % arbeitsfähig sei, und sich plötzlich doch noch die Prüfung einer parallelen Teilrente gewünscht. Da der Wunsch des Beschwerdeführers, von «ich möchte wieder 100 % arbeiten» zu «ich kann gar nicht mehr arbeiten» gewechselt habe und sein Fokus auf einer Rentenprüfung liege, machten weitere berufliche Abklärungen keinen Sinn. Die berufliche Eingliederung werde mit «arbeitslos» abgeschlossen.

5.5 Gemäss Operationsbericht vom 3. Oktober 2012 (IV-Nr. 87 S. 2 f.) wurden aufgrund der ausgewiesenen klinischen Diagnose einer «ausgeprägten Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits» 1. eine mikrochirurgische Fensterung und ausgedehnte Recessotomie L4/5 und L5/S1 beidseits sowie 2. eine grosszügige Dekompression des Duralsacks L4/5 und L5/S1 bzw. der Wurzeln L5 und S1 beidseits durchgeführt. Insgesamt kein Nachweis einer Diskushernie. Es erfolge eine postoperative Verordnung nach Schema, eine postoperative Einlage eines Urinkatheters. Keine radikulären Schmerzen. Subjektiv eher Zunahme der Sensibilitätsstörungen am Schienbein und Unterschenkel beidseits, was im Wesentlichen den präoperativen diffusen Sensibilitätsstörungen entspreche.

5.6 PD Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 10. Oktober 2012 fest (IV-Nr. 47 S. 2 f.), der Beschwerdeführer sei vom 2. bis 10. Oktober 2012 in stationärer Behandlung gewesen. Er stellte folgende Diagnosen: - Ausgeprägte Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1 beidseits - Mikrochirurgisch ausgedehnte Dekompression L4/5 und L5/S1 beidseits am 3. Oktober 2012 Der Verlauf sei insofern erfreulich, da aktuell keine claudicativen Schmerzen im Bein mehr angegeben würden und die lumbalen Beschwerden eher regressiv seien. Aufgrund der Allergie gegen den Klebstoff und der deutlich geröteten Wundverhältnisse werde der Hausarzt gebeten, die Wundverhältnisse engmaschig zu kontrollieren und circa am 17. Oktober 2012 die Klammern zu entfernen. Er habe den Beschwerdeführer zur Schonung angehalten und dieser werde selbständig gezielt den Zehenspitzenstand trainieren, wobei bereits präoperativ die Fussenkung hochgradig eingeschränkt gewesen sei. Er hoffe auf einen unkomplizierten und zufriedenstellenden Verlauf, insbesondere ohne Komplikationen, und relevante Rückbildung der präoperativen Beschwerden. Bei weiter unauffälligem Verlauf sei eine Nachkontrolle am 19. November 2012 vorgesehen.

5.7 Im Bericht über die Nachkontrolle vom 19. November 2012 (IV-Nr. 47 S. 4 f.) hielt PD Dr. med. E.____ fest, der Verlauf sei unbefriedigend, da sich durch die Operation nur die linksseitigen Ischialgien partiell zurückgebildet hätten, aber wie befürchtet die lumbalen Beschwerden persistierten, subjektiv sogar zugenommen hätten, und auch rechtsseitig radikuläre Phänomene verstärkt vorhanden seien. Der klinische Befund zeige, wie präoperativ, eine ausgeprägte Sensibilitätsstörung, die vielleicht jetzt S1 rechtsbetont sei und mit einer zunehmenden monopodalen Schwäche der Fussenkung unter Belastung rechts beim Zehenspitzenstand rechts einhergehe, so dass er den Patienten nochmals abklären werde, um eine relevante Pathologie und Problematik auf Höhe L4/5 und L5/S1 rechts auszuschliessen. Er werde den Patienten deshalb nochmals kernspintomographisch und mit Funktionsaufnahme der LWS

abklären und anschliessend zum Procedere Stellung nehmen. Auf jeden Fall habe er dem Patienten geraten, die Fussenkung beidseits zu trainieren und sich antiphlogistisch mittels NSAR durch den Hausarzt behandeln zu lassen, um die Schmerzen besser kontrollieren zu können. Er hoffe, dass trotz der Chronizität der Beschwerden und der gesamten Situation (Arbeitslosigkeit, IV-Verfahren etc.) die Beschwerden für den Beschwerdeführer tolerabel seien und eine Lösung gefunden werden könne. 5.8 Im Bericht vom 19. November 2012 (IV-Nr. 47 S. 1) verwies PD Dr. med. E.____ in Bezug auf die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf den Bericht vom 10. Oktober 2012 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) und empfahl in Bezug auf die Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sich mit dem Hausarzt des Beschwerdeführers (Dr. med. L.____) in Verbindung zu setzen. Dies auch betreffend die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere dem Beginn. Auf jeden Fall bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit der ersten Konsultation bei PD Dr. med. E.____ vom 16. Juli 2012. In Bezug auf den Verlauf und die Restbeschwerden sei der Verlauf definitiv zu kurz, um eine Stellungnahme zu einer Rente und beruflichen Massnahmen abzugeben. Es sei sinnvoll, mindestens sechs, eher zwölf Monate mit einer definitiven Beurteilung diesbezüglich zu warten. Aufgrund der aktuellen Symptomatik sei der Patient bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (s. Arztbericht der Nachkontrolle vom 19. November 2012, vgl. E. II.

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