

SO_GERICHTE VSBES.2017.101 vom 2. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.101_d20171102

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.101 du 2 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.101 del 2 novembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1961 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 17. Januar 2001 unter Hinweis auf einen seit 16. Juni 2000 bestehenden Gleitwirbel (unterster Wirbel) und einen Bandscheibenvorfall zwischen dem untersten und dem zweituntersten Wirbel mit Operation am 3. Oktober 2000 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Nach dem Einholen des Lebenslaufes / der Arbeitszeugnisse, des Arbeitgeberfragebogens vom 29. Januar 2001 und der medizinischen Akten (IV-Nrn. 6 f., 9, 12, 16) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. August 2001 (IV-Nr. 21) berufliche Massnahmen vom 22. August 2001 bis Oktober 2003 zu. Mit Verfügung vom 28. Februar 2002 (IV-Nr. 25) übernahm sie daher die Kosten für den PC-Kurs «Office 2000» in der B.____ und mit Verfügung vom 17. April 2002 (IV-Nr. 29) hob sie jene vom 21. August 2001 auf und übernahm die Kosten für die Umschulung zum Prozessfachmann VBM mit eidg. Berufsprüfung am C.____ vom 20. April 2002 bis 27. März 2004. Mit Verfügung vom 3. Juli 2002 (IV-Nr. 38) übernahm die Beschwerdegegnerin vom 1. Juli bis 31. Oktober 2002 die Kosten für ein viermonatiges Praktikum beim D.____. Während dieser Dauer wurden dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. Juli 2002 (IV-Nr. 39) Taggelder zugesprochen. Mit Verfügungen vom 30. bzw. 31. Oktober 2002 verlängerte die Beschwerdegegnerin das Praktikum (CNC und CAD Programme) bis am 30. April 2003 und sprach dem Beschwerdeführer weiterhin Taggelder zu (IV-Nrn. 43 f.). Mit Verfügung vom 9. März 2004 (IV-Nr. 48) wurde in Ergänzung zur Verfügung vom 17. April 2002 die Umschulung vom 20. April bis am 6. Mai 2004 verlängert und mit Verfügung vom 24. Mai 2004 (IV-Nr. 51) wurde festgestellt, der Beschwerdeführer habe die Umschulung zum Prozessfachmann VMB mit eidg. Berufsprüfung erfolgreich abgeschlossen und sei daher rentenausschliessend eingegliedert.

2. Am 11. Januar 2012 (IV-Nr. 54) meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin zur Früherfassung an. Er habe Angst, die Arbeitsstelle zu verlieren, da er sein Arbeitspensum aus gesundheitlichen Gründen auf 80 % habe reduzieren müssen. Im Rahmen des am 1. Februar 2012 durchgeführten Intake-Gesprächs (IV-Nr. 60) wurde festgehalten, eine IV-Anmeldung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt und die Meldung könne abgeschlossen werden. Es bestehe aktuell keine attestierte

Arbeitsunfähigkeit.

E. 3

3.1 Am 10. Juni 2013 (IV-Nr. 65) meldete sich der Beschwerdeführer erneut zur Früherfassung an. Nach dem durchgeführten Intake-Gespräch vom 1. Juli 2013 (IV-Nr. 67) sowie der dabei bestätigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 3. Juli 2013 und dem Einholen der medizinischen Akten (IV-Nr. 68) meldete sich der Beschwerdeführer am 2. Juli 2013 (IV-Nr. 71) unter Hinweis auf eine weitere Versteifung betreffend den Gleitwirbel in der Lendenwirbelsäule (Operation am 4. Juli 2013) sowie degenerativer Bandscheiben im Nackenwirbel bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Nachdem diese die Arbeitszeugnisse, das Kurzportrait, Fähigkeitsausweise sowie die medizinischen Akten eingeholt hatte (IV-Nrn. 76, 78, 84), übernahm sie mit Mitteilung vom 8. Mai 2014 (IV-Nr. 92) die Kosten für ein Belastbarkeitstraining bei der E.____ vom 19. Mai bis 17. August 2014. Während dieses Arbeitsversuchs erhielt der Beschwerdeführer Taggelder (vgl. IV-Nrn. 95 ff.). Die Kostengutsprache für das Belastbarkeitstraining inkl. Taggelder wurde mit Mitteilung vom 28. Juli 2014 bzw. mit Verfügung vom 4. August 2014 (IV-Nrn. 100, 102) bis am 16. November 2014 verlängert. Im Abschlussbericht vom 7. November 2014 (IV-Nr. 105) hielt die Eingliederungsfachfrau F.____ fest, der Beschwerdeführer wirke motiviert, das Pensum zu erhöhen. Durch die Schmerzen sei ihm jedoch eine Erhöhung nur bis auf drei Stunden täglich möglich gewesen.

3.2 Zu den daraufhin eingeholten medizinischen Akten (IV-Nrn. 107 f.) liess die Beschwerdegegnerin Dr. med. G.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 3. März 2015 Stellung nehmen (IV-Nr. 111 S. 2 ff.). Mit Mitteilung vom 14. April 2015 (IV-Nr. 112) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer sodann mit, es sei eine umfassende medizinische Untersuchung (voraussichtlich: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie) notwendig. Ohne schriftlich begründeten Gegenbericht werde eine Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip in Auftrag gegeben. Am 3. Juli 2015 (IV-Nr. 118) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, die Begutachtung erfolge durch die H.____ und beinhalte folgende Abklärungen: Neurologie (Dr. med. I.____), Psychiatrie (Dr. med. J.____) und Rheumatologie (Dr. med. K.____). Das polydisziplinäre Gutachten der H.____ wurde am 2. November 2015 erstattet (IV-Nr. 121.1 - 121.2). Zu diesem liess sich Dr. med. L.____, FMH Innere Medizin, am 6. Dezember 2015 (IV-Nr. 123) vernehmen und es wurde gestützt auf dessen Ausführungen der Austrittsbericht der M.____ vom 8. Februar 2016 (IV-Nr. 125) eingeholt. Aufgrund der anschliessend eingeholten Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. G.____ vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 127) wurde bei den Gutachtern der H.____ eine Stellungnahme vom 9. Juni 2016 (IV-Nr. 129) eingeholt. Gestützt auf die darauffolgende Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. G.____ vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 131) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 22. Juli 2016 (IV-Nr. 132) aufgrund eines errechneten IV-Grades von 30 % die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine IV-Rente in Aussicht. Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 6. September 2016 Einwände (IV-Nr. 137). Zum Arztbericht von Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 139) liess die Beschwerdegegnerin Dr. med. G.____, RAD, am 22. Dezember 2016 (IV-Nr. 141 S. 2) Stellung nehmen. Mit Verfügung vom 27. Februar 2017 hielt die Beschwerdegegnerin am Vorbescheid vom 22. Juli 2016 fest (A.S. [Akten-Seiten] 1 f.).

4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 3. April 2017 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 4 ff.):

1. Die Verfügung vom 27. Februar 2017 sei aufzuheben und A. ___ sei bei einem IV-Grad von 100 % mit Wirkung ab 1. Januar 2014 eine ganze Rente, mit Wirkung ab 1. Oktober 2014 bei einem IV-Grad von 47 % eine Viertelsrente zuzusprechen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

3. Eventuell: A. ___ sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der Unterzeichnende als Rechtsbeistand beizuordnen.

5. Mit Eingabe vom 15. Mai 2017 (A.S. 15) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

6. Mit Verfügung vom 23. Mai 2017 (A.S. 32 f.) bewilligt der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Fürsprecher Herbert Bracher als unentgeltlichen Rechtsbeistand.

7. Die am 6. Juni 2017 eingereichte Kostennote des Vertreters des Beschwerdeführers (A.S. 35) wird der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juni 2017 (A.S. 36) zur Kenntnisnahme zugestellt.

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

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

2. Aufgrund der Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren einzig zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 9C_728/2014 vom 7. April 2015 E. 4).

E. 4

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die, für die Beurteilung des streitigen Anspruchs, erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und

nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 27. Februar 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

5. Wie bereits unter E. II. 2. hiervor ausgeführt, ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. Februar 2017 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat.

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

6.1 Der Beschwerdeführer befand sich vom 8. November bis 27. Dezember 2000 in der O.____ in stationärer physikalisch-balneologischer Behandlung. Im Bericht vom 12. Januar 2001 (IV-Nr. 9 S. 6 f.) wurde festgehalten, durch die intensiven Physiotherapien sei es nicht zu einem gewünschten Therapieerfolg gekommen. Bei der Austrittsuntersuchung seien unverändert ins Bein ausstrahlende Schmerzen angegeben worden. Auch die Kribbelparästhesie am rechten Unterschenkel im Dermatome L5 sei geblieben. Dennoch fühle sich der Beschwerdeführer insgesamt kräftiger. Objektiv sei eine leicht verbesserte Lendenwirbelsäulen-Beweglichkeit festgestellt worden, Fingerbodenabstand 15 cm (bei Eintritt 24 cm). Druckdolenz im Lendenwirbelsäulenbereich paravertebral rechts, Lasègue rechts endgradig positiv.

Zur weiteren Stabilisation der Rumpfmuskulatur würden dem Beschwerdeführer ausser regelmässigen Heimübungen auch leichtes Krafttraining sowie Thermalbäder empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit beim Austritt betrage 0 % bis Ende Januar 2001, 50 % ab 1. Februar 2001, bei positivem Verlauf sei eine baldige Steigerung denkbar.

6.2 Im Arztbericht vom 16. Februar 2001 (IV-Nr. 9 S. 1 ff.) hielt Dr. med. P.____, Allgemeinmedizin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Der Beschwerdeführer sei seit 19. Juni 2000 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Werkzeugmacher zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der täglichen Rückenschmerzen hauptsächlich im Stehen oder nach stündigem Gehen sei es ihm unmöglich, auch nur leichte körperliche Arbeiten auszuführen. Die bisherige Tätigkeit als Werkzeugmacher könne nicht mehr ausgeführt werden. Anzustreben sei eine Umschulung oder Umorientierung in einen körperlich belastungsarmen Beruf, wie Bürotätigkeit, Tätigkeit als Gewerbelehrer etc. Der Beschwerdeführer besuche deshalb zurzeit Schreibmaschinen- und PC-Kurse. Berufliche Massnahmen seien indiziert.

6.3 Im Arztbericht vom 3. Juli 2002 hielt Dr. med. P.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 40):

Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Werkzeugmacher vom 19. Juni 2000 bis 30. April 2002 zu 100 % und ab 1. Mai 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische

Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Eine Umschulung zum Prozessfachmann sei bereits eingeleitet worden. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei sei zu beachten, dass es sich um eine Beschäftigung in körperlich leichter Tätigkeit, möglichst mit Wechsel zwischen sitzender, stehender oder gehender Arbeit handle. Aktuell:

Arbeitssuche zu 50 % in geeigneter Tätigkeit. Nach dem Arbeitsbeginn könne innert 2 - 3 Monaten mit einer Steigerung auf eine volle Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.4 Im Rahmen der kontrastmittelverstärkten MRT der HWS vom 13. Februar 2007 (IV-Nr. 107 S. 42) hielt Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Medizinische Radiologie, R.____, folgenden Befund fest: Leichtgradige Chondrose und Protrusion C6/C7 ohne Nachweis einer neuralen Beeinträchtigung bei noch breit erhaltenem Subrachnoidalraum um das Myelon und gut einsehbaren Neuroforamina. Keine relevanten Diskopathien im Bereich der übrigen Segmente der HWS. Kongruente craniocervikale Gelenke und freie obere Thoraxaperturen.

6.5 Das MRI der Wirbelsäule vom 16. März 2010 (IV-Nr. 121.2 S. 3 f.) beurteilte Dr. med. S.____, Oberarzt Radiologie, T.____, im Bericht vom 18. März 2010 wie folgt: Multisegmentale degenerativ bedingte Bandscheibenveränderungen im Sinne von Entwässerung und breitbasige Dorsalprotrusion mit Streckfehlhaltung. Auf Segmenthöhe C3/4 mässiggradige spondylodiskogen bedingte Einengung beider Neuroforamina mit möglicher belastungsbedingter Reizung der hier austretenden Nervenwurzeln C4 beidseits. Im Segment C4/5 Nachweis einer breitbasigen rechts rezessalen / -foraminalen Diskushernie mit Abdrängung und Reizung der hier traversierenden Wurzel C6. Keine Myelopathie.

6.6 Dr. med. U.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, hielt mit Bericht vom 9. Januar 2012 aufgrund der Sprechstunde vom 16. Dezember 2011 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 107 S. 37 f.):

Vor zehn Jahren habe der damals 44jährige Beschwerdeführer wegen einer komplikationsträchtigen Anterolisthese zufolge Lyse des Bogens LWK5 den Spinalkanal dekomprimieren und die Wirbelsäule stabilisieren lassen müssen. Indikation zur Operation sei eine Diskusequestrierung mit Kompression der Wurzel L5 rechts gewesen. Seither leide der Beschwerdeführer unter chronischen unteren Rückenschmerzen, bedürfe zu deren Behandlung einer Dauerphysiotherapie als auch Opioiden zwecks Analgesie. Diese Entwicklung sei eher ungewöhnlich und stelle zwangsläufig die Frage nach der pathophysiologischen Grundlage.

Als zweiter Problemkreis am Achsenskelett habe der inzwischen 51jährige Beschwerdeführer in den letzten vier Jahren chronische Nackenbeschwerden entwickelt. Zu deren Abklärung sei er im Februar 2007 wie auch im März 2010 kernspintomographiert worden. Dabei zeigten sich Bandscheibendegenerationen der Segmente C3 bis C7 mit Vorwölbungen, welche relativ den Spinalkanal beengten und zeitweilig zu radikulären Reizungen führten. Offensichtliche Komponenten, welche prognostisch belastend inzwischen chronische Schmerzen plausibel begründeten, fänden sich hingegen nicht. Somit spiele sich wie im unteren Rücken nach zwei Operationen auch betreffend Nacken neuerlich eine Schmerzchronifizierung ab.

Differenzialdiagnostisch sei eine mehr als zehn Jahre verkannte rheumatologisch-entzündliche Grunderkrankung, welche grundsätzlich chronische Beschwerden erklären könnte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Zur Frage einer allfälligen dysfunktionellen Nozizeption könne angesichts einer einzigen Konsultation ohne profunde Kenntnisse nicht Stellung genommen werden: Der Physiotherapeut kenne den Beschwerdeführer viele Jahre und habe in der telefonischen Diskussion einen solchen Aspekt glaubhaft verneint. Der Beschwerdeführer sei mit dem Setting der letzten Jahre optimal medizinisch möglich behandelt worden. Vorschläge zu einer Therapieoptimierung könnten folglich nicht unterbreitet werden. Das Fazit therapie-refraktärer Beschwerden scheine beim Beschwerdeführer weiterhin Tatsache zu bleiben.

6.7 Im Bericht vom 29. Februar 2012 (IV-Nr. 107 S. 34 f.) hielt Dr. med. V.____, Abteilungsärztin, M.____, aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 8. bis 21. Februar 2012 folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer sei bei oben genannten Diagnosen zur muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden. Im Vordergrund sei ein chronisch rezidivierendes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit schwankender Schmerzintensität von 3 - 9/10 auf der VAS gestanden. Der Beschwerdeführer habe unter der multimodalen Rehabilitationsbehandlung erfreuliche Fortschritte erzielt. Durch Triggerpunktbehandlung im Bereich der BWS, leichte Traktion der HWS und manuelle Detonisierung habe eine Schmerzreduktion auf VAS 2 - 4/10 erreicht werden können. Auch von der TENS-Behandlung habe der Beschwerdeführer profitiert, ein Gerät sei verordnet worden. Im Rahmen einer kurzen ergonomischen Testreihe sei es zu folgenden Ergebnissen gekommen: PACT 178 Punkte, entspreche einer mittleren Belastung von 10 - 25 kg. Handkraft maximal rechts 47, links 40, über der Norm. Waddell-Untersuchung ohne Symptomausweitung. Im 6-Minuten-Gehtest 555 Meter (Norm 585 - 735), ohne signifikanten Anstieg der Herzfrequenz. Arbeiten über Schulterhöhe sei unter Angaben von Schmerzen nach 2,20 und 3,47 Minuten abgebrochen worden, ohne dass ein objektives Limit erkennbar gewesen sei. Stehen vorgeneigt sei über einen Zeitraum von 5 Minuten möglich gewesen. Die Ausrichtung auf dieser Position sei verzögert gewesen. Die radiologische Untersuchung der rechten Schulter vom 10. Februar 2012 habe unauffällige Verhältnisse an den knöchernen Strukturen und den penartikulären Weichteilen ergeben. Keine Omarthrose, keine Tendinitis oder Bursitis calcarea. Die ambulante Physiotherapie sei wie bisher 1 x pro Woche fortzusetzen. Die Therapie sei rezeptiert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsfähig mit einem 80 % Pensum als Servicetechniker.

6.8 Dr. med. W.____, FMH Radiologie, hielt aufgrund des am 28. März 2013 (IV-Nr. 107 S. 32) durchgeführten MRT der LWS folgende Beurteilung fest: Durch Metallartefakte nicht beurteilbare Segmente L4-S1. Im Übrigen nativ normale Befundsverhältnisse.

6.9 Aufgrund der CT der LWS vom 5. April 2013 hielt Dr. med. Q.____ im Bericht vom 5. April 2013 folgenden Befund fest (IV-Nr. 107 S. 29): Reizloser Sitz der Spondylodese-Schrauben und kein Nachweis einer Anterolisthese von LWK5. Die Neuroforamina liessen sich wegen Metallartefakten nicht beurteilen. Hingegen bestehe eine beidseitige Gefügelockerung L4/5 mit leichtgradiger sekundärer Stenosierung der Neuroforamina und denkbarer Beeinträchtigung von L4. Bei entsprechender Klinik eventuell foraminale PRT [Periradikuläre Therapie] L4/5 beidseits?

6.10 Dr. med. L.____, FMH Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 17. April 2013 (IV-Nr. 107 S. 30 f.) folgende Diagnosen fest:

Seit acht Wochen beschreibe der Beschwerdeführer einen neuartigen, therapeutisch mittels Physiotherapie sowie NSAR kaum zu behandelnden Schmerz im Bereiche der LWS / des Sakrums mit Gefühl von Instabilität. Die Beschwerden strahlten in beide Beine, insbesondere Knie, aus und führten zu intermittierendem Kraftverlust. Stehen bereite rasch Schmerzen. Weder eine MRT noch eine CT der LWS (vgl. E. II. 6.8 f. hiervor) führten zu einer schlüssigen Diagnose (Metallartefakte sowohl im MRI sowie im CT, wobei letzteres pathophysiologisch sowie technisch kaum nachzuvollziehen sei).

6.11 Dr. med. X.____, Spezialarzt FMH für Medizinische Radiologie und Neuroradiologie, hielt in seinem Bericht vom 13. Mai 2013 (IV-Nr. 107 S. 27 f.) fest, er habe folgende Untersuchung durchgeführt: RF Myelografie mittels lumbaler Punktion und CT Lendenwirbelsäule und CR Lendenwirbelsäule. Diese beurteilte er wie folgt: Status nach transpedikulärer Verschraubung L5/S1 bei Lyse und Anterolisthesis. Minimale Spondyloanterolisthesis L5/S1. Intaktes Osteosynthesematerial. Relative Stenose der Foramina L5 beidseits und L4 rechts. Osteochondrose L4/5 mit Retrolisthesis als Zeichen einer Mikroinstabilität. Hypertrophe Spondylarthrose L4/5 mit auffallend breitem Gelenkspalt. Relative sekundäre Spinalkanalstenose bei begleitender Hypertrophie der Ligamenta flava, bzw. des Kapselbandapparates. Mikroinstabilität L4/5.

6.12 Im Bericht vom 1. Mai 2013 hielt Dr. med. Y.____, Facharzt Neurochirurgie, Z.____, Neurochirurgische Abteilung, folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 107 S. 23 f.):

Der Beschwerdeführer leide an einem lumboglutealen Schmerz links mit gelegentlichen radikulären Schmerzen im Bereich der Unterschenkelaussenseite beidseits, was evtl. einer Claudicatio Spinalis symptomatik entspreche, wobei die bisherige Bildgebung nicht schlüssig sei. Der Leidensdruck sei relativ hoch, so dass dem Beschwerdeführer zum definitiven Ausschluss einer Kompression oder erneuten Instabilität eine Myelographie empfohlen worden sei. In Abhängigkeit vom Myelographiebefund werde er über weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen entscheiden, wobei es sich meistens um ein Anschlusssegmentproblem L4/5 handle, so dass evtl. eine Infiltration L4/5 sinnvoll sei. In diesem Sinne habe er den Beschwerdeführer orientiert und werde nach Erhalt der Myelographie diese mit Dr. med. AA.____ besprechen. Er hoffe, dass die Beschwerden konservativ und nicht durch eine grössere Operation (Dekompression und Stabilisation L4/5) behandelt werden könnten.

6.13 Im Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 3. bis 10. Juli 2013 hielt Dr. med. Y.____ im Bericht vom 10. Juli 2013 (IV-Nr. 107 S. 21 f.) folgende Diagnosen fest: «Ausgeprägte Spondylarthrose und Hypermobilität L4/5; Spinalkanalstenose L4/5; Mediolaterale Diskushernie L4/5 links». Es habe am 4. Juli 2013 folgende Operation stattgefunden: 1. Mikrochirurgische Refenestration und Recessotomie L4/5 beidseits, 2. Entfernung der Diskushernie L4/5 links und Ausräumung der Bandscheibe L4/5 beidseits, 3. Partielle Recessotomie und Fensterung L3/4 beidseits, 4. Transpedikuläre Verschraubung L4 bis S1 beidseits (USS-Poli 2), 5. Interkorporelle Spondylodese L4/5 beidseits (Plivio-Cage). Der Frühverlauf sei erfreulich, da keine Komplikationen beständen und nur diskrete Restschmerzen vorhanden seien. Er habe den Beschwerdeführer zur Schonung angehalten, das Korsett werde strikt getragen und er werde die Übungen entsprechend seinen Möglichkeiten durchführen. Dr. med. L.____ werde

gebeten, die Wundverhältnisse zu kontrollieren und circa am 18. Juli 2013 die Klammern zu entfernen. Bei weiter unauffälligem Verlauf sei eine Nachkontrolle am 18. September 2013 vorgesehen.

6.14 Im Bericht vom 18. September 2013 (IV-Nr. 107 S. 19 f.) bestätigte Dr. med. Y.____ die bereits im Bericht vom 10. Juli 2013 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) festgestellten Diagnosen. Der Verlauf sei erwartungsgemäss, da noch vor allen Dingen radikuläre Restbeschwerden vorlägen, die eventuell als Folge der Distraction des Segments L4/5 anzusehen seien. Er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass die Restbeschwerden in Anbetracht der Diagnose und Reoperation noch normal seien und mit einem längeren Verlauf gerechnet werden müsse. Das Ergebnis der Operation sei frühestens nach sechs, wahrscheinlich aber erst nach 12 Monaten definitiv zu beurteilen. Der Beschwerdeführer könne leichte Arbeiten im Haushalt durchführen, wegen der Triggerpunkte im Bereich vom Gesäss links und thorakalen Verspannungen habe er ein Rezept für eine lokale Therapie ausgestellt. Er hoffe, dass sich die Beschwerden langsam weiter auf ein für den Beschwerdeführer auch zufriedenstellendes Ausmass zurückbilden werden und werde diesen am 4. November 2013 klinisch und radiologisch nachkontrollieren.

6.15 Aufgrund der Kontrolle der Auto-CPAP-Therapie mit Umstellung auf CPAP-Modus vom 14. Januar 2014 wurden vom T.____, Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum, im Bericht vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 107 S. 13 ff.) folgende Diagnosen festgestellt:

Der Beschwerdeführer komme mit der CPAP-Therapie gut zurecht und nutze diese regelmässig. Der Schlaf sei wieder erholsamer, die Tagesmüdigkeit reduziert. Probleme im Umgang mit dem CPAP-Gerät bestünden nicht. Im Gerätedownload und in der Pulsoxymetrie zeige sich eine gute Suppression der respiratorischen Ereignisse mit noch einem Restapnoe- / Hypopnoe-Index bzw. Desaturationsindex von 4/h. Das Gerät nutze den vorgegebenen Druckbereich aus. Es sei bei noch Restereignissen und gemischtem Schlafapnoe-Syndrom auf eine CPAP-Therapie mit fixem Druckniveau umgestellt worden. Eine kurzfristige Verlaufskontrolle in vier Wochen sei vorgesehen.

6.16 Dr. med. Y.____ bestätigte in Bezug auf die Jahres-Kontrolle vom 23. Juli 2014 im Bericht vom 24. Juli 2014 (IV-Nr. 101 S. 1 f.) die bereits im Bericht vom 10. Juli 2013 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Das Ergebnis sei befriedigend, aber nicht gut, da noch deutliche Restsymptome bestünden. Die Spondylodese sei fixiert und stabil, so dass therapeutische Bemühungen im Moment nicht indiziert und notwendig seien. Er habe den Beschwerdeführer darin bestärkt, sein Arbeitsprogramm weiter auszubauen, hoffe, dass die Arbeitsfähigkeit langsam gesteigert werden könne, und werde den Patienten klinisch in 6 Monaten nochmals kontrollieren.

6.17 Dr. med. L.____ führte in seinem Arztbericht vom 16. Dezember 2014 (IV-Nr. 107 S. 5 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Januar 2013 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen würden eine Arbeitsleistung von mehr als 3 Stunden pro Tag verhindern, was in der freien Wirtschaft nicht realistisch sei. Die Beschwerden würden als ziehend und brennend, ausgehend von der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine beschrieben. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit

am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Wie schon erwähnt habe der aktuelle Arbeitsversuch abgebrochen werden müssen, wobei die Situation mindestens alle 6 Monate reevaluiert werden müsse, um einen erneuten Versuch zur Reintegration in die Arbeitswelt wagen zu können. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Diese seien sitzend, für 1 - 2 Stunden pro Tag, ohne körperliche Belastung wie Heben leichter bis mittelschwerer Lasten, in einem zeitlichen Rahmen von 1 - 3 Stunden pro Tag maximal zumutbar.

6.18 Der den Beschwerdeführer seit 7. August 2014 behandelnde Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Arztbericht vom 5. Januar 2015 (IV-Nr. 108) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Januar 2013 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Ein wesentlicher Teil der Einschränkungen bei der bisherigen Tätigkeit ergebe sich aus dem somatischen Teil der Erkrankung. Daneben hätten aber auch die ausgeprägte Tagesmüdigkeit und die Konzentrationsstörung eine Ausdehnung der täglichen Arbeitszeit bei E.____ verunmöglicht. Obschon Dr. med. N.____ ankreuzte, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, gab er eine zumutbare zeitliche Dauer von 2 - 3 Stunden/Tag an. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer denn auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

6.19 In der Stellungnahme vom 3. März 2015 zog Dr. med. G.____, RAD, folgendes Fazit (IV-Nr. 111 S. 2 ff.): Seit der zweiten Versteifungsoperation im Juli 2013 sei es zu einem protrahierten Heilungsverlauf mit objektiv zwar guter Verheilung, jedoch noch weiter bestehenden Schmerzen gekommen. Im Belastbarkeitstraining sei die Steigerung der Arbeitszeit nicht über drei Stunden möglich gewesen. Im weiteren Verlauf sei es zusätzlich zur Entwicklung einer depressiven Störung gekommen, der Beschwerdeführer habe im August 2014 eine Psychotherapie aufgenommen. Neu sei im Herbst 2014 auch das Medikament Lyrica installiert worden, dies zur Behandlung neuropathischer Beschwerden. Unter dem Medikament sei es zwar zu einer Reduktion der brennenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Knie gekommen, auch Bezüglich der HWS Problematik beschreibe der Hausarzt die aushaltbaren Restbeschwerden als zufriedenstellend. Neurochirurgisch seien mit der letzten Kontrolluntersuchung im Juli 2014 keine weiteren Massnahmen erforderlich. Dennoch attestiere Dr. med. L.____ im Arztbericht vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiervoor) insgesamt den Alltag deutlich einschränkende Restbeschwerden und für sitzende Tätigkeiten ohne körperliche Belastungen nur noch eine Arbeitsfähigkeit für 1 - 3 Stunden maximal pro Tag. Laut Psychiater ergebe sich die wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus dem somatischen Teil der Erkrankung, zusätzlich bestünden eine Müdigkeit und verringerte Konzentrationsfähigkeit. Auch er attestiere eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 2 - 3 Stunden, dies vermutlich aus somatischer und psychiatrischer Sicht kombiniert, da eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht in Anbetracht einer nur leichten bis höchstens mittelschweren depressiven Episode sehr hochgegriffen scheine. Es stelle sich die Frage, weshalb auch für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten nur eine Belastbarkeit von bis zu 3 Stunden täglich möglich sei. Fraglich sei

ausserdem, ob eine weitere Besserung der Belastbarkeit möglich sei (Fortführung der Psychotherapie, Medikamentöse Schmerzmodulation u.a.). Eine Begutachtung der medizinischen Situation sei notwendig. Sie sollte polydisziplinär in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie durchgeführt werden.

6.20 Die Gutachter Dr. med. AB.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. K.____, FMH Rheumatologie, Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH Neurologie, H.____, hielten im Gutachten vom 2. November 2015 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 121.1):

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Insgesamt kommen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass beim Exploranden für körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten ebenso wie für die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte mit Sicherheit ab September 2015. Wahrscheinlich könne über die Zeit gemittelt diese Arbeitsfähigkeit seit Juli 2013 angenommen werden nach vorangehend voller Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten.

6.21 Dr. med. L.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2015 (IV-Nr. 123) zum Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) fest, diese halte zusammengefasst beim Beschwerdeführer eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (ganztags mit erhöhtem Pausenbedarf) für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten für die umgeschulte Tätigkeit als Prozessfachmann für gerechtfertigt. In Zusammenarbeit mit der Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführer in der E.____ von Mai bis November 2014 ein hochspezialisiertes Arbeitstraining absolviert. Eine Arbeitsleistung über drei Stunden habe nicht erreicht werden können. Diese maximale Arbeitszeit sei durch eine nicht mehr aushaltbare Schmerzsituation im Bereiche der HWS wie auch der LWS bedingt. Auf die grundlegende Problematik der Begrenztheit gutachterlicher Beurteilungen im Rahmen kurzzeitiger Begegnungen mit Versicherten solle hier nicht eingegangen werden. Schlussfolgerungen professioneller Eingliederungsfachleute seien jedoch zwingend in Beurteilungen vom Gutachten einzubinden, wenn abschliessend zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werde. Es sei nicht statthaft, wenn durch die Beschwerdegegnerin Belastbarkeitstrainings durchgeführt würden und diese nicht in die Beurteilung einflössen, ja vollständig ignoriert würden. Er bitte die Beschwerdegegnerin, oben genannten Umständen Rechnung zu tragen. Aktuell sei aufgrund der Schmerzsituation erneut eine stationäre Behandlung in einer Schmerzlinik nötig; der Beschwerdeführer werde Anfangs 2016 in die M.____ eintreten.

6.22 Dr. med. AC.____, Oberärztin, M.____, hielt im Bericht vom 8. Februar 2016 (IV-Nr. 125 S. 2 f.) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. Januar bis 6. Februar 2016 folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer sei zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation bei chronisch rezidivierendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom zugewiesen worden. Bei Eintritt habe er über anhaltende und belastungsabhängige Schmerzen im lumbovertebralen Bereich geklagt, ausstrahlend in beide ISG. Die Schmerzen seien auf der VAS unter Opiattherapie bei 6/10 gelegen. Dazu habe er Nackenschmerzen beklagt, welche die HWS-Beweglichkeit

einschränkten sowie belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. Klinisch zeige sich eine Klopfdolenz über Proz. spinose von BWK10 bis LWK5, eingeschränkte Vorbeugung mit FBA 38 cm sowie Einschränkung der Reklination und Seitneigung der Wirbelsäule. Hinweise für eine Nervenbeteiligung hätten nicht festgestellt werden können.

Der Beschwerdeführer sei in ein multimodales Therapieprogramm mit Schwerpunkten auf Verbesserung der allgemeinen Ausdauer, Verbesserung der rückenstabilisierenden Muskulatur, Schmerzlinderung und Erarbeitung eines Heimprogrammes integriert worden. Auf diese Behandlungen habe er gut angesprochen. Das Gangbild habe sich leicht verbessert, sei insgesamt lockerer gewesen und die Beschwerden im lumbovertebralen Bereich hätten in der Intensität abgenommen (VAS 2-3/10). Die allgemeine Ausdauer sei nach wie vor noch reduziert gewesen. Im 6-Minuten-Gehtest habe er bei Eintritt 500 m bei Austritt 530 m erreicht (Normwert 708 m). Insgesamt habe der Beschwerdeführer vom stationären Aufenthalt gut profitieren können.

6.23 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 127) fest, grundsätzlich sei das Gutachten medizinisch schlüssig und nachvollziehbar. Dennoch rüge Dr. med. L.____ nachvollziehbar, dass im Gutachten die von der postulierten Arbeitsfähigkeit abweichende beobachtete Leistungsfähigkeit im Rahmen der beruflichen Eingliederung nicht diskutiert worden sei. Es sei keine medizinische Auflage angezeigt. Die empfohlenen medizinischen Massnahmen führten nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit zu einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die bereits angegebenen 70 %. Die Frage nach der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei erst nach Rückfrage bei den Gutachtern möglich: Der Einwand von Dr. med. L.____ solle der Gutachterstelle weitergeleitet werden mit der Bitte um Diskussion der divergierenden Einschätzung im Hinblick auf die beobachtete Leistungsfähigkeit im Rahmen der beruflichen Eingliederung.

6.24 In ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2016 (IV-Nr. 129) hielten die Gutachter der H.____, Dr. med. AB.____, Dr. med. AD.____ und Dr. med. AE.____, Ärztliche Leitung, zum Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. L.____ vom 6. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.21 hiavor) fest, dieser mache vor allem geltend, dass das «hochspezialisierte Arbeitstraining» in der E.____ vom November 2014 eine Arbeitsleistung > 3 Stunden nicht habe erbringen können, dass das Gutachten der H.____ nicht darauf Bezug genommen habe und dass diese Arbeitsabklärung viel höher zu gewichten sei als eine schnelle gutachterliche Einschätzung.

Die Spezialisten bei der Arbeitsabklärung versuchten in verschiedenen Tätigkeitsbereichen auszuloten, was die am Programm teilnehmenden Personen alles ausüben könnten. Selbstverständlich funktioniert dies vor allem dann, wenn die teilnehmenden Personen voll kooperativ und ohne Selbstlimitierung seien. Ansonsten werde eine Einschätzung schwierig. Es werde insbesondere dann schwierig, wenn die untersuchten Personen durch den behandelnden Arzt teilweise oder höhergradig oder ganz arbeitsunfähig geschrieben würden, Anweisungen, woran sich die berufliche Abklärungsstelle primär fraglos zu halten habe. Gemäss der Erfahrung der Ärzte der H.____ sei noch nie durch eine berufliche Abklärungsstelle eine Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch die behandelnden Ärzte in irgendeiner Weise infrage gestellt oder als ungültig erklärt worden. Dies sei auch nicht die Aufgabe der nicht-medizinischen Abklärungsperson. Wenn nun Dr. med. L.____ darauf verweise, dass das «hochspezialisierte Arbeitstraining» keine Leistung von mehr als 3 Stunden habe erreichen können, da es dann zu «nicht mehr aushaltbaren Schmerzen» gekommen sei, genau diese Limitierung jedoch durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis durch

Dr. med. L.____ vorgegeben gewesen sei, könne selbstverständlich nicht der Umkehrschluss daraus gezogen werden, dass die berufliche Abklärung den Nachweis einer maximal dreistündigen Belastbarkeit ergeben habe. Dies sei ja durch den behandelnden Dr. med. L.____ eigenhändig induziert worden. Damit sei nachgewiesen, dass auf den neuerlichen Bericht von Dr. med. L.____, welcher wiederum seine ursprüngliche Einschätzung quasi als neuen Beweis darlegen möchte, selbstverständlich nicht abgestützt werden könne. Am Gutachten, welches auf der Erhebung von objektivierbaren Befunden beruhe, könne weiterhin vollumfänglich festgehalten werden.

6.25 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 131) fest, in der vorliegenden Stellungnahme der H.____ würden die «divergierende Einschätzung» bzw. die Erkenntnisse aus der beruflichen Eingliederung relativiert und nachvollziehbar begründet, weshalb weiterhin an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die auf objektivierbaren Befunden beruhe, festgehalten werden könne. Daher könne nun gestützt auf das Gutachten der H.____ wie folgt zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden: 0 % Arbeitsfähigkeit seit Januar 2013 für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten wie die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher. 70 % Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten wie auch die des Prozessfachmanns (100 % Pensum mit 30 % Leistungsminderung bei erhöhtem Pausenbedarf). Diese Arbeitsfähigkeit könne grundsätzlich ab Juli 2014 angenommen werden (davor 0 % Arbeitsfähigkeit angepasst von Juli 2013 bis Juli 2014), entsprechend der Einschätzung des Neurochirurgen Dr. med. Y.____, der in der Jahreskontrolle am 23. Juli 2014 die Behandlung abgeschlossen (vgl. dazu IV-Nr. 101) und den Ausbau des Arbeitsprogrammes befürwortet habe. Spätestens ausgewiesen sei sie ab dem Datum des Gutachtens (September 2015).

6.26 Dr. med. N.____ hielt im Arztbericht vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 139) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Der Beschwerdeführer sei seit 1. Januar 2013 bis auf weiteres in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei stationär. Er behandle den Beschwerdeführer seit 7. August 2014. Unter dem Titel «Zwischenanamnese seit 5. Januar 2015» wurde festgehalten: Am Zustand und den Lebensumständen des Beschwerdeführers habe sich in der Zwischenzeit nichts geändert, ausser dass er jede dritte Woche eine Stunde über Mittag für einen Mahlzeitendienst fahre und sein früheres Hobby, das Dartspiel, aufgegeben habe. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit dadurch aus, dass der Beschwerdeführer, wie auch die Wiedereingliederungsmassnahme gezeigt habe, vor allem durch seine Schmerzerkrankung in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Einen kleineren Teil dazu würden auch die rasche Ermüdbarkeit und die zeitweilig eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit beitragen. Ihm sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne auch nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Die Wiedereingliederungsmassnahme habe die engen Grenzen der Belastbarkeit bzw. Arbeitsfähigkeit gezeigt. Aktuell arbeite der Beschwerdeführer jede dritte Woche für einen Mahlzeitendienst. Während circa einer Stunde pro Tag müsse er das Mittagessen zu den Kunden nach Hause bringen. Die Schmerzen nähmen dabei bei jedem Tag zu und seien am Freitag in der Regel nur noch knapp zu überwinden. Der Beschwerdeführer wolle trotzdem an dieser Tätigkeit festhalten, eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit ergebe sich daraus aber nicht.

6.27 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 (IV-Nr. 141 S. 2) fest, der psychiatrische Bericht von Dr. med. N.____ ergebe keinen Hinweis darauf, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers verändert habe. Unverändert bestehe die Diagnose einer depressiven Störung, gemäss Psychiater zwischen leicht und mittelgradig schwankend. Von dem im Arztbericht dargestellten Psychostatus lasse sich höchstens ein leichter Schweregrad der Depression ableiten («Im Gespräch stets zugewandt, guter affektiver Rapport bei zeitweiser eingeschränkter Schwingungsfähigkeit.»). Der Gesundheitszustand sei gemäss dem Psychiater stationär, am Zustand und den Lebensumständen habe sich nichts geändert. Der Bericht von Dr. med. N.____ stelle eine unveränderte Situation dar, sodass sich die Einschätzung des RAD nicht geändert habe.

7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 27. Februar 2017 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der H.____ vom 2. November 2016 (vgl. II. E. 6.20 hiervor) abgestellt hat.

7.1 Das von Dr. med. AB.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. AD.____ FMH Rheumatologie, Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH Neurologie, verfasste Gutachten vom 2. November 2015 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So wurden zunächst sowohl sämtliche Vorakten ab 29. August 2000 unter «Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge» als auch die wichtigsten medizinischen Berichte unter dem Titel «Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten» zusammengefasst (IV-Nr. 121.1 S. 5 ff.), wobei der rheumatologische Experte in seinem fachspezifischen Teilgutachten betreffend die bildgebenden Untersuchungen noch entsprechende Ergänzungen festgehalten hat (IV-Nr. 121.1 S. 20 f.). Es kann daher bei den Gutachtern von der Kenntnis sämtlicher Vorakten ausgegangen werden. Weiter wurde der Beschwerdeführer je einer separaten Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen, womit auch seine geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind (IV-Nr. 121.1 S. 10 f. 13 ff., 18 f., 26 f.). Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem sowohl der internistische als auch der rheumatologische und neurologische Status erhoben wurden (IV-Nr. 121.1 S. 12, 19 f., 27 f.). Zudem wurden der psychopathologische Befund erhoben (IV-Nr. 121.1 S. 15 f.) und Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 121.1 S. 12). Auch die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein: So führte Dr. med. AB.____ im Rahmen seiner internistischen Begutachtung aus, es falle im allgemeininternistischen Status ein Übergewicht mit einem BMI von 28 kg/m² auf, ansonsten sei dieser weitgehend unauffällig gewesen. Auch die Laboruntersuchungen seien weitgehend bis auf einen leicht erhöhten Kreatininwert von 109 umol/l/1 unauffällig gewesen (S. 12). Diese Einschätzungen vermögen unter Heranziehung sowohl der Ergebnisse des internistischen Status als auch der Laboruntersuchung, beide vom 31. August 2015, zu überzeugen. Dabei wurden im Bereich des Kopfes, des Halses, der Stirn, der Oberarme sowie der Beine, Lungen und des Abdomens weitgehend unauffällige Befunde festgestellt. Im Labor wurden ebenfalls insgesamt normale Werte ausgewiesen. Bezüglich der durch den Beschwerdeführer bei der Exploration beklagten Harninkontinenz (S. 10) führte Dr. med. AB.____ in überzeugender Weise aus, dies sei im Sinne einer Dranginkontinenz zu verstehen und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Aufgrund der vorliegenden Aktenlage erscheint denn auch schlüssig, wenn der Allgemeinmediziner dafürhält, dass in Bezug auf den vom Beschwerdeführer beklagten dauernden pfeifenden Tinnitus links keine ORL-Berichte vorlägen und diesbezüglich aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 12).

Der psychiatrische Experte Dr. med. J.____ hielt in seinem Teilgutachten fest, es habe bei der Untersuchung keine eigentliche depressive Verstimmung festgestellt werden können (S. 16 unten). Diese Einschätzung vermag zu überzeugen: So habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung einen gepflegten Eindruck gemacht, sei freundlich und kooperativ gewesen, sei ausführlich auf die gestellten Fragen eingegangen, habe eine besorgte Stimmung und keine Antriebsstörungen aufgewiesen. Die Psychomotorik sei lebhaft und der affektive Kontakt gut gewesen. Er habe einen wachen Eindruck gemacht, sei zeitlich, örtlich und situativ sowie zur eigenen Person gut orientiert gewesen und habe sich differenziert ausgedrückt, habe keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt, die Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Weiter hätten keine Denkstörungen, Wahnvorstellungen, illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen festgestellt werden können (S. 16 f.). Die Ausführungen des psychiatrischen Experten, wonach die seit Jahren bestehenden Schmerzen, die Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen, die Tatsache, dass er seit längerer Zeit keine Arbeit mehr nachgehe und keine beruflichen Perspektiven habe, beim Beschwerdeführer zu einer leichten depressiven Verstimmung führten, erscheinen plausibel (S. 17). In diesem Zusammenhang ist nachvollziehbar, dass Dr. med. J.____ die Diagnose einer leichten depressiven Episode stellte.

Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens hielt Dr. med. K.____ fest (S. 22), es bestehe ein Becken- und Schultergeradestand, bei einer weitgehend physiologischen Wirbelsäulenform, die lumbalen Wirbelsäulenabschnitte zeigten eine deutliche Bewegungseinschränkung hinsichtlich der Lateralflexion und Reklination. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der durchgeführten Untersuchungen (S. 19) als nachvollziehbar. So wurde dabei festgestellt, die im Stehen geprüfte Lateralflexion sei beidseits um mindestens zwei Drittel eingeschränkt, nach links schmerzhafter als nach rechts. Die Reklination sei global um 1 - 2 Drittel schmerzbedingt eingeschränkt. Laut dem rheumatologischen Gutachter korrelierten diese Befunde denn auch mit der aktuell radiologisch verifizierten gut sitzenden Spondylodese zwischen L4 bis S1. Daher vermag auch einzuleuchten, wenn der rheumatologische Experte darlegte, es könne knapp zwei Jahre nach Durchführung der letzten Stabilisierungsoperation lumbal von einem in Bezug auf das Operationsergebnis guten Verlauf ausgegangen werden (S. 22 f.). Die bei der Untersuchung der unteren Extremitäten des Beschwerdeführers weitgehend unauffälligen Befunde wurden von Dr. med. AD.____ als normal bezeichnet. Er führte weiter in überzeugender Weise aus, die beim rechten Knie festgestellten Befunde einer deutlich retropatellären Krepitation und eines deutlich patellofemorales Gleit- und Verschiebeschmerzes passten zu den im MRT vom Mai 2015 festgestellten degenerativen Veränderungen des femoropatellären Gleitlagers. Aufgrund der zusätzlich festgestellten deutlich umschriebenen Druckdolenz am medialen Gelenkspalt posterior und anterior mit positiven Meniskuszeichen hielt der Rheumatologe dafür, es könne eine Meniskuspathie postuliert werden (S. 23).

Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. med. I.____ aus, es wäre sinnvoll, wenn der Beschwerdeführer die Behandlung mit Gabapentin weiterführen und sich dafür erneut bei

der pneumologischen Sprechstunde am T.____ vorstellen würde, damit die CPAP-Therapie besser eingestellt werden bzw. ein Gerätewechsel erfolgen könnte, falls tatsächlich zentrale Apnoen nachgewiesen werden sollten (S. 29). Diese Ausführungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer bei der Exploration angegeben hatte, dass es unter der Therapie von Gabapentin zu einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen sei. Er habe aber das Medikament abgesetzt, da das CPAP-Gerät vermehrte Apnoen angezeigt habe. Er habe sich gut ans Schlafen mit der Maske gewöhnt und er habe sich tagsüber weniger müde und vom Schlaf besser erholt gefühlt (S. 26). Der bei der Untersuchung festgestellte Fussspitzgang beidseits mit wechselnder Ausprägung deutliches Defizit rechts mehr als links (S. 28) wurde vom neurologischen Gutachter dahingehend interpretiert, dass es sich dabei wahrscheinlich um ein demonstratives Verhalten handle. Diese Einschätzung vermag einzuleuchten, da der Gutachter weder Atrophien noch Reflexasymmetrien feststellen konnte und festhielt, dass auch der Pseudo-Lasègue auf der rechten Seite (positives Waddell-Zeichen) dafür spreche. Die bei der neurologischen Untersuchung getätigten Feststellungen, wonach beim Ankleiden kein rückschonendes Verhalten ersichtlich gewesen und beim Beschwerdeführer insbesondere das Aufrichten aus dem Liegen ruckartig nach vorne über erfolgt sei (S. 27), beurteilte Dr. med. I.____ in überzeugender Weise als ungewöhnlich bei unter chronischen Rückenschmerzen Leidenden. Er fügte an, es sei weiter ungewöhnlich, dass keine tendomyopathische Begleiterkrankung vorliege.

Damit kann dem polydisziplinären Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der H.____ allenfalls zu schmälern vermögen. Dabei ist zunächst auf den psychischen (vgl. II. E. 7.2.1 hiernach) und anschließend auf den somatischen (vgl. II. E. 7.2.2 hiernach) Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen:

7.2.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Vorakten zunächst festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 7. August 2014 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. N.____ befindet (vgl. E. II. 6.18 hiervor). Dieser wies die Diagnosen einer depressiven Episode zwischen leicht- und mittelgradig schwankend aus, ohne jedoch auf ein Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, wie z.B. das ICD-10 Bezug zu nehmen und attestierte dem Beschwerdeführer ■ vorwiegend aus somatischen Gründen ■ eine Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2013 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit, ohne sich indes näher mit dieser auseinanderzusetzen. Bereits aufgrund dieser Ausführungen vermag der Bericht des behandelnden Psychiaters vom 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) nicht vollumfänglich zu überzeugen. In diesem Sinne hielt denn auch der psychiatrische Experte Dr. med. J.____ im Rahmen des Gutachtens der H.____ vom 2. November 2015 fest (IV-Nr. 121.1 S. 17), er habe bei seiner psychiatrischen Untersuchung keine eigentlichen depressiven Symptome feststellen können. Der Beschwerdeführer habe von gewissen Minderwertigkeitskomplexen berichtet, da er nicht arbeite und die Partnerin alle Arbeiten übernehmen müsse. Er habe auch von mangelnden Zukunftsperspektiven und von einem leichten sozialen Rückzug gesprochen, da er seinen sportlichen Aktivitäten nicht mehr nachgehen könne. Er habe aber ausgeführt, dass er in der Regel gut schlafen könne, dass er morgens keine Mühe habe, aufzustehen. Er habe auch erwähnt, dass die Beziehung zu seiner Partnerin gut sei. Er habe von leichten Arbeiten im Haushalt berichtet, von

regelmässigen Spaziergängen und von regelmässigen Kontakten mit Kollegen und Freunden. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen, der leicht ausgeprägte soziale Rückzug und die mangelnden Zukunftsperspektiven begründeten gemäss überzeugender Herleitung von Dr. med. J. ___ die Diagnose einer leichten depressiven Episode. Es fänden sich indes keine Hinweise auf eine mittelgradige depressive Episode. Er führte weiter aus, es könne auch dem psychopathologischen Befund des behandelnden Psychiaters nicht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode leiden würde. Diese Darlegung leuchtet ein, da Dr. med. N. ___ u.a. festhielt (IV-Nr. 108 S. 3), der Beschwerdeführer sei im Gespräch sehr zugewandt gewesen, habe mit fester, gut modulierter Stimme und inhaltlich nachvollziehbar gesprochen. Der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen, bei etwas eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Das Bewusstsein sei klar gewesen und er sei allseits orientiert. Die Konzentrationsfähigkeit sei subjektiv vermindert, die mnestischen Funktionen seien intakt. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen oder Suizidalität. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Es kann daher der Einschätzung von Dr. med. J. ___ gefolgt werden, wonach die Depression leichtgradig ausgeprägt sei und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit begründe.

Der Bericht von Dr. med. N. ___ vom 5. Januar 2015 vermag das beweismässige psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. ___ nicht zu verringern.

7.2.2 Betreffend den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann folgendes festgehalten werden:

7.2.2.1 Einzugehen ist zunächst auf die rheumatologische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers: Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass sich in den vorliegenden Akten einzig ein rheumatologischer Bericht von Dr. med. AF. ___ vom 9. Januar 2012 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) findet. In diesem schloss der Rheumatologe in Bezug auf die im unteren Rücken sich abzeichnende Schmerzchronifizierung eine rheumatologisch-entzündliche Grunderkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus und sprach von therapie-refraktären Beschwerden. Es findet sich somit kein Widerspruch zu den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. K. ___ im polydisziplinären Gutachten der H. ___. So bestätigte dieser in seinem rheumatologischen Teilgutachten sowohl das Vorliegen eines chronischen lumbo-spondylogenen Schmerzsyndroms rechtsbetont als auch eines chronischen zervikalen bis zervikospondylogenen Schmerzsyndroms. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die bereits von Dr. med. AF. ___ als «sich abzeichnende Schmerzchronifizierung» bezeichnete gesundheitliche Beeinträchtigung im Laufe der Zeit im Rahmen eines Schmerzsyndroms manifestiert hat. Der rheumatologische Gutachter führte zudem aus, es müsse insgesamt aufgrund der subjektiv deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie der Selbstlimitierung von einer eher ungünstigen Prognose ausgegangen werden in Bezug auf eine baldige Reintegration in den Arbeitsprozess der ersten Wirtschaft (IV-Nr. 121.1 S. 26 oben). Diesbezüglich ist ebenfalls keine von Dr. med. AF. ___ abweichende Beurteilung ersichtlich.

In Bezug auf die Feststellungen des den Beschwerdeführer behandelnden Neurochirurgen Dr. med. Y. ___ im Bericht 24. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. K. ___ fest, Dr. med. Y. ___ habe den Exploranden Ende 2014, anfangs 2015 nochmals nachkontrollieren wollen, was nun aber offensichtlich nicht stattgefunden habe (S. 24 unten). Diese Einschätzung erweist sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten als korrekt. So findet sich darin kein nach dem 24. Juli 2014 verfasster

Bericht des behandelnden Neurochirurgen. Der rheumatologische Gutachter führte weiter aus, es könne grundsätzlich festgestellt werden, dass der behandelnde Neurochirurg eine Restarbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten und gut umschriebenen beruflichen Tätigkeit als gegeben angesehen habe, eine spezifische quantitative Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe von ihm jedoch nicht postuliert werden können, dementsprechend sei diesbezüglich keine aktuelle abschliessende Diskussion möglich. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der medizinischen Vorakten als korrekt. So sind den beiden von Dr. med. Y.____ zuletzt verfassten Berichten vom 4. Februar und 24. Juli 2014 (vgl. IV-Nr. 107 S. 11 und IV-Nr. 6.16 hiervor) keine quantitativen Einschätzungen der dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Aus dem Bericht vom 4. Februar 2014 erhellt ferner, dass der Beschwerdeführer mit der Beschwerdegegnerin klären solle, inwieweit eine Arbeitsfähigkeit bestehe.

Eingehend auf den zuletzt erstellten Bericht des den Beschwerdeführer behandelnden Allgemeinmediziners Dr. med. L.____ vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiervor), wonach seit dem 1. Januar 2013 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und die chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen Arbeitsleistungen von über drei Stunden verhindern würden, dem Beschwerdeführer aber angepasste Tätigkeiten in einem Rahmen von einer bis drei Stunden pro Tag möglich seien, führte Dr. med. K.____ aus, er könne das Ausmass dieser Einschränkungen aufgrund der klinischen und aktuellen sowie früheren bildgebenden Untersuchungen nicht bestätigen. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die klinischen Untersuchungen einzuleuchten (S. 24). Demnach seien dem Beschwerdeführer aufgrund der objektivierten Pathologien im Bereich des Achsenskeletts und dem rechten Kniegelenk jegliche regelmässig mittel bis körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten, wie er sie z.B. noch früher in seinem angestammten Beruf als Werkzeugmacher ausgeübt habe, nicht mehr weiter möglich. Körperlich leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeiten seien, unter Einhaltung der erforderlichen Arbeitsplatzbedingungen, dem Beschwerdeführer indes zu 100 % zumutbar, wobei eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 30 % aufgrund der Notwendigkeit der Durchführung von regelmässigen Pausen bestehe, damit die Arbeitszeit über den ganzen Tag besser verteilt werden könne. In Bezug auf den Bericht von Dr. med. L.____ ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Im Hinblick auf die ebenfalls ausgewiesene psychiatrische Diagnose einer «depressiven Episode, aktuell mittelgradig bei somatischen Krankheiten» ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. L.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat und seiner psychiatrischen und rheumatologischen (s. oben) Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Ähnliches gilt denn auch für den Rheumatologen Dr. med. K.____, der ausführte (S. 25), unter Berücksichtigung der zusätzlich durch den Hausarzt postulierten depressiven Episode könne eine psychosoziale Überlagerung mit einer deutlichen subjektiven Krankheits-, Behinderungsüberzeugung und Rückzugstendenz postuliert werden.

Folglich sind die Arztberichte von Dr. med. AF.____ vom 9. Januar 2012, von Dr. med. Y.____ vom 4. Februar und 24. Juli 2014 und von Dr. med. L.____ vom 16. Dezember 2014 nicht geeignet, den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. K.____ zu beeinträchtigen.

7.2.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. I.____ kann festgehalten werden, das sich in den medizinischen Vorakten kein von einem auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Facharzt verfasster Bericht befindet. Es kann daher den Ausführungen des neurologischen Experten gefolgt werden, der auf S. 29 des polydisziplinären Gutachtens darlegte, es liege keine neurologische Vorbeurteilung vor und daher auf eine Auseinandersetzung mit früheren ärztlichen Einschätzungen verzichtete.

Damit kommt dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. I.____ voller Beweiswert zu.

7.2.2.3 Im allgemeinmedizinischen / internistischen Teilgutachten führte Dr. med. AB.____ (IV-Nr. 121.1 S. 10 ff.) in Bezug auf den Bericht von Dr. med. P.____ vom 16. Februar 2001 aus (vgl. E. II. 6.2 hiervor), dieser habe sich auf die Problematik des Bewegungsapparates bezogen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der internistische Gutachter diesbezüglich und auch in Bezug auf den erneuten Bericht von Dr. med. P.____ vom 3. Juli 2002 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) auf das entsprechende Teilgutachten der H.____ verwies (S. 12 unten). Dies gelte denn auch für die Berichte von Dr. med. L.____ vom 1. Mai 2013 [recte: 17. April 2013] und 16. Dezember 2014, wobei sich dieser in Letzterem zudem auf die neurologische und psychiatrische Problematik bezogen habe (vgl. E. II. 6.10 und 6.17 hiervor). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt.

Somit wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens von Dr. med. AB.____ nicht verkleinert. Dieses ist als voll beweismäßig zu qualifizieren.

7.3 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die vor dem Verfassen des polydisziplinären Gutachtens der H.____ vom 2. November 2015 erstellten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern vermögen.

7.4 Wie nachfolgend dazulegen ist, vermögen auch die nach dem polydisziplinären Gutachten erstellten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen:

7.4.1 Eingehend auf die Stellungnahme des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. L.____ vom 6. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.21 hiervor), mit welcher dieser beanstandete, die Gutachter hätten sich im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 2. November 2015 nicht mit den Ergebnissen des vom Mai bis November 2014 durchgeführten Arbeitstrainings bei der E.____ befasst, wonach eine Arbeitsleistung über drei Stunden nicht habe erreicht werden können, hat die Beschwerdegegnerin in der Folge auf Empfehlung von Dr. med. G.____, RAD, vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) bei den Gutachtern der H.____ eine Stellungnahme eingeholt. Diese datiert vom 9. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.24 hiervor). Die Gutachter stellten sich darin im Wesentlichen auf den Standpunkt, der behandelnde Arzt könne aufgrund der Tatsache, wonach es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen sei, das Pensum über drei Stunden täglich zu steigern, da es dann zu «nicht mehr aushaltbaren Schmerzen» gekommen sei, was denn auch den durch diesen attestierten Limitierungen entspreche, nicht den Umkehrschluss ziehen, dass die berufliche Abklärung den Nachweis einer maximal dreistündigen Belastbarkeit ergeben habe. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und vermögen auch deshalb einzuleuchten, weil Dr. med. L.____ dem Beschwerdeführer im Bericht vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) aufgrund der chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen die Ausübung einer Arbeit auch lediglich zu drei Stunden pro Tag attestiert hatte. In diesem Sinn hielt denn auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) fest, es könne an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die auf objektivierbaren Befunden beruhe, festgehalten werden.

7.4.2 Aus dem Bericht des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers bei der M.____ vom 8. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) ergeben sich keine dem Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 widersprechenden Einschätzungen oder Diagnosestellungen, wobei in Bezug auf die ausgewiesenen Diagnosen dem Bericht vom Februar 2016 nicht entnommen werden kann, ob diese einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben oder nicht. Eine Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit geht aus diesem Bericht nicht hervor. Auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ hielt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) fest, mit dem Austrittsbericht der M.____ ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse (vgl. IV-Nr. 127 S. 2). Es sei eine stationäre muskuloskelettale Rehabilitation mit gutem Ergebnis durchgeführt worden (Abnahme der Schmerzintensität). Diesen Ausführungen kann zugestimmt werden. So hielt Dr. med. AC.____ im Bericht der M.____ fest, der Beschwerdeführer habe gut auf die Behandlung (stationäre muskuloskelettale Rehabilitation) angesprochen.

7.4.3 In Bezug auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. N.____ vom 25. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieser selbst darlegte, es habe sich sowohl in Bezug auf den Zustand als auch auf die Lebensumstände seit dem 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) ■ und somit seit dem durch ihn zuletzt verfassten Bericht vor dem Gutachten der H.____ ■ nichts geändert. Dies hielt sodann auch Dr. med. G.____, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) entsprechend fest. In Bezug auf die durch den Psychiater diagnostizierte «depressive Episode zwischen leicht- und mittelgradig schwankend» stellte sie zudem fest, es könne aufgrund der im Arztbericht dargestellten Psychopathologie höchstens ein leichter Schweregrad der Depression abgeleitet werden. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da Dr. med. N.____ festhielt, der Beschwerdeführer sei im Gespräch sehr zugewandt und könne sich differenziert und nachvollziehbar ausdrücken, psychomotorisch sei er ruhig, es bestehe ein guter affektiver Rapport bei zeitweise eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Das Bewusstsein sei klar, er sei allseits orientiert. Die Konzentrationsfähigkeit sei subjektiv vermindert, mnestiche Funktionen seien intakt. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen, die Suizidalität werde glaubhaft verneint. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig.

7.5 Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass dem polydisziplinären Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 insgesamt voller Beweiswert zukommt. Dies wird durch den Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten, die im Gutachten der H.____ formulierten Schlussfolgerungen wurden in der Beschwerde nicht in Frage gestellt. Es ist daher auf die entsprechenden Einschätzungen der Gutachter der H.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzustellen: Insgesamt ist der Beschwerdeführer für körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten ebenso wie für die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher voll arbeitsunfähig. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gilt mit Sicherheit ab September 2015. Wahrscheinlich kann über die Zeit gemittelt diese Arbeitsfähigkeit seit dem Juli 2013 angenommen werden nach vorangehend voller Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten.

8. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.2 hiervor) und anschliessend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den IV-Grad von 30 % korrekt errechnet hat (A.S. 2):

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab Juli 2014 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

8.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2, mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHJ 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

8.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 6, 106 S. 2 ff.) besuchte der Beschwerdeführer fünf Jahre die Primarschule und vier Jahre die Sekundarschule. Anschliessend absolvierte er vom April 1977 bis März 1981 eine vierjährige Lehre zum Werkzeugmacher. Er arbeitete danach bis im Oktober 1982 und vom Januar 1984 bis Dezember 1985 bei [...] (IV-Nr. 6 S. 10, 12). In der Zwischenzeit ■ vom Oktober 1982 bis Oktober 1983 ■ war er bei der [...] beschäftigt (IV-Nr. 6 S. 11). Vom Februar 1986 bis im Juli 1987 arbeitete er als Werkzeugmacher bei [...] (IV-Nr. 6 S. 9), und vom August 1987 bis Dezember 1990 als Werkzeug- und NC-Programm-Sachbearbeiter bei der [...] (IV-Nr. 6 S. 7 f.). Bei der [...] war er als Gruppenleiter Werkzeugbau vom April 1991 bis Dezember 1992 angestellt (IV-Nr. 6 S. 6). Der Beschwerdeführer war im Dezember 1992 Geschäftsführer des [...] in [...] (IV-Nr. 106 S. 2). Er absolvierte 1993 die Wirteprüfung (IV-Nr. 6 S. 18) und arbeitete in diesem Jahr bei der [...] (IV-Nr. 6 S. 5). Anschliessend war er vom Februar bis Juni 1994 als CNC-Mechaniker, -Einrichter und -Programmierer bei der [...] angestellt, vom Oktober 1994 bis Juni 1996 als Einrichter im Schichtbetrieb bei der [...] (IV-Nrn. 6 S. 4, 106 S. 2 f.) und vom Juni 1996 bis Dezember 1999 bei der [...] als CNC-Mechaniker, -Einrichter und -Programmierer (IV-Nr. 6 S. 3, vgl. auch Arbeitgeberfragebogen vom 29. Januar 2001, IV-Nr. 7). Vom Januar bis Mai 2000 war er bei der [...] beschäftigt (IV-Nr. 106 S. 3) und vom Juni 2000 bis Dezember 2000 erneut bei der [...], wie auch vom Januar bis Februar 2001 (IV-Nr. 106 S. 3). Mit Unterstützung der Beschwerdegegnerin konnte der Beschwerdeführer vom 20. April 2002 bis 6. Mai 2004 berufsbegleitend zum Prozessfachmann VBM mit eidg. Berufsprüfung am C.____ in [...] umgeschult werden (IV-Nrn. 50, 52). Er absolvierte während dieser Zeit ■ vom 1. Juli 2002 bis 28. April 2003 ■ ein Praktikum am [...] (IV-Nr. 45). Vom März 2004 bis 28. Februar 2005 war er als Leiter für Labortests bei der [...] mit einem Anstellungsgrad von 60 % beschäftigt (IV-Nr. 76 S. 5). Vom September 2006 bis Ende Januar 2007 war er bei der [...] als Leiter der Produktion und Materialwirtschaft angestellt und musste das Arbeitspensum per 1. September 2006 auf 80 % reduzieren (IV-Nr. 76 S. 4). Danach war er vom Februar bis Mai 2007 bei der [...] (IV-Nr. 106 S. 4) und vom 1. August 2007 bis 30. April 2008 als

Leiter Werkzeugservice bei der [...] tätig (IV-Nr. 76 S. 3). Vom September 2009 bis Januar 2011 führte er selbständig ein kleines Café in [...] (IV-Nr. 121.1 S. 11). Vom 1. Mai 2011 bis Juni 2011 übte er eine befristete Arbeit bei der [...] als Aushilfschauffeur aus (IV-Nr. 76 S. 2). Am 1. September 2011 trat er als Servicetechniker in die Firma AG.____ zu 100 % ein (IV-Nrn. 76 S. 1, 94). Das Arbeitspensum wurde im Januar 2012 aus gesundheitlichen Gründen auf 80 % reduziert (IV-Nr. 57 S. 2). Das Arbeitsverhältnis wurde per 30. April 2012 aufgelöst. Vom August bis September 2012 konnte er befristet als Lagermitarbeiter bei der [...] tätig sein (IV-Nr. 121.1 S. 11). Vom 19. Mai 2014 bis 16. November 2014 wurde mit Hilfe der Beschwerdegegnerin ein Belastbarkeitstraining bei der E.____ durchgeführt (IV-Nr. 104). Dabei sei ihm eine Erhöhung des Arbeitspensums auf mehr als drei Stunden pro Tag nicht möglich gewesen (vgl. Abschlussbericht vom 7. November 2014, IV-Nr. 105).

8.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Servicetechniker in der Firma AG.____ aus gesundheitlichen Gründen per Mai 2012 gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 67 S. 1) und er seither ■ mit Ausnahme der kurzfristigen, befristeten zweimonatigen Anstellung vom August bis September 2012 bei der [...] ■ nicht mehr gearbeitet hat, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der AG.____ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Dies widerspricht dem voll beweiswertigen Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) nicht. So gehen die Gutachter davon aus, beim Beschwerdeführer bestehe seit Juli 2013 für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Folglich beziehen sie sich dabei nicht auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Werkzeugmacher und Servicetechniker, sondern auf adaptierte Tätigkeiten. Es kann somit für die Bestimmung des Valideneinkommens ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (A.S. 2) ■ das zuletzt bei der AG.____ konkret erzielte Einkommen von CHF 74'100.00 (13 x CHF 5'700.00, vgl. IV-Nr. 94 S. 1) herangezogen werden.

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

8.2.1 Da dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Werkzeugmacher nicht mehr zumutbar ist (vgl. II. E. 7.5 hiervor), es ihm aber möglich ist, in einer Verweistätigkeit zu 70 % tätig zu sein, ist somit vorliegend von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im gesamten privaten Sektor von CHF 5'312.00 (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Männer) auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41.7 im Jahr hochzurechnen ($\text{CHF } 5'312.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41.7] = \text{CHF } 66'710.00$). Unter Berücksichtigung einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von CHF 46'517.10.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung,

Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 55 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Die Einwände des Beschwerdeführers, wonach er noch nie in der umgeschulten Tätigkeit als Prozessfachmann gearbeitet habe (A.S. 9 unten), vermag daran nichts zu ändern. Denn es ist einzig massgebend, ob der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 Abs. 1 ATSG) noch wirtschaftlich nutzen könnte, wobei der «ausgeglichene Arbeitsmarkt» ein theoretischer und abstrakter Begriff ist und die konkrete Arbeitsmarktlage gerade nicht berücksichtigt (BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f. mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2017 vom 6. Juli 2017 E. 3.3). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über das Schweizer Bürgerrecht verfügt (IV-Nr. 72) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Beim Beschwerdeführer stellt sich daher auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen.

Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vorgenommen hat. Der durch den Beschwerdeführer beantragte behinderungsbedingte Abzug von 15 % (A.S. 10) wird nicht näher erläutert und ist daher nicht nachvollziehbar. Das Invalideneinkommen beträgt folglich CHF 46'517.00.

8.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 74'100.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 46'517.10 eine Erwerbseinbusse von CHF 27'582.90, die einem IV-Grad von gerundet 37 % entspricht. Es besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

9. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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

11. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor).

11.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1

lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 6. Juni 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'712.95 geltend macht. Dabei betragen die Auslagen total CHF 112.00 und das Honorar beruht auf einem Aufwand von 9,6 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'987.20 festzusetzen (9,6 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt von 8 %), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 518.40 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'505.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers ■ von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Oberrichter

Die Gerichtsschreiberin

Kiefer

Jäggi

E. 5

Tinnitus links (ICD-10 H93.1) Insgesamt kommen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass beim Exploranden für körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten ebenso wie für die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte mit Sicherheit ab September 2015. Wahrscheinlich könne über die Zeit gemittelt diese Arbeitsfähigkeit seit Juli 2013 angenommen werden nach vorangehend voller Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten.

6.21 Dr. med. L. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2015 (IV-Nr. 123) zum Gutachten der H. ___ vom 2. November 2015 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) fest, diese halte zusammengefasst beim Beschwerdeführer eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (ganztags mit erhöhtem Pausenbedarf) für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten für die umgeschulte Tätigkeit als Prozessfachmann für gerechtfertigt. In Zusammenarbeit mit der Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführer in der E. ___ von Mai bis November 2014 ein hochspezialisiertes Arbeitstraining absolviert. Eine Arbeitsleistung über drei Stunden habe nicht erreicht werden können. Diese maximale Arbeitszeit sei durch eine nicht mehr aushaltbare Schmerzsituation im Bereiche der HWS wie auch der LWS bedingt. Auf die grundlegende Problematik der Begrenztheit gutachterlicher Beurteilungen im Rahmen kurzzeitiger Begegnungen mit Versicherten solle hier nicht eingegangen werden. Schlussfolgerungen professioneller Eingliederungsfachleute seien jedoch zwingend in Beurteilungen vom Gutachten einzubinden, wenn abschliessend zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werde. Es sei nicht statthaft, wenn durch die Beschwerdegegnerin Belastbarkeitstrainings durchgeführt würden und diese nicht in die Beurteilung einflössen, ja vollständig ignoriert würden. Er bitte die Beschwerdegegnerin, oben genannten Umständen Rechnung zu tragen. Aktuell sei aufgrund der Schmerzsituation erneut eine stationäre Behandlung in einer Schmerzlinik nötig; der Beschwerdeführer werde Anfangs 2016 in die M. ___ eintreten.

6.22 Dr. med. AC. ___, Oberärztin, M. ___, hielt im Bericht vom 8. Februar 2016 (IV-Nr. 125 S. 2 f.) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. Januar bis 6. Februar 2016 folgende Diagnosen fest: - Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - ausgeprägten Spondylarthrosen und Hypermobilität L4/5 - Spinalkanalstenose - Status nach Spondylodese bei progressiver Anterolisthesis vom LWKS/SWK1 2001 - mediolateraler Diskushernie L4/5 - Status nach mikrochirurgischer Refenestration und Recessotomie sowie Diskushernieextraktion L4/5 und Fenestration L3/4 sowie transpedikulärer Verschraubung L4 und interkorporeller Spondylodese L4/L5 beidseits Juli 2013 - Chronisch rezidivierendes cervikospondylogenes sowie radikuläres Schmerzsyndrom bei - Diskopathie der Segmente C3 - C7 mit relativer Einengung der Neuroforamina - OSAS - Übergewicht, BMI 28 - Depressive Episoden, aktuell leicht bis mittelgradig bei somatischen Krankheiten - Chronische Knieschmerzen rechts bei - Gonarthrose medial betont, Femoropatellararthrose - Meniskusläsion - Backerzyste Der Beschwerdeführer sei zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation bei chronisch rezidivierendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom zugewiesen worden. Bei Eintritt habe er über anhaltende und belastungsabhängige Schmerzen im lumbovertebralen Bereich geklagt, ausstrahlend in beide ISG. Die Schmerzen seien auf der VAS unter Opiattherapie bei 6/10 gelegen. Dazu habe er Nackenschmerzen beklagt, welche die HWS-Beweglichkeit einschränkten sowie belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. Klinisch zeige sich eine

Kloppdolenz über Proz. spinose von BWK10 bis LWK5, eingeschränkte Vorbeugung mit FBA 38 cm sowie Einschränkung der Reklination und Seitneigung der Wirbelsäule. Hinweise für eine Nervenbeteiligung hätten nicht festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei in ein multimodales Therapieprogramm mit Schwerpunkten auf Verbesserung der allgemeinen Ausdauer, Verbesserung der rückenstabilisierenden Muskulatur, Schmerzlinderung und Erarbeitung eines Heimprogrammes integriert worden. Auf diese Behandlungen habe er gut angesprochen. Das Gangbild habe sich leicht verbessert, sei insgesamt lockerer gewesen und die Beschwerden im lumbovertebralen Bereich hätten in der Intensität abgenommen (VAS 2-3/10). Die allgemeine Ausdauer sei nach wie vor noch reduziert gewesen. Im 6-Minuten-Gehtest habe er bei Eintritt 500 m bei Austritt 530 m erreicht (Normwert 708 m). Insgesamt habe der Beschwerdeführer vom stationären Aufenthalt gut profitieren können. 6.23 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 127) fest, grundsätzlich sei das Gutachten medizinisch schlüssig und nachvollziehbar. Dennoch rüge Dr. med. L.____ nachvollziehbar, dass im Gutachten die von der postulierten Arbeitsfähigkeit abweichende beobachtete Leistungsfähigkeit im Rahmen der beruflichen Eingliederung nicht diskutiert worden sei. Es sei keine medizinische Auflage angezeigt. Die empfohlenen medizinischen Massnahmen führten nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit zu einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die bereits angegebenen 70 %. Die Frage nach der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei erst nach Rückfrage bei den Gutachtern möglich: Der Einwand von Dr. med. L.____ solle der Gutachterstelle weitergeleitet werden mit der Bitte um Diskussion der divergierenden Einschätzung im Hinblick auf die beobachtete Leistungsfähigkeit im Rahmen der beruflichen Eingliederung. 6.24 In ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2016 (IV-Nr. 129) hielten die Gutachter der H.____, Dr. med. AB.____, Dr. med. AD.____ und Dr. med. AE.____, Ärztliche Leitung, zum Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. L.____ vom 6. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) fest, dieser mache vor allem geltend, dass das «hochspezialisierte Arbeitstraining» in der E.____ vom November 2014 eine Arbeitsleistung > 3 Stunden nicht habe erbringen können, dass das Gutachten der H.____ nicht darauf Bezug genommen habe und dass diese Arbeitsabklärung viel höher zu gewichten sei als eine schnelle gutachterliche Einschätzung. Die Spezialisten bei der Arbeitsabklärung versuchten in verschiedenen Tätigkeitsbereichen auszuloten, was die am Programm teilnehmenden Personen alles ausüben könnten. Selbstverständlich funktioniere dies vor allem dann, wenn die teilnehmenden Personen voll kooperativ und ohne Selbstlimitierung seien. Ansonsten werde eine Einschätzung schwierig. Es werde insbesondere dann schwierig, wenn die untersuchten Personen durch den behandelnden Arzt teilweise oder höhergradig oder ganz arbeitsunfähig geschrieben würden, Anweisungen, woran sich die berufliche Abklärungsstelle primär fraglos zu halten habe. Gemäss der Erfahrung der Ärzte der H.____ sei noch nie durch eine berufliche Abklärungsstelle eine Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch die behandelnden Ärzte in irgendeiner Weise infrage gestellt oder als ungültig erklärt worden. Dies sei auch nicht die Aufgabe der nicht-medizinischen Abklärungsperson. Wenn nun Dr. med. L.____ darauf verweise, dass das «hochspezialisierte Arbeitstraining» keine Leistung von mehr als 3 Stunden habe erreichen können, da es dann zu «nicht mehr aushaltbaren Schmerzen» gekommen sei, genau diese Limitierung jedoch durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis durch Dr. med. L.____ vorgegeben gewesen sei, könne selbstverständlich nicht der Umkehrschluss daraus gezogen werden, dass die berufliche Abklärung den Nachweis einer maximal dreistündigen Belastbarkeit ergeben habe. Dies sei ja durch den behandelnden Dr. med.

L.____ eigenhändig induziert worden. Damit sei nachgewiesen, dass auf den neuerlichen Bericht von Dr. med. L.____, welcher wiederum seine ursprüngliche Einschätzung quasi als neuen Beweis darlegen möchte, selbstverständlich nicht abgestützt werden könne. Am Gutachten, welches auf der Erhebung von objektivierbaren Befunden beruhe, könne weiterhin vollumfänglich festgehalten werden. 6.25 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 131) fest, in der vorliegenden Stellungnahme der H.____ würden die «divergierende Einschätzung» bzw. die Erkenntnisse aus der beruflichen Eingliederung relativiert und nachvollziehbar begründet, weshalb weiterhin an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die auf objektivierbaren Befunden beruhe, festgehalten werden könne. Daher könne nun gestützt auf das Gutachten der H.____ wie folgt zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden: 0 % Arbeitsfähigkeit seit Januar 2013 für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten wie die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher. 70 % Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten wie auch die des Prozessfachmanns (100 % Pensum mit 30 % Leistungsminderung bei erhöhtem Pausenbedarf). Diese Arbeitsfähigkeit könne grundsätzlich ab Juli 2014 angenommen werden (davor 0 % Arbeitsfähigkeit angepasst von Juli 2013 bis Juli 2014), entsprechend der Einschätzung des Neurochirurgen Dr. med. Y.____, der in der Jahreskontrolle am 23. Juli 2014 die Behandlung abgeschlossen (vgl. dazu IV-Nr. 101) und den Ausbau des Arbeitsprogrammes befürwortet habe. Spätestens ausgewiesen sei sie ab dem Datum des Gutachtens (September 2015). 6.26 Dr. med. N.____ hielt im Arztbericht vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 139) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Depressive Episode zwischen leicht- und mittelgradig schwankend - Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Chronisch rezidivierendes cervikospondylogenes sowie radikuläres Schmerzsyndrom (für die genauen somatischen Diagnosen s. Berichte der entsprechenden Ärzte) - Schlaf-Apnoe-Syndrom Der Beschwerdeführer sei seit 1. Januar 2013 bis auf weiteres in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei stationär. Er behandle den Beschwerdeführer seit 7. August 2014. Unter dem Titel «Zwischenanamnese seit 5. Januar 2015» wurde festgehalten: Am Zustand und den Lebensumständen des Beschwerdeführers habe sich in der Zwischenzeit nichts geändert, ausser dass er jede dritte Woche eine Stunde über Mittag für einen Mahlzeitendienst fahre und sein früheres Hobby, das Dartspiel, aufgegeben habe. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit dadurch aus, dass der Beschwerdeführer, wie auch die Wiedereingliederungsmassnahme gezeigt habe, vor allem durch seine Schmerzerkrankung in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Einen kleineren Teil dazu würden auch die rasche Ermüdbarkeit und die zeitweilig eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit beitragen. Ihm sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne auch nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Die Wiedereingliederungsmassnahme habe die engen Grenzen der Belastbarkeit bzw. Arbeitsfähigkeit gezeigt. Aktuell arbeite der Beschwerdeführer jede dritte Woche für einen Mahlzeitendienst. Während circa einer Stunde pro Tag müsse er das Mittagessen zu den Kunden nach Hause bringen. Die Schmerzen nähmen dabei bei jedem Tag zu und seien am Freitag in der Regel nur noch knapp zu überwinden. Der Beschwerdeführer wolle trotzdem an dieser Tätigkeit festhalten, eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit ergebe sich daraus aber nicht. 6.27 Dr. med. G.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 (IV-Nr. 141 S. 2) fest, der psychiatrische

Bericht von Dr. med. N.____ ergebe keinen Hinweis darauf, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers verändert habe. Unverändert bestehe die Diagnose einer depressiven Störung, gemäss Psychiater zwischen leicht und mittelgradig schwankend. Von dem im Arztbericht dargestellten Psychostatus lasse sich höchstens ein leichter Schweregrad der Depression ableiten («Im Gespräch stets zugewandt, guter affektiver Rapport bei zeitweiser eingeschränkter Schwingungsfähigkeit.»). Der Gesundheitszustand sei gemäss dem Psychiater stationär, am Zustand und den Lebensumständen habe sich nichts geändert. Der Bericht von Dr. med. N.____ stelle eine unveränderte Situation dar, sodass sich die Einschätzung des RAD nicht geändert habe. 7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 27. Februar 2017 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der H.____ vom 2. November 2016 (vgl. II. E. 6.20 hiervor) abgestellt hat. 7.1 Das von Dr. med. AB.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. AD.____ FMH Rheumatologie, Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH Neurologie, verfasste Gutachten vom 2. November 2015 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So wurden zunächst sowohl sämtliche Vorakten ab 29. August 2000 unter «Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge» als auch die wichtigsten medizinischen Berichte unter dem Titel «Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten» zusammengefasst (IV-Nr. 121.1 S. 5 ff.), wobei der rheumatologische Experte in seinem fachspezifischen Teilgutachten betreffend die bildgebenden Untersuchungen noch entsprechende Ergänzungen festgehalten hat (IV-Nr. 121.1 S. 20 f.). Es kann daher bei den Gutachtern von der Kenntnis sämtlicher Vorakten ausgegangen werden. Weiter wurde der Beschwerdeführer je einer separaten Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen, womit auch seine geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind (IV-Nr. 121.1 S. 10 f. 13 ff., 18 f., 26 f.). Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem sowohl der internistische als auch der rheumatologische und neurologische Status erhoben wurden (IV-Nr. 121.1 S. 12, 19 f., 27 f.). Zudem wurden der psychopathologische Befund erhoben (IV-Nr. 121.1 S. 15 f.) und Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 121.1 S. 12). Auch die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein: So führte Dr. med. AB.____ im Rahmen seiner internistischen Begutachtung aus, es falle im allgemeininternistischen Status ein Übergewicht mit einem BMI von 28 kg/m² auf, ansonsten sei dieser weitgehend unauffällig gewesen. Auch die Laboruntersuchungen seien weitgehend bis auf einen leicht erhöhten Kreatininwert von 109 umol/l/1 unauffällig gewesen (S. 12). Diese Einschätzungen vermögen unter Heranziehung sowohl der Ergebnisse des internistischen Status als auch der Laboruntersuchung, beide vom 31. August 2015, zu überzeugen. Dabei wurden im Bereich des Kopfes, des Halses, der Stirn, der Oberarme sowie der Beine, Lungen und des Abdomens weitgehend unauffällige Befunde festgestellt. Im Labor wurden ebenfalls insgesamt normale Werte ausgewiesen. Bezüglich der durch den Beschwerdeführer bei der Exploration beklagten Harninkontinenz (S. 10) führte Dr. med. AB.____ in überzeugender Weise aus, dies sei im Sinne einer Dranginkontinenz zu verstehen und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der vorliegenden Aktenlage erscheint denn auch schlüssig, wenn der Allgemeinmediziner dafürhält, dass in Bezug auf den vom Beschwerdeführer beklagten dauernden pfeifenden Tinnitus links keine ORL-Berichte vorlägen und diesbezüglich aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 12).

Der psychiatrische Experte Dr. med. J. ___ hielt in seinem Teilgutachten fest, es habe bei der Untersuchung keine eigentliche depressive Verstimmung festgestellt werden können (S. 16 unten). Diese Einschätzung vermag zu überzeugen: So habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung einen gepflegten Eindruck gemacht, sei freundlich und kooperativ gewesen, sei ausführlich auf die gestellten Fragen eingegangen, habe eine besorgte Stimmung und keine Antriebsstörungen aufgewiesen. Die Psychomotorik sei lebhaft und der affektive Kontakt gut gewesen. Er habe einen wachen Eindruck gemacht, sei zeitlich, örtlich und situativ sowie zur eigenen Person gut orientiert gewesen und habe sich differenziert ausgedrückt, habe keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt, die Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Weiter hätten keine Denkstörungen, Wahnvorstellungen, illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen festgestellt werden können (S. 16 f.). Die Ausführungen des psychiatrischen Experten, wonach die seit Jahren bestehenden Schmerzen, die Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen, die Tatsache, dass er seit längerer Zeit keine Arbeit mehr nachgehe und keine beruflichen Perspektiven habe, beim Beschwerdeführer zu einer leichten depressiven Verstimmung führten, erscheinen plausibel (S. 17). In diesem Zusammenhang ist nachvollziehbar, dass Dr. med. J. ___ die Diagnose einer leichten depressiven Episode stellte. Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens hielt Dr. med. K. ___ fest (S. 22), es bestehe ein Becken- und Schultergeradestand, bei einer weitgehend physiologischen Wirbelsäulenform, die lumbalen Wirbelsäulenabschnitte zeigten eine deutliche Bewegungseinschränkung hinsichtlich der Lateralflexion und Reklination. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der durchgeführten Untersuchungen (S. 19) als nachvollziehbar. So wurde dabei festgestellt, die im Stehen geprüfte Lateralflexion sei beidseits um mindestens zwei Drittel eingeschränkt, nach links schmerzhafter als nach rechts. Die Reklination sei global um 1 - 2 Drittel schmerzbedingt eingeschränkt. Laut dem rheumatologischen Gutachter korrelierten diese Befunde denn auch mit der aktuell radiologisch verifizierten gut sitzenden Spondylodese zwischen L4 bis S1. Daher vermag auch einzuleuchten, wenn der rheumatologische Experte darlegte, es könne knapp zwei Jahre nach Durchführung der letzten Stabilisierungsoperation lumbal von einem in Bezug auf das Operationsergebnis guten Verlauf ausgegangen werden (S. 22 f.). Die bei der Untersuchung der unteren Extremitäten des Beschwerdeführers weitgehend unauffälligen Befunde wurden von Dr. med. AD. ___ als normal bezeichnet. Er führte weiter in überzeugender Weise aus, die beim rechten Knie festgestellten Befunde einer deutlich retropatellären Krepitation und eines deutlich patellofemorales Gleit- und Verschiebeschmerzes passten zu den im MRT vom Mai 2015 festgestellten degenerativen Veränderungen des femoropatellären Gleitlagers. Aufgrund der zusätzlich festgestellten deutlich umschriebenen Druckdolenz am medialen Gelenkspalt posterior und anterior mit positiven Meniskuszeichen hielt der Rheumatologe dafür, es könne eine Meniskuspathie postuliert werden (S. 23). Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. med. I. ___ aus, es wäre sinnvoll, wenn der Beschwerdeführer die Behandlung mit Gabapentin weiterführen und sich dafür erneut bei der pneumologischen Sprechstunde am T. ___ vorstellen würde, damit die CPAP-Therapie besser eingestellt werden bzw. ein Gerätewechsel erfolgen könnte, falls tatsächlich zentrale Apnoen nachgewiesen werden sollten (S. 29). Diese Ausführungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer bei der Exploration angegeben hatte, dass es unter der Therapie von Gabapentin zu einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen sei. Er habe aber das Medikament abgesetzt, da das CPAP-Gerät vermehrte Apnoen angezeigt habe. Er habe sich gut ans Schlafen mit der

Maske gewöhnt und er habe sich tagsüber weniger müde und vom Schlaf besser erholt gefühlt (S. 26). Der bei der Untersuchung festgestellte Fussspitzgang beidseits mit wechselnder Ausprägung deutliches Defizit rechts mehr als links (S. 28) wurde vom neurologischen Gutachter dahingehend interpretiert, dass es sich dabei wahrscheinlich um ein demonstratives Verhalten handle. Diese Einschätzung vermag einzuleuchten, da der Gutachter weder Atrophien noch Reflexasymmetrien feststellen konnte und festhielt, dass auch der Pseudo-Lasègue auf der rechten Seite (positives Waddell-Zeichen) dafür spreche. Die bei der neurologischen Untersuchung getätigten Feststellungen, wonach beim Ankleiden kein rückschonendes Verhalten ersichtlich gewesen und beim Beschwerdeführer insbesondere das Aufrichten aus dem Liegen ruckartig nach vorne über erfolgt sei (S. 27), beurteilte Dr. med. I. ___ in überzeugender Weise als ungewöhnlich bei unter chronischen Rückenschmerzen Leidenden. Er fügte an, es sei weiter ungewöhnlich, dass keine tendomyopathische Begleiterkrankung vorliege. Damit kann dem polydisziplinären Gutachten der H. ___ vom 2. November 2015 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der H. ___ allenfalls zu schmälern vermögen. Dabei ist zunächst auf den psychischen (vgl. II. E. 7.2.1 hiernach) und anschliessend auf den somatischen (vgl. II. E. 7.2.2 hiernach) Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen:

7.2.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Vorakten zunächst festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 7. August 2014 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. N. ___ befindet (vgl. E. II. 6.18 hiervor). Dieser wies die Diagnosen einer depressiven Episode zwischen leicht- und mittelgradig schwankend aus, ohne jedoch auf ein Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, wie z.B. das ICD-10 Bezug zu nehmen und attestierte dem Beschwerdeführer – vorwiegend aus somatischen Gründen – eine Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2013 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit, ohne sich indes näher mit dieser auseinanderzusetzen. Bereits aufgrund dieser Ausführungen vermag der Bericht des behandelnden Psychiaters vom 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) nicht vollumfänglich zu überzeugen. In diesem Sinne hielt denn auch der psychiatrische Experte Dr. med. J. ___ im Rahmen des Gutachtens der H. ___ vom 2. November 2015 fest (IV-Nr. 121.1 S. 17), er habe bei seiner psychiatrischen Untersuchung keine eigentlichen depressiven Symptome feststellen können. Der Beschwerdeführer habe von gewissen Minderwertigkeitskomplexen berichtet, da er nicht arbeite und die Partnerin alle Arbeiten übernehmen müsse. Er habe auch von mangelnden Zukunftsperspektiven und von einem leichten sozialen Rückzug gesprochen, da er seinen sportlichen Aktivitäten nicht mehr nachgehen könne. Er habe aber ausgeführt, dass er in der Regel gut schlafen könne, dass er morgens keine Mühe habe, aufzustehen. Er habe auch erwähnt, dass die Beziehung zu seiner Partnerin gut sei. Er habe von leichten Arbeiten im Haushalt berichtet, von regelmässigen Spaziergängen und von regelmässigen Kontakten mit Kollegen und Freunden. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen, der leicht ausgeprägte soziale Rückzug und die mangelnden Zukunftsperspektiven begründeten gemäss überzeugender Herleitung von Dr. med. J. ___ die Diagnose einer leichten depressiven Episode. Es fänden sich indes keine Hinweise auf eine mittelgradige depressive Episode. Er führte weiter aus, es könne auch dem psychopathologischen Befund des behandelnden Psychiaters nicht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode leiden würde. Diese Darlegung leuchtet ein, da Dr. med. N. ___ u.a. festhielt (IV-Nr. 108 S. 3), der Beschwerdeführer sei im Gespräch sehr

zugewandt gewesen, habe mit fester, gut modulierter Stimme und inhaltlich nachvollziehbar gesprochen. Der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen, bei etwas eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Das Bewusstsein sei klar gewesen und er sei allseits orientiert. Die Konzentrationsfähigkeit sei subjektiv vermindert, die mnestischen Funktionen seien intakt. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen oder Suizidalität. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Es kann daher der Einschätzung von Dr. med. J.____ gefolgt werden, wonach die Depression leichtgradig ausgeprägt sei und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit begründe. Der Bericht von Dr. med. N.____ vom 5. Januar 2015 vermag das beweismässige psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J.____ nicht zu verringern.

7.2.2 Betreffend den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann folgendes festgehalten werden:

7.2.2.1 Einzugehen ist zunächst auf die rheumatologische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers: Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass sich in den vorliegenden Akten einzig ein rheumatologischer Bericht von Dr. med. AF.____ vom 9. Januar 2012 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) findet. In diesem schloss der Rheumatologe in Bezug auf die im unteren Rücken sich abzeichnende Schmerzchronifizierung eine rheumatologisch-entzündliche Grunderkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus und sprach von therapie-refraktären Beschwerden. Es findet sich somit kein Widerspruch zu den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. K.____ im polydisziplinären Gutachten der H.____. So bestätigte dieser in seinem rheumatologischen Teilgutachten sowohl das Vorliegen eines chronischen lumbo-spondylogenen Schmerzsyndroms rechtsbetont als auch eines chronischen zervikalen bis zervikospondylogenen Schmerzsyndroms. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die bereits von Dr. med. AF.____ als «sich abzeichnende Schmerzchronifizierung» bezeichnete gesundheitliche Beeinträchtigung im Laufe der Zeit im Rahmen eines Schmerzsyndroms manifestiert hat. Der rheumatologische Gutachter führte zudem aus, es müsse insgesamt aufgrund der subjektiv deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie der Selbstlimitierung von einer eher ungünstigen Prognose ausgegangen werden in Bezug auf eine baldige Reintegration in den Arbeitsprozess der ersten Wirtschaft (IV-Nr. 121.1 S. 26 oben). Diesbezüglich ist ebenfalls keine von Dr. med. AF.____ abweichende Beurteilung ersichtlich. In Bezug auf die Feststellungen des den Beschwerdeführer behandelnden Neurochirurgen Dr. med. Y.____ im Bericht 24. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. K.____ fest, Dr. med. Y.____ habe den Exploranden Ende 2014, anfangs 2015 nochmals nachkontrollieren wollen, was nun aber offensichtlich nicht stattgefunden habe (S. 24 unten). Diese Einschätzung erweist sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten als korrekt. So findet sich darin kein nach dem 24. Juli 2014 verfasster Bericht des behandelnden Neurochirurgen. Der rheumatologische Gutachter führte weiter aus, es könne grundsätzlich festgestellt werden, dass der behandelnde Neurochirurg eine Restarbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten und gut umschriebenen beruflichen Tätigkeit als gegeben angesehen habe, eine spezifische quantitative Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe von ihm jedoch nicht postuliert werden können, dementsprechend sei diesbezüglich keine aktuelle abschliessende Diskussion möglich. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der medizinischen Vorakten als korrekt. So sind den beiden von Dr. med. Y.____ zuletzt verfassten Berichten vom 4. Februar und 24. Juli 2014 (vgl. IV-Nr. 107 S. 11 und IV-Nr. 6.16 hiervor) keine quantitativen Einschätzungen der dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Aus dem Bericht vom 4. Februar 2014 erhellt ferner, dass der

Beschwerdeführer mit der Beschwerdegegnerin klären solle, inwieweit eine Arbeitsfähigkeit bestehe. Eingehend auf den zuletzt erstellten Bericht des den Beschwerdeführer behandelnden Allgemeinmediziners Dr. med. L.____ vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiervor), wonach seit dem 1. Januar 2013 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und die chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen Arbeitsleistungen von über drei Stunden verhindern würden, dem Beschwerdeführer aber angepasste Tätigkeiten in einem Rahmen von einer bis drei Stunden pro Tag möglich seien, führte Dr. med. K.____ aus, er könne das Ausmass dieser Einschränkungen aufgrund der klinischen und aktuellen sowie früheren bildgebenden Untersuchungen nicht bestätigen. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die klinischen Untersuchungen einzuleuchten (S. 24). Demnach seien dem Beschwerdeführer aufgrund der objektivierten Pathologien im Bereich des Achsenskeletts und dem rechten Kniegelenk jegliche regelmässig mittel bis körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten, wie er sie z.B. noch früher in seinem angestammten Beruf als Werkzeugmacher ausgeübt habe, nicht mehr weiter möglich. Körperlich leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeiten seien, unter Einhaltung der erforderlichen Arbeitsplatzbedingungen, dem Beschwerdeführer indes zu 100 % zumutbar, wobei eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 30 % aufgrund der Notwendigkeit der Durchführung von regelmässigen Pausen bestehe, damit die Arbeitszeit über den ganzen Tag besser verteilt werden könne. In Bezug auf den Bericht von Dr. med. L.____ ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Im Hinblick auf die ebenfalls ausgewiesene psychiatrische Diagnose einer «depressiven Episode, aktuell mittelgradig bei somatischen Krankheiten» ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. L.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat und seiner psychiatrischen und rheumatologischen (s. oben) Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Ähnliches gilt denn auch für den Rheumatologen Dr. med. K.____, der ausführte (S. 25), unter Berücksichtigung der zusätzlich durch den Hausarzt postulierten depressiven Episode könne eine psychosoziale Überlagerung mit einer deutlichen subjektiven Krankheits-, Behinderungsüberzeugung und Rückzugstendenz postuliert werden. Folglich sind die Arztberichte von Dr. med. AF.____ vom 9. Januar 2012, von Dr. med. Y.____ vom 4. Februar und 24. Juli 2014 und von Dr. med. L.____ vom 16. Dezember 2014 nicht geeignet, den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. K.____ zu beeinträchtigen.

7.2.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. I.____ kann festgehalten werden, dass sich in den medizinischen Vorakten kein von einem auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Facharzt verfasster Bericht befindet. Es kann daher den Ausführungen des neurologischen Experten gefolgt werden, der auf S. 29 des polydisziplinären Gutachtens darlegte, es liege keine neurologische Vorbeurteilung vor und daher auf eine Auseinandersetzung mit früheren ärztlichen Einschätzungen verzichtete. Damit kommt dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. I.____ voller Beweiswert zu.

7.2.2.3 Im allgemeinmedizinischen / internistischen Teilgutachten führte Dr. med. AB.____ (IV-Nr. 121.1 S. 10 ff.) in Bezug auf den Bericht von Dr. med. P.____ vom 16. Februar 2001 aus (vgl. E. II. 6.2 hiervor), dieser habe sich auf die Problematik des Bewegungsapparates bezogen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der internistische Gutachter diesbezüglich und auch in Bezug auf den erneuten Bericht von Dr. med. P.____ vom 3. Juli 2002 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) auf das entsprechende Teilgutachten der H.____ verwies (S. 12 unten). Dies

gelte denn auch für die Berichte von Dr. med. L.____ vom 1. Mai 2013 [recte: 17. April 2013] und 16. Dezember 2014, wobei sich dieser in Letzterem zudem auf die neurologische und psychiatrische Problematik bezogen habe (vgl. E. II. 6.10 und 6.17 hiervor). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt. Somit wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens von Dr. med. AB.____ nicht verkleinert. Dieses ist als voll beweiswertig zu qualifizieren.

7.3 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die vor dem Verfassen des polydisziplinären Gutachtens der H.____ vom 2. November 2015 erstellten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern vermögen.

7.4 Wie nachfolgend dazulegen ist, vermögen auch die nach dem polydisziplinären Gutachten erstellten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen:

7.4.1 Eingehend auf die Stellungnahme des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. L.____ vom 6. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.21 hiervor), mit welcher dieser beanstandete, die Gutachter hätten sich im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 2. November 2015 nicht mit den Ergebnissen des vom Mai bis November 2014 durchgeführten Arbeitstrainings bei der E.____ befasst, wonach eine Arbeitsleistung über drei Stunden nicht habe erreicht werden können, hat die Beschwerdegegnerin in der Folge auf Empfehlung von Dr. med. G.____, RAD, vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) bei den Gutachtern der H.____ eine Stellungnahme eingeholt. Diese datiert vom 9. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.24 hiervor). Die Gutachter stellten sich darin im Wesentlichen auf den Standpunkt, der behandelnde Arzt könne aufgrund der Tatsache, wonach es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen sei, das Pensum über drei Stunden täglich zu steigern, da es dann zu «nicht mehr aushaltbaren Schmerzen» gekommen sei, was denn auch den durch diesen attestierten Limitierungen entspreche, nicht den Umkehrschluss ziehen, dass die berufliche Abklärung den Nachweis einer maximal dreistündigen Belastbarkeit ergeben habe. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und vermögen auch deshalb einzuleuchten, weil Dr. med. L.____ dem Beschwerdeführer im Bericht vom 16. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) aufgrund der chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen die Ausübung einer Arbeit auch lediglich zu drei Stunden pro Tag attestiert hatte. In diesem Sinn hielt denn auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) fest, es könne an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die auf objektivierbaren Befunden beruhe, festgehalten werden.

7.4.2 Aus dem Bericht des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers bei der M.____ vom 8. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) ergeben sich keine dem Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 widersprechenden Einschätzungen oder Diagnosestellungen, wobei in Bezug auf die ausgewiesenen Diagnosen dem Bericht vom Februar 2016 nicht entnommen werden kann, ob diese einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben oder nicht. Eine Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit geht aus diesem Bericht nicht hervor. Auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ hielt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) fest, mit dem Austrittsbericht der M.____ ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse (vgl. IV-Nr. 127 S. 2). Es sei eine stationäre muskuloskelettale Rehabilitation mit gutem Ergebnis durchgeführt worden (Abnahme der Schmerzintensität). Diesen Ausführungen kann zugestimmt werden. So hielt Dr. med. AC.____ im Bericht der M.____ fest, der Beschwerdeführer habe gut auf die Behandlung (stationäre muskuloskelettale Rehabilitation) angesprochen.

7.4.3 In Bezug auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. N.____ vom 25. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieser selbst darlegte, es habe sich sowohl in Bezug auf den Zustand als auch auf die Lebensumstände seit dem 5. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) – und somit seit dem

durch ihn zuletzt verfassten Bericht vor dem Gutachten der H.____ – nichts geändert. Dies hielt sodann auch Dr. med. G.____, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) entsprechend fest. In Bezug auf die durch den Psychiater diagnostizierte «depressive Episode zwischen leicht- und mittelgradig schwankend» stellte sie zudem fest, es könne aufgrund der im Arztbericht dargestellten Psychopathologie höchstens ein leichter Schweregrad der Depression abgeleitet werden. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da Dr. med. N.____ festhielt, der Beschwerdeführer sei im Gespräch sehr zugewandt und könne sich differenziert und nachvollziehbar ausdrücken, psychomotorisch sei er ruhig, es bestehe ein guter affektiver Rapport bei zeitweise eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Das Bewusstsein sei klar, er sei allseits orientiert. Die Konzentrationsfähigkeit sei subjektiv vermindert, mnestiche Funktionen seien intakt. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen, die Suizidalität werde glaubhaft verneint. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. 7.5 Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass dem polydisziplinären Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 insgesamt voller Beweiswert zukommt. Dies wird durch den Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten, die im Gutachten der H.____ formulierten Schlussfolgerungen wurden in der Beschwerde nicht in Frage gestellt. Es ist daher auf die entsprechenden Einschätzungen der Gutachter der H.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzustellen: Insgesamt ist der Beschwerdeführer für körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten ebenso wie für die frühere Tätigkeit als Werkzeugmacher voll arbeitsunfähig. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gilt mit Sicherheit ab September 2015. Wahrscheinlich kann über die Zeit gemittelt diese Arbeitsfähigkeit seit dem Juli 2013 angenommen werden nach vorangehend voller Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. 8. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.2 hiervor) und anschliessend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den IV-Grad von 30 % korrekt errechnet hat (A.S. 2):

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab Juli 2014 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

8.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2, mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

8.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 6, 106 S. 2 ff.) besuchte der Beschwerdeführer fünf Jahre die Primarschule und vier Jahre die Sekundarschule. Anschliessend absolvierte er vom April

1977 bis März 1981 eine vierjährige Lehre zum Werkzeugmacher. Er arbeitete danach bis im Oktober 1982 und vom Januar 1984 bis Dezember 1985 bei [...] (IV-Nr. 6 S. 10, 12). In der Zwischenzeit – vom Oktober 1982 bis Oktober 1983 – war er bei der [...] beschäftigt (IV-Nr. 6 S. 11). Vom Februar 1986 bis im Juli 1987 arbeitete er als Werkzeugmacher bei [...] (IV-Nr. 6 S. 9), und vom August 1987 bis Dezember 1990 als Werkzeug- und NC-Programm-Sachbearbeiter bei der [...] (IV-Nr. 6 S. 7 f.). Bei der [...] war er als Gruppenleiter Werkzeugbau vom April 1991 bis Dezember 1992 angestellt (IV-Nr. 6 S. 6). Der Beschwerdeführer war im Dezember 1992 Geschäftsführer des [...] in [...] (IV-Nr. 106 S. 2). Er absolvierte 1993 die Wirteprüfung (IV-Nr. 6 S. 18) und arbeitete in diesem Jahr bei der [...] (IV-Nr. 6 S. 5). Anschliessend war er vom Februar bis Juni 1994 als CNC-Mechaniker, -Einrichter und -Programmierer bei der [...] angestellt, vom Oktober 1994 bis Juni 1996 als Einrichter im Schichtbetrieb bei der [...] (IV-Nrn. 6 S. 4, 106 S. 2 f.) und vom Juni 1996 bis Dezember 1999 bei der [...] als CNC-Mechaniker, -Einrichter und -Programmierer (IV-Nr. 6 S. 3, vgl. auch Arbeitgeberfragebogen vom 29. Januar 2001, IV-Nr. 7). Vom Januar bis Mai 2000 war er bei der [...] beschäftigt (IV-Nr. 106 S. 3) und vom Juni 2000 bis Dezember 2000 erneut bei der [...], wie auch vom Januar bis Februar 2001 (IV-Nr. 106 S. 3). Mit Unterstützung der Beschwerdegegnerin konnte der Beschwerdeführer vom 20. April 2002 bis 6. Mai 2004 berufsbegleitend zum Prozessfachmann VBM mit eidg. Berufsprüfung am C.____ in [...] umgeschult werden (IV-Nrn. 50, 52). Er absolvierte während dieser Zeit – vom 1. Juli 2002 bis 28. April 2003 – ein Praktikum am [...] (IV-Nr. 45). Vom März 2004 bis 28. Februar 2005 war er als Leiter für Labortests bei der [...] mit einem Anstellungsgrad von 60 % beschäftigt (IV-Nr. 76 S. 5). Vom September 2006 bis Ende Januar 2007 war er bei der [...] als Leiter der Produktion und Materialwirtschaft angestellt und musste das Arbeitspensum per 1. September 2006 auf 80 % reduzieren (IV-Nr. 76 S. 4). Danach war er vom Februar bis Mai 2007 bei der [...] (IV-Nr. 106 S. 4) und vom 1. August 2007 bis 30. April 2008 als Leiter Werkzeugservice bei der [...] tätig (IV-Nr. 76 S. 3). Vom September 2009 bis Januar 2011 führte er selbständig ein kleines Café in [...] (IV-Nr. 121.1 S. 11). Vom 1. Mai 2011 bis Juni 2011 übte er eine befristete Arbeit bei der [...] als Aushilfschauffeur aus (IV-Nr. 76 S. 2). Am 1. September 2011 trat er als Servicetechniker in die Firma AG.____ zu 100 % ein (IV-Nrn. 76 S. 1, 94). Das Arbeitspensum wurde im Januar 2012 aus gesundheitlichen Gründen auf 80 % reduziert (IV-Nr. 57 S. 2). Das Arbeitsverhältnis wurde per 30. April 2012 aufgelöst. Vom August bis September 2012 konnte er befristet als Lagermitarbeiter bei der [...] tätig sein (IV-Nr. 121.1 S. 11). Vom 19. Mai 2014 bis 16. November 2014 wurde mit Hilfe der Beschwerdegegnerin ein Belastbarkeitstraining bei der E.____ durchgeführt (IV-Nr. 104). Dabei sei ihm eine Erhöhung des Arbeitspensums auf mehr als drei Stunden pro Tag nicht möglich gewesen (vgl. Abschlussbericht vom 7. November 2014, IV-Nr. 105).

8.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Servicetechniker in der Firma AG.____ aus gesundheitlichen Gründen per Mai 2012 gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 67 S. 1) und er seither – mit Ausnahme der kurzfristigen, befristeten zweimonatigen Anstellung vom August bis September 2012 bei der [...] – nicht mehr gearbeitet hat, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der AG.____ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Dies widerspricht dem voll beweismässigen Gutachten der H.____ vom 2. November 2015 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) nicht. So gehen die Gutachter davon aus, beim Beschwerdeführer bestehe seit Juli 2013 für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer

um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Folglich beziehen sie sich dabei nicht auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Werkzeugmacher und Servicetechniker, sondern auf adaptierte Tätigkeiten. Es kann somit für die Bestimmung des Valideneinkommens – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (A.S. 2) – das zuletzt bei der AG.____ konkret erzielte Einkommen von CHF 74'100.00 (13 x CHF 5'700.00, vgl. IV-Nr. 94 S. 1) herangezogen werden.

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

8.2.1 Da dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Werkzeugmacher nicht mehr zumutbar ist (vgl. II. E. 7.5 hiervor), es ihm aber möglich ist, in einer Verweistätigkeit zu 70 % tätig zu sein, ist somit vorliegend von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im gesamten privaten Sektor von CHF 5'312.00 (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Männer) auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41.7 im Jahr hochzurechnen ($CHF\ 5'312.00 \times 12\ [: 40 \times 41.7] = CHF\ 66'710.00$). Unter Berücksichtigung einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von CHF 46'517.10.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 55 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Die Einwände des Beschwerdeführers, wonach er noch nie in der umgeschulten Tätigkeit als Prozessfachmann gearbeitet habe (A.S. 9 unten), vermag daran nichts zu ändern. Denn es ist einzig massgebend, ob der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 Abs. 1 ATSG) noch wirtschaftlich nutzen könnte, wobei der «ausgeglichene Arbeitsmarkt» ein theoretischer und abstrakter Begriff ist und die konkrete Arbeitsmarktlage gerade nicht berücksichtigt (BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f. mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2017 vom 6. Juli 2017 E. 3.3). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über das Schweizer Bürgerrecht verfügt (IV-Nr. 72) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer

zusammen (LSE 2008 TA12). Beim Beschwerdeführer stellt sich daher auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vorgenommen hat. Der durch den Beschwerdeführer beantragte behinderungsbedingte Abzug von 15 % (A.S. 10) wird nicht näher erläutert und ist daher nicht nachvollziehbar. Das Invalideneinkommen beträgt folglich CHF 46'517.00.

8.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 74'100.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 46'517.10 eine Erwerbseinbusse von CHF 27'582.90, die einem IV-Grad von gerundet 37 % entspricht. Es besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 9. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor). 11.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 6. Juni 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'712.95 geltend macht. Dabei betragen die Auslagen total CHF 112.00 und das Honorar beruht auf einem Aufwand von 9,6 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'987.20 festzusetzen (9,6 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt von 8 %), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 518.40 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'505.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht. 11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).