

SO_GERICHTE VSBES.2016.176 vom 18. Mai 2016

SO Obergericht, 2016-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.176

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.176 du 18 mai 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.176 del 18 maggio 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht frühestens ab 2013 eine Anspruchsberechtigung zur Debatte (s. E. II. 2.2 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die (s. Art. 28 Abs. 1 IVG):

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2014, Art. 28 N 32). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG), was hier, angesichts der Anmeldung vom 19. August 2012, im Februar 2013 der Fall wäre.

Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig

nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein

Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 6).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer besuchte von 1991 bis 1998 die Primarschule und anschliessend bis 2001 die Oberschule (IV-Nr. 23 S. 2). Nach einem einjährigen Praktikum als Restaurationsangestellter absolvierte er von 2002 bis 2004 erfolgreich eine entsprechende Anlehre (S. 9 ff.). Später war er als Betriebs- oder Lagermitarbeiter tätig, wobei er den Staplerkurs, den Hallenkran- und Anschlagmittelkurs sowie den Grundkurs Lagerwesen besuchte (S. 1 f.). Zuletzt war er ab 12. September 2011 bei der C.____ AG als Kommissionierer beschäftigt (IV-Nr. 40 S. 3). Wegen Rückenbeschwerden schrieb ihn sein Hausarzt Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, ab 24. Oktober 2011 arbeitsunfähig (s. Attest vom 18. Juni 2012, IV-Nr. 14 S. 2).

3.2 Der Bericht des E.____ vom 20. August 2012 (IV-Nr. 27; zur vorhergehenden Entwicklung s. Bericht vom 24. Oktober 2011, IV-Nr. 26) enthielt folgende Diagnosen:

Es fänden sich weiterhin keine Zeichen einer Neurokompression bei negativen Nervendehnungszeichen und fehlenden radikulären Ausfällen. Die anamnestische Schilderung entspreche nicht einem entzündlichen Rückenschmerz. Die lumbalen und linksthorakalen Schmerzen hätten abgenommen, aber es bestehe keine Arbeitsfähigkeit oder gar Beschwerdefreiheit. Nach einem Rehabilitationsprogramm vom 17. September bis 12. Oktober 2012 gelangte der Bericht des E.____ vom 8. November 2012 (IV-Nr. 25) zum Schluss, es sei eine Belastbarkeit von täglich zwei Stunden Arbeit ausser Haus erreicht worden. Der nächste Eingliederungsschritt wäre ein Arbeitsversuch mit regelmässigen Positionswechseln, max. einer Stunde Gehen und Stehen am Stück sowie Gewichten von bis zu 15 kg. Im Bericht vom 19. Dezember 2012 (IV-Nr. 34) wurde ergänzt, eine leichte

wechselbelastende Tätigkeit mit vermehrten Pausen sei in einem zeitlichen Pensum von 50 % zumutbar.

Anlässlich des Gesprächs bei der Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2012 (IV-Nr. 31) deponierte der Beschwerdeführer, er habe die zweite Klasse der Primarschule wiederholt und bis zur 5. Klasse die Kleinklasse besucht. In den letzten drei bis vier Jahren habe er wegen der Rückenschmerzen immer wieder den Arbeitsplatz verloren. Wenn er schmerzfrei sei, dann wolle er arbeiten, könne sich aber auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Anstellung vorstellen. Bei einer Eingliederungsmassnahme würde er gerne mitmachen. Dr. med. F.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) hielt fest, multimodale Therapieansätze hätten keine anhaltende Verbesserung gebracht, subjektiv seien die Schmerzen sogar immer stärker geworden. Eine depressive Verstimmung sei nicht spürbar. Medizinisch-theoretisch seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar; erschwerend dürften sich die Krankheitsüberzeugung und der Umstand auswirken, dass der Beschwerdeführer sich schnell missverstanden fühle.

3.3 Am 14. Januar 2013 trat der Beschwerdeführer bei der Durchführungsstelle G.____ ein Belastbarkeitstraining an (IV-Nr. 38). Der Zwischenbericht vom 18. Februar 2013 (IV-Nr. 41) bescheinigte ihm einen motivierten und ausdauernden Einsatz. Die Rückenproblematik sei offensichtlich. Sitzende Arbeiten seien nur kurz möglich. Der Beschwerdeführer versuche sich an hauptsächlich stehenden Arbeiten mit Wechselbelastung. Eine Erhöhung des Pensums von drei auf vier Stunden pro Tag lehne er ab.

Gemäss Bericht des E.____ vom 9. April 2013 (IV-Nr. 46) verrichtete der Beschwerdeführer damals täglich 3,5 Stunden an einem Tisch stehend und gehend leichte Schneidarbeiten. Subjektiv habe die Arbeitsbelastung die bekannten Schmerzen ausgeweitet und deutlich verstärkt. Objektiv sei der Status im Vergleich zum Dezember 2012 mehr oder weniger unverändert. Man schätze die Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten weiterhin auf ein Pensum von 50 %. Der Arbeitsversuch im geschützten Rahmen sei als gescheitert zu betrachten.

Der Zwischenbericht der G.____ vom 10. April 2013 (IV-Nr. 47) vermisste bei der Steigerung des Pensums die Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers. Eine Erhöhung der Arbeitszeit von 3,5 auf vier Stunden lehne er ab. Man traue ihm aber mehr zu. Die gesundheitliche Verfassung habe sich verbessert, aber das Training stagniere. Die körperliche Belastung bei der Arbeit, vorwiegend Folienschweissen, sei tief. In einer Verlängerung des Trainings sehe man keinen Nutzen.

3.4 Am 6. Mai 2013 trat der Beschwerdeführer bei der Stiftung H.____ ein Belastbarkeitstraining an (IV-Nr. 52), wo er in der Werkstatt eine betreuende Funktion übernehmen und in Wechselbelastung drei Stunden täglich arbeiten konnte (IV-Nr. 50). Eine Steigerung auf vier Stunden per 31. Juli 2013 misslang (IV-Nr. 58). Das Training wurde sodann bis 3. November 2013 verlängert (IV-Nr. 60).

Dr. med. D.____ stellte in seinem Bericht vom 4. August 2013 (IV-Nr. 61 S. 1 ff.) folgende Diagnosen:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Auf Grund der Rückenschmerzen erscheine für die letzten sechs bis neun Monate eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100 % gerechtfertigt. Die Beschwerden der Lendenwirbelsäule persistierten. Nun kämen soziale Probleme hinzu. Bei Schmerzen

bestehe praktisch in allen Richtungen eine ca. um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule. Es liege eine Haltungsinsuffizienz vor. Wegen der Rückenbeschwerden sei längeres Stehen oder Sitzen am selben Ort nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten sei schmerzbedingt erheblich eingeschränkt. Ein Einsatz als Koch oder Lagerist sei kaum möglich. Wechselbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, sich immer wieder auszuruhen, kämen täglich drei bis vier Stunden mit einer Leistungseinbusse von 20 bis 50 % in Frage.

Aus dem Bericht von med. pract. I.____, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. August 2013 (IV-Nr. 63 S. 3 ff.) gehen folgende Diagnosen hervor:

Seit 2009 bestehe als Lagerist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe sich als gereizt und emotional instabil. Er rege sich schnell über andere und sich selbst auf. Im fünften Jahr mit Schmerzen empfinde er Wut und Verzweiflung. Es bestehe eine Ein- und Durchschlafstörung, er müsse nachts mehrfach aufstehen, um die Schmerzen zu lindern. Demzufolge leide er an einer Tagesmüdigkeit, was die gereizte Stimmung und die aggressiven Impulsdurchbrüche verstärke. Er sei sehr bedrückt über die negative Zukunftsperspektive. Der Beschwerdeführer sehe sich als Opfer und habe eine stark ausgeprägte Tendenz für Schuldzuweisungen. Wenn er abends alleine zu Hause sei, leide er unter einem gewissen Beeinträchtigungswahn, er fühle sich von nicht körperlich anwesenden Energien bedroht. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, dysphorisch gereizt, innerlich unruhig, klagsam, affektarm und affektverflacht. Es bestehe ein fast vollständiger sozialer Rückzug. Das Becksche Depressionsinventar weise mit 44 Punkten auf eine schwere depressive Symptomatik hin. Es zeichne sich ein chronischer Verlauf ab. In der bisherigen Tätigkeit sei die Arbeitsleistung sehr wechselhaft und unstet, abhängig von den Schmerzen und dem psychischen Zustand. Im Rahmen der J.____ sei eine Tätigkeit von drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar; in diesem Rahmen bestehe eine Leistungsminderung. Geeignet seien Arbeiten, in denen der Beschwerdeführer zwischen Sitzen und Stehen, möglicherweise gar Liegen, wechseln könne. Schweres Heben sei nicht mehr zumutbar. Das Arbeitspensum lasse sich aktuell nicht auf mehr als drei bis vier Stunden steigern.

Die Dres. K.____, L.____ und M.____ stellten im Bericht vom 21. Oktober 2013 (IV-Nr. 69) folgende Diagnosen:

Beim Beschwerdeführer bestünden als Hauptschmerzen seit knapp vier Jahren chronische lumbale Rückenschmerzen linksbetont mit Ausstrahlung ins linke Gesäss sowie in den linken Ober- und Unterschenkel. Sitzen verstärke die Schmerzen. Daneben gebe der Beschwerdeführer im Sinne einer Schmerzausweitung lumbale Rückenschmerzen rechts, ausstrahlende Schmerzen nach oben bis zu den thorakalen Dornfortsätzen, beidseitige Nacken- und Schulterschmerzen sowie Armschmerzen links an. Die Schmerzen seien belastungs- und bewegungsabhängig und beeinträchtigten den Schlaf. In der klinischen Untersuchung imponierten eine paravertebral linksbetonte ausgeprägte Schmerzangabe über allen thorakalen und lumbalen Dornfortsätzen sowie eine Hypästhesie am linken Ober- und Unterschenkel und am Fuss (ausser an der Fusssohle). In der motorischen Prüfung falle links eine Verminderung der Kraft wegen Schmerzprovokation auf. Inklinaton, Reklination, Seitneigung sowie Rotation der Lendenwirbelsäule seien auf beide Seiten schmerzhaft. In den quantitativ-sensorischen Testungen finde sich bei der Reflexschwelle ein deutlich verminderter Wert, was als Hinweis für eine zentrale Sensibilisierung gewertet werden könne. Der MPI-Beeinträchtigungsscore von 6 (Skala 0 bis 6) zeige eine erhebliche

schmerzbedingte Beeinträchtigung im alltäglichen Leben. Der Katastrophisierungsindex von 5,33 (Skala 0 bis 6) gebe ebenfalls Hinweise auf aktuell nicht oder nur ungenügend funktionierende Coping-Mechanismen. Zusammenfassend bestünden lumbal linksbetont chronische mechanisch-nozizeptive Schmerzen, wobei eine diskogene Schmerzursache gut möglich sei. Zusätzlich lägen schmerzverstärkende Faktoren wie eine erhöhte Depressivität und eine ausgeprägte Katastrophisierung vor. Die Arbeitsleistung sei sowohl in der bisherigen als auch jeder anderen Tätigkeit sehr wechselhaft und unstet, abhängig von den Schmerzen und dem psychischen Zustand. Im Rahmen der J.____ seien drei bis vier Stunden Arbeit pro Tag zumutbar. Die dabei bestehende Leistungsminderung sei abhängig von der Belastung. Schweres Heben sei nicht mehr zumutbar. Die Position müsse zwischen Sitzen und Stehen gewechselt werden können. Das Pensum lasse sich nicht über drei bis vier Stunden täglich steigern. Der Beschwerdeführer müsse viel liegen können.

3.5 Die Beschwerdegegnerin verlängerte das Training bei der Stiftung H.____ bis 2. Februar 2014 (IV-Nr. 73). Aus der dortigen E-Mail vom 9. Dezember 2013 (IV-Nr. 81 S. 3) ging hervor, die Erhöhung des Pensums sei nicht wirklich gelungen; insgesamt arbeite der Beschwerdeführer eher weniger, indem er etwa seine Physiotherapie auf den Vormittag lege. Das Bild, das man sich vom Beschwerdeführer mache, decke sich oft nicht mit dessen Aussagen; so sehe man etwa, wie er sich gutgelaunt und entspannt mit jemandem unterhalte, dann aber sage, es gehe ihm heute sehr schlecht und er habe starke Schmerzen. Der Beschwerdeführer wiederum erklärte am 4. Dezember 2013 in einer Besprechung mit seiner Case Managerin und Dr. med. K.____, die Schmerzen hätten es nicht erlaubt, das Pensum für mehr als zwei Wochen von drei auf 3,5 Stunden zu steigern (IV-Nr. 81 S. 1 f.).

Der Bericht der Stiftung H.____ vom 11. Februar 2014 (IV-Nr. 93) hielt fest, Motivation und Arbeitswille seien durchgehend vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe aber schon kurz nach Beginn im Mai 2013 vermehrt über Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen geklagt und zusätzliche Pausen eingelegt. An einigen Tagen habe er die drei Stunden Arbeitszeit gut bewältigen können, an anderen sei er nach zwei Stunden nach Hause gegangen, um sich auszuruhen. Gegen Herbst / Winter hätten sich die Schmerzen verschlimmert, was zu vermehrten Absenzen geführt habe. Das Ziel, die Stundenzahl ab November leicht zu erhöhen, habe nicht über längere Zeit realisiert werden können. Im heutigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein.

Der Bericht des N.____ vom 4. April 2014 (IV-Nr. 104 S. 3 f.) enthielt folgende Diagnosen:

Gemäss dem neuropsychologischen Bericht des N.____ vom 8. April 2014 (IV-Nr. 113 S. 2 ff.) schilderte der Beschwerdeführer Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, rasche Ablenkbarkeit sowie zum Teil heftige Temperamentsausbrüche, wobei die Stärke der Schmerzen die kognitiven Schwierigkeiten beeinflusse. Gesamthaft präsentiere sich ein Testprofil mit deutlichen Leistungsdifferenzen. Die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit liege unter der Altersnorm. Es zeigten sich statistisch signifikante und relevante Unterschiede zwischen einem im unteren Normbereich liegenden Handlungs-IQ und einem deutlich unter der Norm liegenden Verbal-IQ. Im Vordergrund stünden Schwierigkeiten in den sprachlichen mnestischen Leistungen (vor allem Arbeitsgedächtnis und Lernen) sowie Einbussen in den handlungsplanerischen Fähigkeiten. Die Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle liessen sich sowohl im Rahmen der Exekutivfunktionsstörungen als auch reaktiv bei zunehmend frustranen Alltagserfahrungen verstehen. Die Genese dieser insgesamt mindestens mittelschweren neuropsychologischen

Funktionsstörung sei unklar. Auf Grund der Schullaufbahn sei aber davon auszugehen, dass sie bereits seit der frühen Kindheit bestehe. Ein Zusammenhang mit der Subarachnoidalzyste fronto-temporal links sei weder belegt noch auszuschliessen. Die Testergebnisse stünden aber zum Befund der Zyste nicht im Widerspruch: Es seien vorwiegend sprachlich-auditive bzw. exekutive Leistungen betroffen, wie dies nach einer linkshemisphärischen Schädigung zu erwarten sei.

3.6 Dem Gutachten der Gutachterstelle O.____ vom 20. Oktober 2014 (IV-Nr. 121.1) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 21):

3.6.1 Gegenüber dem Gutachter Dr. med. P.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, erklärte der Beschwerdeführer am 22. Mai 2014, er leide trotz Medikamenten sowie Physio- und Ergotherapie unter ständigen Rückenschmerzen, welche sich seit 2011 erheblich verschlimmert hätten, ausserdem unter chronischen zervicocephalen Schmerzen und einer depressiven Verstimmung wegen der unsicheren Zukunftsperspektive (S. 41). Früher habe er gern Sport betrieben, jetzt könne er noch gelegentlich kurze Spaziergänge machen. Er stehe morgens um 8:00 Uhr auf. Dienstags und donnerstags gehe er zur Ergo- und Physiotherapie, sonst mache er zu Hause Krafttraining. Er müsse viel liegen. Abends sei er zu Hause. Gesellschaftliche und soziale Aktivitäten fänden keine statt. Der Beschwerdeführer meine, drei bis vier Stunden täglich leichte Arbeit verrichten zu können. Darüber hinaus hoffe er auf eine Rentenzahlung der Beschwerdegegnerin (S. 42). Zusammenfassend könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kommissionierer als auch eine Verweistätigkeit seien aus internistischer Sicht ohne Leistungseinschränkung möglich (S. 44). Dies gelte auch retrospektiv, mit Ausnahme kurzer vorübergehender Arbeitsunfähigkeiten (S. 45).

3.6.2 Bei der Untersuchung durch die Expertin Dr. med. Q.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, am 29. April 2014 gab der Beschwerdeführer an, seine Kollegen habe er verloren, da ihn Menschenmassen sehr stressten. Er suche keinen Kontakt zu Leuten. Oft sei er aggressiv, wenn er viel Schmerzen habe; seine Freundin habe Verständnis für die Situation. Er leide unter belastungs- und wetterabhängigen chronischen Schmerzen im Bereich des Kreuzes, mit Ausstrahlungen in das linke Bein medial und lateral, weniger Gefühl und verminderter Kraft. Diese Schmerzen bestünden unverändert seit fünf Jahren und seien langsam immer schlimmer geworden. Zudem bekomme er noch Schmerzen nach cranial in die linke Seite. Auf einer Schmerzskala von 1 bis 10 lägen die Schmerzen bei Stärke 8. Er nehme momentan Efexor, Seroquel, Coveram, Valverde und Novalgin. Er gehe zweimal die Woche in die ambulante Schmerztherapie (was auch Ergo- und Physiotherapie sowie psychologische Betreuung und Sozialdienst beinhalte) und habe ausserdem ein Heimprogramm. Er kaufe kleine Sachen ein, die schweren mache die Freundin. Gehen könne er ca. 20 Minuten und Stehen eine halbe Stunde. Sitzen sei nur kurz möglich und erfordere Positionsänderungen, Aufstehen und Herumlaufen. Liegen auf der rechten Seite gehe gut. Tragen und Heben könne er beidseits ca. 1 bis 2 kg. Überkopfarbeiten gingen nicht mehr gut. Er müsse immer in Bewegung sein, damit er den Tag überleben könne. Er habe viele sportlichen Aktivitäten wie Fussball, Skifahren und Schwimmen aufgeben müssen. Momentan gingen nur noch die medizinische Trainingstherapie sowie Spaziergänge. (S. 9). Er stehe um ca. 7:00 bis 8:00 Uhr auf, trinke Kaffee, dusche, kaufe Brot, mache sein Heimtraining, schaue fern und male. Das Mittagessen nehme er mit der

Freundin oder den Eltern ein. Am Nachmittag gehe er spazieren, ruhe etwas und sehe fern. Er gehe ca. um 23:00 Uhr ins Bett. Das soziale Netzwerk sei über Familie und Freundin sichergestellt. Eine leichte Arbeit könne er sich theoretisch vorstellen, sehe aber grosse Probleme bei der Umsetzung, vor allem wegen der schmerzbedingten Aggressivität. Von der Beschwerdegegnerin erwarte er eine Rente sowie Unterstützung bei der Arbeitsfindung in einem geschützten Rahmen (S. 10).

Der Beschwerdeführer stehe während der zweistündigen Befragung häufig auf, gehe umher und wechsele die Position. Setzen und Aufstehen erfolge langsam, ebenso das mit Ausweichbewegungen verbundene Ausziehen. Die Socken würden im Sitzen ausgezogen (S. 10). Klinisch finde sich ein normales Gangbild mit schmerzhaft eingeschränktem Zehen- und Fersengang. Bei der Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule bestünden ein auffälliger paravertebraler Hartspann und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Im Bereich der Halswirbelsäule zeige sich ein mässiger paravertebraler Hartspann mit normaler Beweglichkeit. Die Schulterbeweglichkeit sei beidseits schmerzhaft eingeschränkt, passiv jedoch normal. Es bestünden lokale Druckdolenzien überwiegend im Bereich der linken Schulter, des linken Knies und beider Hüften. (S. 15). Zusammengefasst leide der Beschwerdeführer seit 2003 an einem lumbovertebralen Syndrom, welches sich über die letzten zehn Jahre zu einem lumboischialgiformen Syndrom, jedoch ohne radikuläre Zeichen, entwickelt habe. Im neu durchgeführten MRI der Lendenwirbelsäule finde sich eine kleine foraminal links gelegene Diskushernie L5/S1 mit Dorsalverlagerung L5 foraminal links ohne Tangierung der Nervenwurzeln von S1, neben einem diskreten foraminalen Diskusbulging L4/5 links mit Tangierung L4 foraminal links ohne sicher abgrenzbare Neurokompression sowie höchstens diskreten beidseitigen Spondylarthrosen L4/5. Es bestehe eine lumbosakrale Übergangsanomalie mit partieller Sakralisation von L5 rechts. Klinisch am auffälligsten sei der ausgeprägte paravertebrale Hartspann im Bereiche der Brust- und Lendenwirbelsäule. Für die Beschwerden im Bereich der linken Schulter, des linken Knies sowie beider Hüften fehle ein radiologisches Substrat. Entsprechend könnten die angegebenen Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule teilweise klinisch und radiologisch nachvollzogen werden, jedoch nicht im angegebenen Ausmass (S. 16).

Auf Grund des Aktenstudiums sowie der neuen klinischen und radiologischen Untersuchung bestehe eine verminderte Rückenbelastbarkeit. Ausschliesslich gehende, stehende oder sitzende Arbeit, Heben und Tragen von schweren Lasten über 10 kg, Zwangshaltungen des Rückens, Arbeiten in gebückter und hockender Position sowie mit stossenden und schlagenden Maschinen seien nicht zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Lagerist resp. angelernter Koch entspreche dem nur teilweise; je nach Anpassung des Arbeitsplatzes sei sicherlich von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. In einer rückengerechten, leichten wechselseitigen Verweistätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils sollte jedoch eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 80 % möglich sein, welche langsam auf 100 % gesteigert werden sollte (S. 16). Es könne postuliert werden, dass diese Arbeitsfähigkeit mindestens ab Untersuchungsdatum gelte, sehr wahrscheinlich auch retrospektiv (S. 17).

3.6.3 Anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. R.____, Facharzt für Neurologie FMH, am 21. Mai 2014 deponierte der Beschwerdeführer, die Schmerzen, zunächst im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule lokalisiert, seien im Verlauf massiv schlimmer geworden; die Schmerzintensität persistiere gegenwärtig bei neun von zehn Punkten auf der visuellen

Analogskala (VAS) und nehme sogar tendenziell zu. Belastung verstärke die permanenten Schmerzen. Die Schmerzqualität sei von Anfang an dumpf-ziehend gewesen. Es bestünden zudem etwa seit drei Jahren zur linken Seite ausstrahlende Schmerzen, welche permanent vorhanden seien und auf der VAS ca. sieben Punkte erreichten. Die Ausstrahlungen könnten bis zum Unterschenkel reichen, speziell bis zur Wadenmitte. Zudem liege eine gewisse Sensibilitätsstörung vor, speziell diffus im gesamten linken Bein, auch am Fuss. Insgesamt fühle sich das linke Bein allgemein etwas kraftloser an als das rechte, im Sinne einer allgemeinen Steifigkeit. Es seien intensive, teilweise auch stationäre Massnahmen erfolgt, mit Belastungs- und Ergonomietraining sowie Schmerzbewältigungsmassnahmen. Aktuell erhalte er Therapien, welche auch dem Bauchmuskelaufbau dienten. Als Schmerzmedikament nehme er nur Novalgin, dieses aber vorrangig wegen der unspezifischen allgemeinen Nackenbeschwerden. Für die lumbalen Schmerzen hätten weder Novalgin noch Dafalgan oder Infiltrationen geholfen. NSAR dürfe er wegen der Zystennieren nicht einnehmen, andere Schmerzmittel habe er bisher nicht erhalten (S. 34). Vielmehr sei stets mit thymolept-analgetischen Massnahmen wie Efexor gearbeitet worden. Auf die Schmerzen habe dies keinen nennenswerten Effekt, aber auf das psychische Allgemeinbefinden. Die Geburt sei kompliziert-langwierig gewesen und mit Sectio vollendet worden, womit ein potentieller Sauerstoffmangel gut vorstellbar sei. Das Kleinkindalter sei im Wesentlichen unkompliziert verlaufen, ohne Verzögerung bei der Sprachentwicklung. Erst in der zweiten Klasse sei eine Lernbehinderung aufgefallen: Er habe sich nichts gut merken können und eine Lese-Rechtschreibschwäche, Schwierigkeiten beim Rechnen sowie eine Orientierungsstörung in fremder Umgebung gehabt. Auf der anderen Seite sei das räumliche Wahrnehmungsvermögen im Prinzip gut, beeinträchtigt sei vielmehr das Merken von räumlichen Erinnerungen. Schwierig sei auch das Ausfüllen von Formularen resp. das Abrufen von Wissen. Prozeduren könnten nicht schnell erlernt werden, er benötige deutlich länger, bis er in der Lage sei, diese wieder abzurufen. So sei es nach wie vor für ihn höchst mühsam und nur in Teilen möglich, das Programm Word zu erlernen. Das logische Denken sei ansonsten relativ ordentlich. Auch beim Sprechen gebe es teilweise Schwierigkeiten, insbesondere unter Stress, so dass er zwar wisse, was er erklären wolle, es aber nicht schaffe. Er könne sich gut auf eine Aufgabe konzentrieren, doch komme es bei Multitasking zu Schwierigkeiten. Problematisch sei auch die Ablenkung durch den Schmerz oder Stresssituationen, was eine noch schnellere Destabilisierung der ohnehin schon eingeschränkten kognitiven Funktionen bewirke. Somit limitiere speziell die Mischung von Schmerz sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen die Arbeitsfähigkeit stark. Gegenwärtig erhalte er einmal wöchentlich ein neuropsychologisches Training. Traumata von Relevanz würden nicht erinnert, speziell auch keine Schädeltraumata und keine wesentlichen Operationen. Der Beschwerdeführer stehe um ca. 8:00 Uhr auf, sei aber schon lange vorher wach. Nach dem Frühstück gehe er etwas Laufen (S. 35). Er habe kaum noch Freunde, nur Bekannte. Er könne mit diesen einfach nicht mithalten; schon Spazierengehen sei schwierig, da er häufig Pausen benötige. Auch seine früheren Hobbys, wie z.B. Fischen, Velofahren oder Volleyball, könne er nicht ausüben. Er sehe fern, insbesondere Dokumentationen. Zu Bett gehe er um ca. 22:00 oder 23:00 Uhr; er schlafe gut ein, doch komme es wegen der Rückenschmerzen zu Durchschlafstörungen und häufigem Erwachen. Er spüre er eine deutliche Tagesmüdigkeit und benötige ein bis zwei Stunden Mittagsruhe. Während der Arbeitserprobung hätten die körperlich sehr leichten, aber statisch gleichbleibend belastenden Tätigkeiten sehr rasch zu einer Zunahme der lumbalen Rückenschmerzen und zum Abbruch dieser Tätigkeit bzw.

einer fehlenden Leistungssteigerung geführt. Besser sei die Tätigkeit als Arbeitsagoge gewesen, wo er habe umhergehen können; aber auch hier seien nicht mehr als zwei bis zweieinhalb Stunden möglich gewesen. Den Führerschein habe er, aber er fahre schon lange nur sehr selten für fünf bis zehn Minuten. Für den Ausweis habe er wegen der Theorieprüfung zwei Jahre benötigt. Wenn er sich dabei etwas bewegen könne, sei Stehen trotz der Rückenschmerzen noch am angenehmsten. Nach ca. einer Stunde sei wegen des zunehmenden Ziehens in den Beinen eine vorübergehende Pause nötig. Beim Sitzen und Gehen brauche er nach ca. 20 Minuten eine halbe Stunde Pause. Treppensteigen sei nur sehr mühsam möglich, Bücken nur mit steifgehaltenem Rücken axial in korrekter Haltung. Beim Greifen über Schulterhöhe komme es zu vermehrten lumbalen Rückenschmerzen. Er sei vorrangig handwerklich orientiert, alle Bereiche mit Notwendigkeit zum Lernen, zur Konzentration und zu rascher Umstellung seien schwierig. Insbesondere die Rückenschmerzen hätten seine Ressourcen und Fähigkeiten deutlich verschlechtert, auch wenn früher schon verschiedentlich Anleitung und Unterstützung benötigt worden sei. Man habe damals immer gedacht, dass er einfach dumm oder faul sei (S. 36).

Im gesamten Bereich der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule zeige sich aktuell eine diffuse, ausgeweitete Schmerzsymptomatik, ohne dass hier eine spezifische Schwerpunktbildung der bildtechnisch festgestellten Diskushernie angegeben werde. Die am 22. Mai 2014 nochmals durchgeführte MRI stelle keine sicher abgrenzbare Neurokompression und höchstens eine diskrete beidseitige Spondylarthrose L4/5 dar. Die Waddell-Zeichen seien durchgehend pathologisch. Achsenstoss, Pseudorotation, Ausdrucksverhalten und Schmerzempfindlichkeit seien auffällig. Einerseits gehe der Lasègue bis 50° mit lumbalen Schmerzen ohne radikuläre Schmerzausstrahlung, andererseits sei der Langsitz mit 90° gut möglich, was gegen eine relevante radikuläre Reizsymptomatik spreche. Der Beschwerdeführer beschreibe auch vorrangig eine dumpf-ziehende diffuse Schmerzsymptomatik, nicht segmenttypisch, vielmehr pseudoradikulär. Es sei davon auszugehen, dass zwardie Diskushernieeine gewisse Schmerzsymptomatik teilweise erkläre, nicht aber deren Intensität. Auch im Ausdrucksverhalten bestehe eine gewisse mangelnde Nachvollziehbarkeit: Bei Ablenkung auf andere Themen sei teilweise ein freundliches, bisweilen durchaus humorvolles Mitschwingen und auch Lachen möglich, bei Zuwendung zur Schmerzanamnese werde jedoch prompt wieder eine hohe Schmerzintensität berichtet. Im Wesentlichen sei wegen der Diskushernien von einer reduzierten Rückenbelastbarkeit auszugehen. Teilweise sei auch eine lage- und belastungsabhängige zeitweilige Irritation der Wurzel L5 denkbar, während eine wirkliche radikuläre Ausstrahlung sich nicht bestätigen lasse. Wegen der reduzierten Rückenbelastbarkeit kämen nur körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Auslassung von rückenbelastenden Zwangshaltungen in Frage. Hinsichtlich der kognitiven Funktionsstörungen beschreibe der Beschwerdeführer eine schon seit der Schulzeit bestehende Lernschwierigkeit mit legasthenen Anteilen, Schwierigkeiten beim Rechnen, vor allem aber auch beim Abspeichern sowohl visueller wie räumlicher Inhalte, und insbesondere eine Beeinträchtigung in der Wiedergabe. Dies habe zu schulischen Schwierigkeiten sowie Problemen beim Erwerb des Führerscheins geführt. Der Beschwerdeführer habe eine Anlehre absolvieren können und diverse Tätigkeiten in vollem Pensum ausgeübt, wenngleich hier ■ noch ohne Kenntnis des klinischen Zusammenhangs ■ gewisse Schwierigkeiten bestanden hätten. Erklärend hierfür sei die Geburtsanamnese mit protrahierter Entbindung, zunächst mit dem Versuch der Zangenextraktion, was dann jedoch notfallmässig mit Kaiserschnitt beendet worden sei. Ein

Sauerstoffmangel sei die plausibelste Erklärung für die Lernbehinderung. Ein Zusammenhang mit der Arachnoidalzyste sei spekulativ und erkläre sicherlich nicht Umfang und Ausprägung der kognitiven Störungen. Zumindest lasse sich bei sehr konsistent geschilderter Anamnese eine leichte Lernbehinderung mit Gedächtnis- und Exekutivfunktionsstörung konstatieren, speziell Schwierigkeiten im verbalen und schriftlichen Bereich. Stärken und Ressourcen seien hingegen die handwerklichen Fähigkeiten, Geschicklichkeit und räumliche Vorstellungsgabe sowie die zumindest in der unteren Norm liegenden intellektuellen Fähigkeiten. Entsprechend seien nur einfache, vorwiegend angeleitete, repetitive Tätigkeiten sinnvoll. Vermieden werden müssten kognitiv anspruchsvolle, auf Gedächtnisleistung stützende Tätigkeiten, sowie solche, die eine schnell wechselnde Umstellungsfähigkeit und schnelle Auffassungsgabe erforderten (S. 39). Weiter sei zumindest teilweise vorstellbar, dass die Schmerzen die kognitiven Funktionsressourcen noch stärker beeinträchtigten. Dennoch erscheine es als ungewöhnlich, dass selbst bei einer ideal angepassten Tätigkeit, z.B. als Arbeitsagoge, nur ein Pensum von zwei bis zweieinhalb Stunden täglich möglich sein solle. Hier seien mit hoher Wahrscheinlichkeit ■ in Zusammenschau mit dem Verhalten bei der Schmerzangabe und den Waddell-Zeichen ■ deutliche Selbstlimitierungen und motivationale Faktoren anzunehmen. Ähnliche Diskrepanzen seien auch im Rahmen der Integrationsmassnahme aufgefallen. Unter Einbezug der Wirbelsäulensymptomatik und einer damit erklärbaren gewissen Schmerzproblematik (die jedoch nicht mit einer dem Schmerzniveau VAS 9 entsprechenden Schmerzmedikation behandelt werde) kämen mindestens körperlich leichte Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltung in Frage. Möglich seien alle kognitiv einfachen, angeleiteten Tätigkeiten ohne psychomentele Belastung. Die angestammte, zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei sehr wahrscheinlich eher nicht geeignet, soweit auf die Angaben der hohen Gewichtsbelastung abgestellt werden könne. Tätigkeiten unter Einhaltung des Fähigkeitsprofils, insbesondere der Gewichtslimite, wären hingegen mindestens zu 80 % möglich. Bei der Tätigkeit als angelernter Koch wiederum, wo eher keine Möglichkeit zum Sitzen gegeben sei, dürfte die Arbeitsfähigkeit vermutlich bei maximal 80 % liegen. In einer ideal angepassten Tätigkeit, z.B. als Arbeitsagoge, sei aus theoretisch-medizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % möglich, nach Einübung wahrscheinlich sogar 100 % (S. 40). Diese Einschätzung gelte auch weitgehend retrospektiv seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit (S. 41).

3.6.4 Gegenüber dem Experten Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab der Beschwerdeführer am 29. April 2014 an, seine Eltern stammten aus der [], doch sei er in der Schweiz geboren worden und verfüge seit 1988 über das hiesige Bürgerrecht. In der bisherigen beruflichen Tätigkeit habe er als Angestellter, Allrounder, Koch, Betriebs- und Lagermitarbeiter sowie Kommissionierer gearbeitet. In der letzten beruflichen Tätigkeit in einem Lager für Sanitätsbedarf habe er bestimmte Gegenstände, vorwiegend Badewannen, auf die Paletten legen und mit einem speziellen Wagen ohne Fremdantrieb ziehen sowie Container ausladen müssen. Während der Eingliederungsmassnahme der Beschwerdegegnerin bis Januar 2014 habe er kleine Teile geschweisst bzw. andere Tätigkeiten im Stehen verrichtet, was wegen der verstärkten Schmerzen gescheitert sei. Gegenwärtig habe er kein eigenes Einkommen und lebe von der Unterstützung der Eltern. Die Geburt sei per Zange eingeleitet worden, habe jedoch später mittels Sectio caesarea beendet werden müssen. Als Kleinkind habe er sich etwas später entwickelt, speziell in den motorischen Funktionen. Ausserdem hätten sich ab der dritten Primarschulklasse Lernschwierigkeiten bemerkbar gemacht (S. 25). Er habe da Probleme

mit dem Lernstoff bekommen, speziell mit Mathematik, Lesen und Schreiben, sowie unter Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen gelitten. Man habe ihn in die Werkklasse versetzt, wo er bis zum Ende seiner Schulzeit geblieben sei. Er lebe zeitweise noch bei den Eltern, meist jedoch bei seiner Freundin. Ansonsten habe er sich zurückgezogen, weil er Schmerzen habe und bei verschiedenen Aktivitäten nicht mitmachen könne; sein Kollegenkreis sei sportlich orientiert. Die Rückenschmerzen hätten linksseitig im Bereich der Lendenwirbelsäule begonnen. Gegenwärtig komme es zur Ausstrahlung ins linke Bein. Die psychischen Probleme seien seit etwa zweieinhalb Jahren zu bemerken. Andere hätten ihn darauf aufmerksam gemacht, dass er sich in seinem Wesen verändert und zurückgezogen habe. Er selbst habe auch eine Vergesslichkeit und Merkfähigkeitsstörungen bemerkt. Es sei immer schlimmer geworden, was er auf die Schmerzen zurückführe. In psychiatrischer Behandlung habe er sich nur kurze Zeit befunden; gegenwärtig stehe er wieder in psychiatrischer Betreuung (S. 26). Er könne nicht alleine sein, verspüre dann einen Druck in der Brust. Aus Angst vor der Dunkelheit schlafe er mit Licht. Er höre eine Stimme, die zu ihm rede, er verstehe sie jedoch nicht. Im Dunkeln sehe er einen Schatten und habe ein ungewisses Gefühl; dies sei im Bericht des N.____ nicht beschrieben worden, obwohl er es dort erzählt habe. Er spüre innere Unruhe, fühle sich nutzlos und schwitze. Busfahren könne er nicht, er verstehe die Pläne nicht und obendrein irritierten ihn die Leute. Er sei auch schon auf andere Personen losgegangen, zuletzt in der Klinik. Das sei sonst nicht seine Art. Der Schlaf sei extrem gestört, er wache stündlich auf und laufe in der Wohnung herum. An Medikamenten nehme er Valverde Entspannung (zwei Stück pro Tag), Valverde Schlaf (zwei Stück in Reserve), Novalgin (40 bis max. 120 Tropfen pro Tag in Reserve), Coveram (0-1-0-0), Excipial (bei Bedarf), Bepanthen (bei Bedarf), Seroquel (25 mg 0-0-0-2), Efexor (75 mg 2-0-0), Vitamin D3 (acht Tropfen morgens). Er stehe um 8:00 Uhr auf; wach sei er schon deutlich früher, manchmal schon um 3:00 Uhr, schlafe jedoch wieder ein. Nach dem Aufstehen frühstücke er, mache einen Spaziergang, esse dann wieder etwas und gehe zum Fitnessstudio, wo er sich mit verschiedenen Übungen beschäftige. Er fahre auch oft Velo. Danach lege er sich hin. Später gehe er wieder spazieren. Er versuche sich immer wieder zu entspannen und schaue dabei fern. Am Abend esse er mit den Eltern, manchmal auch alleine. Zu Bett gehe er zwischen 20:00 Uhr bis 21:00 Uhr. Er könne sich vorstellen, zwei bis drei Stunden am Tag einer leichten Tätigkeit nachzugehen. Von der Beschwerdegegnerin erwarte er Unterstützung bei der Stellensuche. Er wolle eine praktische Aufgabe ohne viel Theorie haben, er könnte z. B. basteln oder andere einfache Aufgaben erledigen (S. 27).

Der Experte erhob nach dem Interviewleitfaden AMDP folgende objektiven Befunde: Der Beschwerdeführer komme ■ anscheinend mit dem Auto ■ alleine zur Untersuchung. Während des Gesprächs stehe er immer wieder auf und stelle sich ans Fenster. Insgesamt wirke er jedoch eher locker und entspannt. Die Angaben zu Aggressivität und Stimmenhören hinterliessen keinen konsistenten Eindruck und wirkten teilweise aufgesetzt. Es sei kaum vorstellbar, dass der freundliche Beschwerdeführer auf Leute losgehe und diese zusammenschlage; er könne auch von keinen solchen Vorkommnissen berichten. Der Beschwerdeführer sei in allen Qualitäten orientiert. Das Ich-Bewusstsein sei ungestört und die Ich-Grenzen seien intakt. Es seien keine psychotischen Ich-Störungen erkennbar. Für Störungen der Aufmerksamkeit oder der Konzentration fänden sich in der Untersuchungssituation keine relevanten Hinweise. Der Beschwerdeführer wirke weder impulsiv noch unwirsch oder unfreundlich. Das Denken sei in formaler Hinsicht geordnet. Das Intelligenzniveau wirke unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungssituation,

der Schulbildung, des beruflichen Werdegangs sowie der allgemeinen Sozialisation als leicht unterdurchschnittlich. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer unruhig, was jedoch nicht zu seinem sonstigen Temperament und seinem Gesamtausdruck passe. In der Untersuchungssituation wirke er ausgeglichen, eine depressive Herabgestimmtheit oder eine gehobene Stimmungslage könnten nicht beobachtet werden. Auch die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Der Beschwerdeführer sei nicht impulsiv, allenfalls mache er einen vermeidenden, etwas unsicheren, jedoch nicht ängstlichen Eindruck. Es bestünden leichte Verdeutlichungstendenzen und wohl auch histrionisch anmutende Verhaltensweisen. Zwänge und Phobien von Alltagsrelevanz lägen nicht vor. Die Willenskräfte seien wenig strukturiert, der Antrieb sei nicht reduziert oder gehoben (S. 28). Realitätsorientierung und Realitätsbezug erschienen noch erhalten, seien aber unstet. Die Motivation für eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei gegenwärtig eingeschränkt (S. 29).

In seiner Beurteilung hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer gebe an, die seit etwa 2012 bestehenden Rückenschmerzen hätten sich bislang trotz intensiver therapeutischer Bemühungen nicht verändert. Bei der beruflichen Biografie falle auf, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit oft lange Pausen gemacht habe und über längere Zeiträume arbeitslos gewesen sei; obwohl er keine Integrationsprobleme oder sprachliche Schwierigkeiten habe, habe er sich jeweils mehrere Monate auf Arbeitssuche befunden. Seine Arbeitsstellen habe er jeweils nur kurze Zeit behalten. Zu den akustischen und optischen Phänomenen sei aus dem Bericht des N.____ nichts zu erfahren, und der Beschwerdeführer scheine dort auch nicht davon berichtet zu haben (S. 29). Die Temperamentsausbrüche und die Impulsivität im Umgang mit anderen Menschen würden in diesem Bericht nur angedeutet, offensichtlich gestützt auf die eigenen Angaben des Beschwerdeführers, schienen jedoch nicht beobachtet worden zu sein. Die aktuelle neuropsychologische Begutachtung mit der Diagnose einer nicht näher bezeichneten Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten mit grenzwertig normaler Intelligenz erkläre teilweise die unstete und lange Arbeitssuche des Beschwerdeführers und auch dessen häufig nur kurzen Verbleib an einem Arbeitsplatz (S. 30). Vor diesem Hintergrund sei auch sein Versuch zu verstehen, die Beschwerden zu verdeutlichen und anders darzustellen; so würden ein unberechenbares Verhalten im interpersonellen Bereich in den Vordergrund gestellt und offensichtlich nicht bestehende akustische und optische Phänomene berichtet, um sich das kognitive Unvermögen nicht eingestehen zu müssen. Möglicherweise würden auch die somatischen Beschwerden überbetont. Ein impulsives Verhalten sei bei dem höflich und freundlich auftretendem Beschwerdeführer im täglichen Leben kaum vorstellbar; wenn er jedoch in die Enge getrieben werde und spüre, dass er auf Grund seiner intellektuellen Ausstattung bestimmte Situationen nicht erfasse, könne eine solche Überforderung durchaus Spannungen im Rahmen von Versagensängsten auslösen (was sich in etwa mit der neuropsychologischen Abklärung des N.____ vom 8. April 2014 decke, S. 32). Von einer unvermittelt auftretenden impulsiven, gar aggressiven Handlungsweise sei jedoch unter üblichen sozialen Bedingungen weder retrospektiv noch prospektiv auszugehen. Aus dem gleichen Grund scheine zumindest zeitweilig eine Überbetonung der depressiven Symptome erfolgt zu sein; die Annahme einer psychischen Störung, welche nicht ausschliesslich auf kognitiven Defiziten beruhe, scheine dem Beschwerdeführer mehr Sicherheit zu bieten, um vor stärkeren beruflichen Herausforderungen geschützt zu werden. Aktuell bestehe keine akute Suizidalität. Da jedoch aus einer Frustration und Versagensängsten heraus suizidale Gedanken auftreten könnten, seien künftig

Überforderungssituationen zu vermeiden. Aus psychiatrischer Sicht, unter besonderer Berücksichtigung des neuropsychologischen Befundes, sei der Beschwerdeführer in der Lage, einfache Arbeiten regelmässig zu verrichten. Die letzte berufliche Tätigkeit, welche auch zahlreiche administrative Aufgaben enthalte, sei eher wenig geeignet oder müsste angepasst werden. In einer repetitiven und kognitiv weniger anspruchsvollen Verweistätigkeit in einer wohlwollenden Atmosphäre, ohne Akkord, ohne hohe Ansprüche an geistige Flexibilität und Visualisierung sowie ohne eine unangemessene Informationsüberflutung sei der Beschwerdeführer in der Lage, einer Arbeitsfähigkeit von 100 % gerecht zu werden. Dabei könne anfangs die Leistung noch bei 80 % liegen, bis er in der Lage sei, seine Aufgaben routinierter zu erledigen und sich an den neuen Arbeitsplatz gewöhnt habe. Etwa zwölf Monate nach der Arbeitsaufnahme könne voraussichtlich wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Hierbei spielten jedoch motivationale Faktoren eine wichtige Rolle, welche auch in der Vergangenheit offensichtlich eine suboptimale Anstrengungsbereitschaft bewirkt hätten. Der Beschwerdeführer neige zeitweilig dazu, sich nicht seinen Fähigkeiten entsprechend anzustrengen und die Lösung seiner Situation anderen zu überlassen (S. 31).

Zusammenfassend liege gegenwärtig beim Beschwerdeführer keine relevante depressive Störung, psychotische Erkrankung oder bedeutsame Persönlichkeitsstörung resp. -änderung vor. Die neuropsychologische Diagnose einer nicht näher bezeichneten Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten mit grenzwertig normaler Intelligenz, zusätzlich eingeschränktem verbalen Neugedächtnis sowie reduzierten exekutiven Funktionen und Rechenleistungen sei zu übernehmen. Die Probleme mit Bezug auf die Lebensführung und bei der Lebensbewältigung (Z72, Z73) wirkten sich nicht auf die Leistungsfähigkeit aus. Die Präsenzzeit sei davon nicht berührt. Dies gelte auch retrospektiv (S. 31).

3.6.5 Beim Experten lic. phil. T.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, erklärte der Beschwerdeführer am 19. August 2014, er sei in der Schweiz aufgewachsen. Seine Geburt sei schwierig gewesen. Im Vergleich zu seiner Schwester habe er, soweit er wisse, später angefangen zu reden und zu gehen. Er erinnere sich an keine Unfälle (Gehirnerschütterungen u.ä.), oder Erkrankungen des Gehirns (wie Fieberkrämpfe). In der ersten und zweiten Klasse habe er wegen Lernschwierigkeiten, aber auch einer «bösen» Lehrerin Mühe gehabt. Vom dritten Schuljahr bis zum Ende der Schule in der neunten Klasse sei er in der Kleinklasse gewesen. Seine Leistungen dort seien einseitig ausgefallen: Im Werken und Zeichnen gut (Noten im Bereich von 5-6 und 6), im Lesen, Schreiben und Rechnen mässig (Noten knapp genügend). Nach der Anlehre zum Restaurationsangestellten habe er viele Anstellungen gehabt; einige seien befristet gewesen, bei den anderen habe er wegen seiner Rückenprobleme die Kündigung erhalten. Das Arbeitszeugnis des Lehrbetriebs bescheinige nicht völlig überzeugende Leistungen, wobei eine verlängerte Lernzeit angetönt werde. Die anderen Arbeitsbestätigungen beschrieben keine qualitativen, quantitativen oder sozialen Auffälligkeiten, im Gegensatz zum Bericht über die Eingliederungsmassnahme bei der Stiftung H.____ (IV-Nr. 121.2 S. 3). Der Beschwerdeführer nenne als Hauptproblem die starken Schmerzen vor allem des Rückens. Er sei früher schon etwa impulsiv gewesen, dies habe aber in den letzten vielleicht zwei Jahren sehr deutlich zugenommen. Weiter sei er sei er traurig und sensibler als früher. Schon seit Kindheit habe er «Leistungsschwierigkeiten»: Wenn er sich unter Druck fühle, finde er kaum Worte, um sich auszudrücken. Er habe Mühe im Lesen und Rechnen.

Komplexere Dinge müsse man ihm mehrfach sagen, sonst laufe er Gefahr, die Informationen zu vergessen. Er habe Schwierigkeiten, komplexere Sachverhalte (z.B. PC-Bedienung oder Lagerformulare) zu verstehen, und wenn er diese verstehe, dann erst nach längerer Zeit. Generell sei er etwas langsamer als Gleichaltrige. Im Gegensatz dazu bereiteten ihm visuelle oder manuelle Aufgaben keine Probleme. Er habe dies auch in der Anlehre bemerkt: Er habe Schwierigkeiten gehabt im Umgang mit Mengen und mit den notwendigen Berechnungen wie auch beim eigentlichen Kochen, denn er sei dabei zu langsam gewesen. Seine Konzentrationsfähigkeit sei immer schon reduziert gewesen, aber wenn er Schmerzen habe, dann sei sie noch eingeschränkter und er leicht ablenkbar (S. 4).

Bei der Untersuchung arbeite der Beschwerdeführer motiviert mit. Spontansprache und Kommunikation seien kohärent, das Sprach- und Instruktionsverständnis erhalten. Das Verhalten sei demonstrativ, wenn der Beschwerdeführer aufstehe, umhergehe und aufstöhne, was er mit den Schmerzen erkläre. Die Aufmerksamkeit zeige sich stabil, die kognitive Belastbarkeit unauffällig. Das Arbeitstempo sei leicht reduziert, der Antrieb unauffällig. Die Stimmung präsentiere sich unsicher-ängstlich, die affektive Schwingungsfähigkeit etwas eingeschränkt. Der mitgebrachte Lebenslauf sei fehlerhaft: Daten würden in der falschen Reihenfolge angegeben oder fehlten ganz, zudem würden unter den beruflichen Tätigkeiten auch ärztliche Untersuchungen und Behandlungen aufgeführt (S. 4). Weder ein gut standardisierter Symptomvalidierungstest (Tombaugh, 1996) noch der Entscheidungsalgorithmus von Slick, Sherman und Iverson (1999) gäben Hinweise auf Aggravation oder gar Simulation. Der klinische Eindruck und die objektivierten Befunde seien in sich stimmig. Es gebe zwischen und auch innerhalb der Tests keine grösseren Inkonsistenzen. Eine leichte Verzerrung im Sinne einer bewusstseinsfernen Verdeutlichung (als demonstratives Verhalten beobachtbar) sei hingegen möglich. Die Resultate würden dadurch aber höchstens geringfügig modifiziert (S. 7).

Die neuropsychologische Untersuchung objektiviere folgende deutlichen kognitiven Einschränkungen:

Es gebe statistisch signifikante und valide Unterschiede zwischen den verbalen und den nonverbalen Gedächtnisleistungen wie auch zwischen den sprachassoziierten und nichtsprachassoziierten Indizes der verwendeten Intelligenztestbatterie, wo die sprachlichen Funktionen jeweils eindeutig schwächer ausfielen. Klinisch zeige sich ein sich demonstrativ verhaltender, verlangsamter und unsicher-ängstlich wirkender Versicherter. Auffällig sei der fahrig erstellte mitgebrachte Lebenslauf. Subjektiv zeigten sich während der ganzen Untersuchung deutliche Schmerzen und starke Müdigkeit, die jedoch über den Verlauf der Untersuchung stabil geblieben seien (S. 7). Es zeige sich das Bild einer etwas lernbehinderten Person (im Übergangsbereich zu einer leichten geistigen Behinderung) mit zusätzlichen Einschränkungen im vor allem verbalen Neugedächtnis und bei exekutiven Aufgaben. Die objektivierten Einschränkungen hätten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit. Seine mehr manuelle denn kognitiv fordernde Anlehre habe der Beschwerdeführer nur mit Mühe abgeschlossen. Das kognitive Profil stimme damit überein: Der Beschwerdeführer habe im Vergleich zu Gleichaltrigen mit ähnlicher Schulbildung Mühe, auch einfache Berechnungen rasch zu erledigen, sich neue Informationen zu merken oder etwas abstraktere Informationen zu verstehen, sich flexibel auf neue Gegebenheiten einzustellen und sich nicht durch konkurrierende Aufgaben «durcheinanderbringen» zu lassen. Er zeige Schwierigkeiten, von einer Aufgabe A zu abstrahieren und die

entsprechenden Abläufe flexibel auf eine ähnliche Aufgabe B zu übertragen. Die absolvierte Anlehre und auch die verschiedenen darauf folgenden beruflichen Tätigkeiten seien aus kognitiven Sicht für ihn zu anspruchsvoll gewesen. Ein angepasster Arbeitsplatz sollte eher repetitiv und kognitiv weniger anspruchsvoll sein. Der Beschwerdeführer sollte mehr Zeit haben, sich neue Informationen zu merken und / oder sie schriftlich erhalten. Komplexere Informationen sollten ihm auf einfache und verständliche Art vermittelt werden. Er habe Mühe, unter Zeitdruck flexibel zu reagieren, ein Arbeitsplatz sollte deshalb wenig Ansprüche an seine Flexibilität stellen. Visualisierungen (z.B. Handlungen vorzeigen, Informationen in schriftlicher und / oder in Bildform) würden helfen, die Abläufe zu verstehen und zu lernen. Die Leistungsfähigkeit liege im Vergleich zu den Anforderungen an einen angelesenen Koch bei 80 %, im Vergleich zu einem Koch mit EFZ bei etwa 40 % (hoher Zeit- und Entscheidungsdruck, grössere Mengen an zu behaltenden Informationen, ablenkungsintensive Arbeit). Als eine wichtige Ressource lasse sich die mehrfach beschriebene soziale Kompetenz (korrekt und höflich im Umgang) hervorheben. Das objektivierte Profil passe prinzipiell zur Hypothese einer perinatalen Hirnschädigung (infolge Asphyxie) und einer linkshemisphärischen Affektion (Subarachnoidalzyste frontal links). Stützende Elemente dafür seien die berichtete frühkindliche Entwicklung (später Spracherwerb), die schulische Laufbahn (Kleinklasse), der berufliche Verlauf (Anlehre, Arbeitszeugnis mit Hinweis auf längere Lernzeit und nicht immer überzeugende Leistungen sowie Mühe, in der Arbeitswelt Fuss zu fassen), lange bevor Schmerzen oder psychiatrische Beschwerden berichtet worden seien. Weiter gebe es keine berichteten oder dokumentierten Hinweise auf Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter. Das aktuelle Profil sei mit der Laufbahn vor der Schmerzerkrankung und den psychiatrischen Problemen vollständig vereinbar. Die Normalisierung der Ideenproduktion sei ein Hinweis auf einen psychisch etwas besseren Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung. Differenzialdiagnostisch müsse auch eine rein oder überwiegend psychogene Ursache diskutiert werden. Das aktuelle Profil sei indes demjenigen, welches man bei Depressionen regelmässig finde, kaum ähnlich; dort würde man z.B. keine Leistungsunterschiede zwischen sprachlichen und nichtsprachlichen Funktionen erwarten, und die Aufmerksamkeit wäre stärker betroffen (S. 8). Das objektivierte kognitive Profil entspreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit und bestehe seit Kindheit. Die vorliegenden Resultate seien mit der neuropsychologischen Untersuchung vom April 2014 vereinbar. Es zeige sich ein global stabiles Bild, insbesondere bei den damals beschriebenen Unterschieden zwischen verbalen und nonverbalen Leistungen. Das objektivierte Profil sei kompatibel mit der schulischen und beruflichen Laufbahn wie auch den Klagen des Beschwerdeführers, der keine stabile Zunahme der kognitiven Einschränkungen angebe. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit handle es sich um einen chronisch stabilen Verlauf seit Kindheit. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei keine deutliche spontane Verbesserung zu erwarten. Eine neuropsychologische Intervention sei nicht indiziert und würde am Zustand ebenso wenig ändern (S. 9).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit habe schon bei Aufnahme dieser Tätigkeit (Beginn der Anlehre und kognitiv vergleichbar anspruchsvolle Tätigkeiten) vorgelegen. Aus streng neuropsychologischer Sicht habe sich keine deutliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, schon seit der Aufnahme eingeschränkten Tätigkeit ergeben (S. 9). Bei einem an die kognitiven Fähigkeiten gut angepassten Arbeitsplatz sei neuropsychologisch Sicht von keiner relevanten

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 10).

3.6.6 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, dass einerseits auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet wegen der grenzwertig niedrigen Intelligenz und der kognitiven Störungen eine eingeschränkte mentale Fähigkeit und psychische Belastbarkeit bestünden. Andererseits sei aus orthopädischer und neurologischer Sicht eine reduzierte lumbale Rückenbelastbarkeit objektivierbar (IV-Nr. 121.1 S. 20). Die absolvierte Anlehre und die verschiedenen folgenden beruflichen Tätigkeiten seien aus kognitiver Sicht zu anspruchsvoll gewesen, d.h. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit habe schon bei Aufnahme der fraglichen Arbeiten vorgelegen. Das 2003 aufgetretene lumbovertebrale Syndrom habe sich über die letzten zehn Jahre zu einem lumboischialgiformen Syndrom ohne radikuläre Zeichen entwickelt, wobei anzunehmen sei, dass nicht allein die organischen Wirbelsäulenveränderungen ursächlich gewesen seien, als vielmehr auch psychiatrisch-psychologische Faktoren. Bezüglich der psychiatrischen und psychodynamischen Hintergründe sei jedoch davon auszugehen, dass hier vorrangig reaktive Faktoren eine Rolle spielen, resultierend aus einem gewissen Vermeidungsverhalten auf der Grundlage der grenzwertigen Intelligenz. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit handle es sich neuropsychologisch um einen chronisch stabilen Verlauf seit Kindheit; d.h. es gebe keine deutlichen Veränderungen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Die Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den Anforderungen an einen angelernten Koch betrage 80 %, im Vergleich zu einem Koch mit EFZ etwa 40 %. Die Arbeit als Hilfskoch und als Hilfslagerist sei dem Fähigkeitsprofil nicht optimal angepasst und überfordere sowohl die Rücken- als auch die mentale Belastbarkeit zumindest teilweise, weshalb diese nur begrenzt mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar erscheine. Die Tätigkeit als Hilfslagerist sei zudem, sofern sie zahlreiche administrative Aufgaben enthalte, auch deshalb eher nicht geeignet, hingegen wären angeleitete einfache Tätigkeiten als Hilfslagerist denkbar (S. 23). Bislang habe der Beschwerdeführer keinen den kognitiven Fähigkeiten gut angepassten Arbeitsplatz gehabt. Bei einem solchen sei aus streng neuropsychologischer Sicht von keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. In orthopädischer Hinsicht seien ideal angepasste Tätigkeiten mit voller Präsenzzeit zumutbar, allenfalls initial mit leichter Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 %, was sich binnen Jahresfrist auf eine Leistung von 100 % steigern lasse. Diese Bewertung gelte auch retrospektiv. Hinsichtlich der reduzierten lumbalen Rückenbelastbarkeit seien nur rückengerechte, körperlich leichte Arbeitstätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg zumutbar. Nicht in Frage kämen ausschliesslich gehende, stehende oder sitzende Arbeiten, Verrichtungen in Zwangshaltungen des Rückens, in gebückter und gehockter Position sowie mit stossenden und schlagenden Maschinen. Auf Grund der neuropsychologischen-mentalen Einschränkungen seien angepasste Arbeiten eher repetitiv und kognitiv weniger anspruchsvoll. Der Beschwerdeführer sollte Zeit haben, sich Informationen zu merken und / oder sie schriftlich erhalten. Komplexere Informationen sollten ihm auf einfache und verständliche Weise vermittelt werden. Ein Arbeitsplatz sollte wenig Ansprüche an seine Flexibilität stellen. Visualisierungen würden dem Beschwerdeführer helfen, Abläufe zu verstehen und zu erlernen (S. 24).

Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 126) fest, in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80

%.

3.7 Die Berichte der B.____ vom 20. Februar und 5. August 2015 (IV-Nr. 132 S. 3 ff. und Nr. 135 S. 5 ff.) enthielten folgende Diagnosen (alle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit):

Dr. med. D.____ habe den Beschwerdeführer am 2. Februar 2015 zugewiesen wegen des Verdachts auf eine depressive Episode in Zusammenhang mit einer psychosozialen Überforderungssituation (langanhaltende Arbeitslosigkeit) und damit einhergehenden, seit mindestens vier Jahren vorhandenen therapierefraktären lumbaloischialgiformen-lumbovertebralen Schmerzen. Diese bildeten das Hauptsymptom. Die letzte Untersuchung sei am 28. Mai 2015 erfolgt.

Der Beschwerdeführer berichte, dass er körperlich und psychisch schwer angeschlagen sei. Er sei leicht reizbar und habe das Interesse an Aktivitäten mit seiner Freundin verloren. In der letzten Zeit würden gehäuft partnerschaftliche Konflikte auftreten, da die Freundin mit der Betreuung überfordert sei. Derzeit sei ihm alles zu viel, er empfinde keine Freude mehr an sozialen Kontakten und verbringe den Tag mit dem Pflegen seiner Tiere, schaue fern oder liege auf dem Sofa. Er wünsche sich eine Halbtagsbeschäftigung im geschützten Rahmen. Die Schmerzintensivität liege bei neun von möglichen zehn Punkten. Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch angetrieben (z.B. stehe er auf und laufe herum). Innerhalb des gesamten Gesprächs imponiere er als emotional sehr schwankend und zu demonstrativem Verhalten tendierend. Aufmerksamkeit und Konzentration seien unauffällig, die Gedächtnisfunktionen ordentlich. Das formale Denken sei leicht verlangsamt und auf die gesundheitliche Situation eingengt. Ängste und Zwänge würden verneint. Im Affekt sei der Beschwerdeführer niedergeschlagen und im Antrieb leicht vermindert. Es lägen ein sozialer Rückzug, Zukunftsängste, Lust- und Freudlosigkeit, Insuffizienz- und Schuldgefühle vor. Eine erhöhte Reizbarkeit sei im Gespräch ersichtlich. Es bestünden eine Tagesmüdigkeit sowie beträchtliche Ein- und Durchschlafstörungen. Der Beschwerdeführer distanzieren sich glaubhaft von Suizidgedanken. Für eine Fremdgefährdung fehlten Anhaltspunkte.

Während der Behandlung hätten sich beim vorliegenden chronischen Schmerzsyndrom multiple psychosoziale Belastungsfaktoren gefunden, welche die Verselbständigung der Schmerzwahrnehmung auf psychischer Ebene fördern könnten. Der Beschwerdeführer habe aus seiner Tätigkeit sehr viel Selbstwertgefühl gezogen, was nun auf Grund der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit nicht mehr möglich sei. Konsekutiv hätten sich Schwierigkeiten sowohl finanzieller als auch sozialer Art ergeben. Dies habe zu einer depressiven Grundstimmung geführt. Da die Schmerzen mehr oder weniger ausgeprägt seit Ende 2010 andauerten und die Behandlungsergebnisse unbefriedigend seien, sei von einer Chronifizierung auszugehen. Erschwerend sei, dass der Beschwerdeführer noch keinen Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und psychiatrischen Anteilen der Schmerzerkrankung sehe, weshalb ihm teilweise die psychische Krankheits- und Behandlungseinsicht fehle. Man habe für ihn ein interdisziplinäres Therapiekonzept, bestehend aus Psycho- und Pharmakotherapie sowie Sozialberatung installiert. Hinsichtlich der Prognose könne bei aktuell leichter Symptomreduktion noch keine verlässliche Aussage gemacht werden. Der momentan eher harzige Therapieverlauf in Kombination mit der Ressourcenknappheit des Beschwerdeführers lasse jedoch auch an die Möglichkeit eines eher chronischen Verlaufs denken.

Der Beschwerdeführer weise eine verminderte Belastbarkeit auf, sei schnell überfordert und neige zu impulsivem Verhalten. Ausserdem sei er auf kognitiver Ebene nicht im Stande, sich über Stunden auf allfällige Tätigkeiten zu konzentrieren. Im angestammten Beruf sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Von weiteren Eingliederungsmassnahmen sei abzusehen. Dem Beschwerdeführer seien auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Er sei rasch ermüdbar und überfordert und knapp fähig, seinen Alltag zu bewältigen. Eine nachhaltige Stabilisierung des Zustandes sei nicht zu erwarten.

Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2015 (IV-Nr. 137) dafür, am O.____-Gutachten könne festgehalten werden.

3.8 Zusammen mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

Unmittelbar vor und an der Verhandlung reichte der Beschwerdeführer diverse, u.a. orthopädische und nephrologische Berichte aus der Zeit vom 10. Mai 2017 bis 6. Juli 2018 ein (BB-Nrn. 8 bis 27).

E. 3.6

S. 294 f.). Die vorliegende Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten mit grenzwertiger Intelligenz und kognitiven Einschränkungen wird im Diagnosemanual ICD-10 zwar im Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen, eingeordnet. Die Diagnose beruht jedoch auf einer neuropsychologischen Untersuchung, welche einen Symptomvalidisierungstest beinhaltete. Die Untersuchungsergebnisse wurden so objektiviert, Hinweise auf Aggravation oder gar Simulation fanden sich keine; davon zu unterscheiden ist die beim Beschwerdeführer beobachtete Symptomverdeutlichung (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2 betr. Abgrenzung zur Aggravation), welche im Übrigen nicht die kognitiven Beeinträchtigungen betraf. Eine Indikatorenprüfung ist vor diesem Hintergrund entbehrlich (s. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 28 f.).

3.9.4 Zusammenfassend ist auf das O.____-Gutachten abzustellen und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, eine angepasste Arbeit ganztägig auszuüben. In diesem Rahmen besteht indes, der RAD-Ärztin folgend (s. IV-Nr. 126 S. 2), eine Leistungseinbusse von 20 %. Zwar heisst es im Gutachten, die Leistung lasse sich innert eines Jahres auf 100 % steigern. Dies genügt aber nicht, um schon jetzt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit auszugehen, da unklar ist, ob sich diese Prognose auch tatsächlich bewahrheitet hat. Zweifel sind auch deshalb angebracht, weil sich das Gutachten nicht dazu äussert, von welchen Voraussetzungen diese Steigerung auf 100 % abhängt. Die fragliche Arbeitsfähigkeit von 80 % gilt im Übrigen auch retrospektiv.

E. 3.9

3.9.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich zu Recht auf das O.____-Gutachten. Dieses genießt vollen Beweiswert, stammt es doch von unabhängigen Fachärzten, welche die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer sorgfältig untersucht und ihre Einschätzung nachvollziehbar begründet haben. Die Einwände, welche sich gegen das gesamte Gutachten richten, dringen nicht durch:

Der Beschwerdeführer bringt einmal vor, unter den Gutachern sei keine Konsensdiskussion erfolgt, zumal Dr. med. Q.____ das Hauptgutachten nur elektronisch visiert habe. Das Gutachten hält indes ausdrücklich fest, die abschliessende Beurteilung und Beantwortung

der Fragen sei das Ergebnis der gemeinsamen fachübergreifenden versicherungsmedizinischen Sicht (IV-Nr. 121.1 S. 2). Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass zwischen der Einschätzung von Dr. med. Q.____ und der interdisziplinären Beurteilung keine Differenzen bestehen, weshalb es nicht schadet, dass sie das Gutachten bloss elektronisch unterschrieben hat (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1). Liegt aber eine abschliessende interdisziplinäre Beurteilung vor, so ist es dem Beweiswert des Gutachtens nicht abträglich, dass im Zeitpunkt der psychiatrischen Exploration noch nicht alle somatischen Untersuchungen durchgeführt worden waren (Urteil des Bundesgerichts 9C_347/2017 vom 25. April 2018 E. 6.2.2)

Weiter rügt der Beschwerdeführer, das Gutachten enthalte verschiedene Falschangaben, welche auf eine oberflächliche Anamnese hindeuteten. Die erwähnten Ungenauigkeiten (z.B. die Feststellung im Gutachten, der Beschwerdeführer stamme aus der [], obwohl er als Kind [] Eltern in der Schweiz auf die Welt kam) sind indes nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken. Auswirkungen auf die medizinischen Schlussfolgerungen der Experten sind nicht ersichtlich, und die Fehler sind auch nicht derart gravierend und / oder zahlreich, dass das Gutachten wegen mangelnder Sorgfalt als unbrauchbar angesehen werden müsste.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte (BB-Nrn. 4 - 27, s. E. II. 3.8 hiervor) allesamt die Zeit nach der angefochtenen Verfügung betreffen und daher hier unerheblich sind.

3.9.2 In somatischer Hinsicht vermag die Schlussfolgerung, dass in einer angepassten Tätigkeit noch eine Restarbeitsfähigkeit von mindestens 80 % besteht, zu überzeugen. Die Würdigung der klinischen und radiologischen Befunde und ihrer Ausprägung hat gezeigt, dass die geklagten Beschwerden zwar eine somatische Grundlage besitzen, welche aber das Ausmass der Beschwerden nur teilweise erklärt. Den erhobenen Befunden wird durch die Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils, namentlich die Beschränkung auf wechselstellige Arbeiten und den Ausschluss schwerer Lasten, in einleuchtender Weise Rechnung getragen; soweit sich die Beschwerden demgegenüber nicht auf objektivierbare organische Schäden zurückführen lassen (indem etwa ein radikuläres Ausfallsyndrom fehlt), darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 sowie 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2). Der Beschwerdeführer vermag hier keine methodischen Fehler und keine Missachtung wissenschaftlicher Standards darzutun.

3.9.3 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. S.____ stützt sich, wie es die Rechtsprechung für eine beweiskräftige psychiatrische Begutachtung verlangt, auf die Ergebnisse seiner klinischen Untersuchung mit Erfassung der Symptome und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 3.3.2). Seine Beurteilung ist vor dem Hintergrund des erhobenen Psychostatus nachvollziehbar. Namentlich wird schlüssig die Dynamik erläutert, welche den Beschwerdeführer dazu bringt, gewisse Symptome zu stark zu betonen, quasi um die kognitiven Schwierigkeiten zu verschleiern.

Der Beschwerdeführer macht geltend, es lägen abweichende fachärztliche Berichte vor, auf welche der Experte nicht eingehe. Das psychiatrische Teilgutachten hat sich zwar in der Tat nicht mit sämtlichen Arztberichten in den Akten befasst. Dem Beschwerdeführer ist jedoch zu entgegnen, dass es im Ermessen der Experten liegt, ob und gegebenenfalls welche

Berichte im Gutachten erwähnt und diskutiert werden. Entscheidend ist, dass ihnen sämtliche Unterlagen zur Verfügung standen (Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2), was hier der Fall war (s. IV-Nr. 121.1 S. 4 unten und S. 5 - 7). Zudem geht aus der Begründung des psychiatrischen Teilgutachtens klar hervor, warum der Experte den behandelnden Ärzten nicht folgt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2011 vom 8. Mai 2012 E. 3.2). Im Übrigen ist auch festzuhalten, dass Dr. med. S. ___ auf die beiden damals aktuellsten Berichte des N. ___ vom 4. und 8. April 2014 eingeht (IV-Nr. 121.1 S. 32). Andererseits genügt der Hinweis auf abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte nicht, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Beschwerdeführer übersieht, dass sich der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten voneinander unterscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2, 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4 und 9C_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Dies trifft hier nicht zu. Wenn die Dres. D. ___ sowie K. ___, L. ___ und M. ___ von einer depressiven Entwicklung sprechen, so ist festzuhalten, dass sie keine Fachärzte der Psychiatrie und damit nicht kompetent sind, psychische Leiden zu beurteilen. Hinzu kommt, dass die besagte Diagnose nicht nach ICD-10 kodiert wurde. Die Psychiaterin med. pract. I. ___ wiederum bezieht in ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch fachfremde somatische Aspekte ein. Ihr Bericht enthält keine schlüssige Herleitung der Diagnose und der attestierten Arbeitsunfähigkeit, weshalb er im Vergleich zu einem ausführlichen Gutachten kein Gewicht beanspruchen kann. Im Übrigen wird die Beurteilung von Dr. med. S. ___, wonach keine depressive Symptomatik vorliege, im neuropsychologischen Teilgutachten bestätigt, da das ermittelte Leistungsprofil nicht demjenigen entspreche, welches bei einer Depression zu erwarten sei; die Behauptung des Beschwerdeführers, das neuropsychologische Teilgutachten gehe von einer depressiven Symptomatik aus, ist somit aktenwidrig.

Was die Ergebnisse des Arbeitstrainings anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_187/2018 vom 18. Mai 2018 E. 3.2).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann man das psychiatrische Gutachten nicht als veraltet ansehen. Wohl beruht es auf einer Untersuchung, die zwei Jahre vor der angefochtenen Verfügung erfolgte. Entscheidend ist jedoch, ob seither eine wesentliche

Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_687/2015 vom 10. November 2015 E. 4.2). Dafür finden sich in den Akten keine Hinweise. Auch aus den Berichten der B.____ vom 20. Februar und 5. August 2015 ergibt sich nichts dergleichen. Der dort beschriebene Psychostatus unterscheidet sich nicht wesentlich von demjenigen im psychiatrischen Gutachten. Hinzu kommt, dass dieser Bericht das Leiden des Beschwerdeführers in erster Linie auf die psychosoziale Belastung zurückführt, also auf invaliditätsfremde und damit nicht invalidisierende Faktoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3).

Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E.

E. 4

4.1 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also Februar 2013 (s. E. II. 2.2 hiervor).

4.2 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was er bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Konnte die versicherte Person wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvaliden erzielen könnte, den nach Alter abgestuften Prozentsätzen des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE; Art. 26 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201). Frühinvalid sind Versicherte, die seit ihrer Geburt oder Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu zählen Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung. Als «Erwerb von zureichenden beruflichen Kenntnissen» ist die abgeschlossene Berufsausbildung zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_189/2018 vom 25. Mai 2018 E. 4.1.1 f.).

Der Beschwerdeführer schloss zwar eine Ausbildung in Form einer Anlehre als Restaurationsangestellter ab (s. dazu Art.

E. 4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer geht keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, weshalb für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der LSE heranzuziehen sind (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Dabei ist auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) abzustellen, bezogen auf den gesamten privaten

Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Der Beschwerdeführer ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, seine verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihm zumutbaren und seinen Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten.

Ein Arbeitnehmer verdiente in diesem Segment des Arbeitsmarktes im Medianwert CHF 5'210.00 (2012) resp. 5'312.00 (2014) pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (Tabelle Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht / TA1_tirage_skill_level, Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.327886.html>, alle Websites besucht am 12. Juli 2018). Dieser Medianlohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche in den Jahren 2012 und 2014 jeweils 41,7 Stunden betrug (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.5287370.html>). Auf diese Weise ergibt sich ein Betrag von CHF 65'177.00 resp. 66'453.00. Passt man diesen per 2013 resp. 2015 und 2016 an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer an (2012: 101,7 Indexpunkte / 2013: 102,5 / 2014: 103,2 / 2015: 103,5 / 2016: 104,1; Tabelle T1.1.10 Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.5128917.html>), so resultiert, bei einer Leistung von 80 %, ein Tabellenlohn von CHF 52'552.00 (2013), 53'162.00 (2014), 53'317.00 (2015) resp. 53'626.00 (2016)

4.3.2 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. 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 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (a.a.O. E. 5b/aa in fine S. 80). Ein Abzug ist namentlich dann am Platz, wenn eine Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (a.a.O., E. 5a/bb S. 78). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen (a.a.O. E. 5b/bb-cc S. 80).

Im vorliegenden Fall nahm die Beschwerdegegnerin einen Abzug von 10 % vor, was nicht zu beanstanden ist. Die reduzierte Leistungsfähigkeit wird bereits durch die Arbeitsunfähigkeit von 20 % abgedeckt und darf beim Abzug nicht noch einmal berücksichtigt werden (s. Urteile des Bundesgerichts 9C_264/2016 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2 und 9C_191/2015 vom 1. Juni 2015 E. 3.2). Weiter wird bei vollzeitlich arbeitsfähigen, jedoch krankheitsbedingt reduziert leistungsfähigen Versicherten in der Regel kein über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit das Rendement hinausgehender Abzug anerkannt (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_211/2018 vom 8. Mai 2018 E. 4.4). Auch die Beschränkung auf leichte wechselstellige

Arbeiten rechtfertigt allein noch keinen Abzug (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat indes zutreffend dem Umstand Rechnung getragen, dass der Beschwerdeführer selbst bei leichten Arbeiten vom Bewegungsapparat und den kognitiven Fähigkeiten her eingeschränkt und in seinem erwerblichen Leistungsvermögen entsprechend beeinträchtigt ist, so dass er sich überwiegend wahrscheinlich mit einem geringeren Lohn begnügen muss als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2017 vom 16. März 2018 E. 5).

4.3.3 Mit dem anrechenbaren Invalideneinkommen nach Abzug von CHF 47'297.00 (2013), 47'846.00 (2014), 47'985.00 (2015) resp. 48'263.00 (2016) ergeben sich so gemessen am jeweiligen Valideneinkommen Invaliditätsgrade von 31,75 % (2013), 30,95 % (2014), 35,37 % (2015) sowie 41,49 % (ab [...] 2016 und damit noch vor der angefochtenen Verfügung). Folglich besteht per 1. Januar 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente.

5. Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen auf jeden Fall die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus, d.h. einen Eingliederungswillen bzw. eine entsprechende Motivation der versicherten Person (Urteile des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.5). Daran fehlt es hier jedoch. Dies ergibt sich einerseits daraus, dass der Beschwerdeführer zweimal ein Arbeitstraining absolvierte, aber eine Pensenerhöhung jeweils an seinem Widerstand scheiterte. Zwar bescheinigten ihm sowohl die G.____ als auch die Stiftung H.____, er sei motiviert gewesen (Berichte vom 18. Februar 2013 und 11. Februar 2014). Daraus kann der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn die Beobachtungen während des Trainings sprechen eine andere Sprache. Während man in der G.____ zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer könne eigentlich mehr leisten als er vorgebe (Bericht vom 10. April 2013), stellte man in der Stiftung H.____ Diskrepanzen zwischen den geklagten Schmerzen und dem tatsächlichen Verhalten, welches keinen schmerzgeplagten Eindruck erweckte, fest (Bericht vom 9. Dezember 2013). Wenn aber in zwei verschiedenen Eingliederungsstätten für unterschiedliche Zeiträume eine ungenügende Einsatzbereitschaft beobachtet wird, so kann dies nicht als eine kurzfristige Motivationskrise abgetan werden, sondern muss als Indiz dafür gelten, dass der Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich ablehnt. Andererseits hält auch das O.____-Gutachten fest, das Problem bei Eingliederungsmassnahmen sei die mangelnde Motivation des Beschwerdeführers, ohne dass dies auf gesundheitliche Gründe zurückgeführt würde. Auf berufliche Massnahmen bestand folglich im Verfügungszeitpunkt kein Anspruch, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG hätte durchgeführt werden müssen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3).

6. Zusammenfassend wird die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2016 eine Viertelsrente auszurichten. Über einen allfälligen Anspruch auf Verzugszins (s. dazu Art. 26 Abs. 2 ATSG) wird die Beschwerdegegnerin noch zu entscheiden haben. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 4.5

S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare – also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2, 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4 und 9C_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Dies trifft hier nicht zu. Wenn die Dres. D.____ sowie K.____, L.____ und M.____ von einer depressiven Entwicklung sprechen, so ist festzuhalten, dass sie keine Fachärzte der Psychiatrie und damit nicht kompetent sind, psychische Leiden zu beurteilen. Hinzu kommt, dass die besagte Diagnose nicht nach ICD-10 kodiert wurde. Die Psychiaterin med. pract. I.____ wiederum bezieht in ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch fachfremde somatische Aspekte ein. Ihr Bericht enthält keine schlüssige Herleitung der Diagnose und der attestierten Arbeitsunfähigkeit, weshalb er im Vergleich zu einem ausführlichen Gutachten kein Gewicht beanspruchen kann. Im Übrigen wird die Beurteilung von Dr. med. S.____, wonach keine depressive Symptomatik vorliege, im neuropsychologischen Teilgutachten bestätigt, da das ermittelte Leistungsprofil nicht demjenigen entspreche, welches bei einer Depression zu erwarten sei; die Behauptung des Beschwerdeführers, das neuropsychologische Teilgutachten gehe von einer depressiven Symptomatik aus, ist somit aktenwidrig. Was die Ergebnisse des Arbeitstrainings anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_187/2018 vom 18. Mai 2018 E. 3.2). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann man das psychiatrische Gutachten nicht als veraltet ansehen. Wohl beruht es auf einer Untersuchung, die zwei Jahre vor der angefochtenen Verfügung erfolgte. Entscheidend ist jedoch, ob seither eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_687/2015 vom 10. November 2015 E. 4.2). Dafür finden sich in den Akten keine Hinweise. Auch aus den Berichten der B.____ vom 20. Februar und 5. August 2015 ergibt sich nichts dergleichen. Der dort beschriebene Psychostatus unterscheidet sich nicht wesentlich von demjenigen im psychiatrischen Gutachten. Hinzu kommt, dass dieser Bericht das Leiden des Beschwerdeführers in erster Linie auf die psychosoziale Belastung zurückführt, also auf invaliditätsfremde und damit nicht invalidisierende Faktoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3). Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E.

Abs. 1 IVV). Weiter absolvierte er später verschiedene Kurse, welche die Tätigkeit als Lagermitarbeiter betrafen. Entscheidend ist jedoch einerseits, dass der Beschwerdeführer laut O.____-Gutachten seit der Kindheit an einer Entwicklungsstörung leidet, welche also bereits im Zeitpunkt der Anlehre bestand. Dies korrespondiert mit der aktenkundigen Vorgeschichte, namentlich dem Besuch der Werkklasse seit der 3. Primarschulklasse sowie der Leistung während der Anlehre. Andererseits hält das Gutachten ausdrücklich fest, der Beschwerdeführer habe bislang nie eine seinen Einschränkungen angepasste Tätigkeit ausgeübt, und er erbringe nur 40 % der Leistung eines Kochs mit EFZ. Vor diesem Hintergrund lässt sich daraus, dass der Beschwerdeführer später auf dem freien Arbeitsmarkt immer wieder Stellen fand, nicht ableiten, dass er erst nach der Ausbildung invalid wurde.

Der Beschwerdeführer ist damit als frühinvalid anzusehen. Sein massgebliches Valideneinkommen beträgt im Alter zwischen 25 und 30 Jahre 90 % des Medianwertes und ab 30 Jahren 100 %, also ab Februar 2013 CHF 69'300.00 (90 % von 77'000, IV-Rundschreiben Nrn. 317 + 324), ab 1. Januar 2015 CHF 74'250.00 (90 % von 82'500, IV-Rundschreiben Nr. 329) sowie ab [...] 2016 CHF 82'500.

E. 6

Grosse Subarachnoidalzyste fronto-temporal (Erstdiagnose März 2012, Zufallsbefund; keine weiteren Verlaufskontrollen nötig)

E. 7

7.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu: Selbst wenn sich der Beschwerdeführer darauf beschränkt hätte, eine Viertelsrente zu beantragen, wäre der Aufwand nicht geringer ausgefallen, denn auch in diesem Fall hätte sein Vertreter die gesamten medizinischen Akten studieren und sich mit dem Einkommensvergleich befassen müssen. Daher besteht kein Anlass, die Parteientschädigung des Beschwerdeführers zu reduzieren.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

7.2 Die beiden vom Vertreter eingereichten Kostennoten (A.S. 31 f. / 50 ff.) weisen einen Zeitaufwand von insgesamt 18,06 Stunden aus, der wie folgt zu kürzen ist:

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt zwölf Stunden (7,65 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 4,35 Stunden ab 1. Januar 2018). Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 3'000.00 (1'912.50 + 1'087.50).

Was die Auslagen über insgesamt CHF 288.70 betrifft, so sind die 161 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. §

160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a GAV) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 194.60 (CHF 127.50 bis 31. Dezember 2017 und CHF 67.10 ab 1. Januar 2018). Einschliesslich CHF 252.10 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 163.20 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 88.90 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 3'446.70.

8. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG).

Die teilweise unterlegene Beschwerdegegnerin hat drei Viertel der Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen, d.h. CHF 750.00. Das verbleibende Viertel wiederum wird dem nur teilweise obsiegenden Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 verrechnet. Der Restbetrag von CHF 750.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 18. Mai 2016 wird in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2016 eine Viertelsrente auszurichten. Die Akten gehen zurück an die Beschwerdegegnerin, damit diese den Anspruch auf Verzugszins auf der Rentennachzahlung prüft. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'446.70 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Der Beschwerdeführer hat an die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Anteil von CHF 250.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 verrechnet und der Rest von CHF 750.00 dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 750.00 zu bezahlen.

5. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 12. Juli 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Die Doppel der Kostennote vom 12. Juli 2018 sowie der Urkunde Nr. 27 des Beschwerdeführers gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_644/2018 vom 27. Februar 2019 bestätigt.

E. 10

November 2016 stationär behandelt worden. Er leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und einer mindestens mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung. · E.____, 27. Januar 2017 (BB-Nr. 5): Die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 29. Dezember 2016 habe einen beginnenden Knorpelschaden im medialen Kompartiment, mehrere Rissbildungen im medialen Meniskus und degenerative Veränderungen am Hinterhorn ergeben. · N.____, 12. Juni 2017 (BB-Nrn. 6 + 7): Wegen der komplexen medialen Meniskusläsion bei valgischer Beinachse rechts sei am

E. 12

Juni 2017 eine Arthroskopie erfolgt. Der Beschwerdeführer sei vom 12. bis 28. Juni 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Unmittelbar vor und an der Verhandlung reichte der Beschwerdeführer diverse, u.a. orthopädische und nephrologische Berichte aus der Zeit vom 10. Mai 2017 bis 6. Juli 2018 ein (BB-Nrn. 8 bis 27).

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