

SO_GERICHTE VSBES.2017.67 vom 21. August 2017

SO Obergericht, 2017-08-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.67_d20170821

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.67 du 21 août 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.67 del 21 agosto 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1983, meldete sich am 1. September 2014 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) f. die Durchführung von beruflichen Massnahmen sowie zum Rentenbezug an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle Nr.] 2). Den Berichten des B.____ vom 18. März 2014 sowie vom 1. Mai 2014 (IV-Nr. 6, S. 7 und S. 5) ist hierzu zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe am 11. März 2014 nach einem Unfall mit einem Gabelstapler eine Quetschverletzung des linksseitigen Unterschenkels mit semizirkulärem Hautweichteildefekt und Komplettdurchtrennung des Musculus tibialis anterior, Ruptur des Musculus extensor hallucis longus und eine partielle Ruptur des Muskelbauches der Extensorum digitorum longum erlitten. In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin unter anderem einen Ausbildungskurs (Deutschkurs) als Frühinterventionsmassnahme (IV-Nr. 19).

Im parallel laufenden UVG-Verfahren veranlasste die Zürich Versicherung konsiliarische Beurteilungen bei Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (IV-Nr. 29, S. 2) sowie bei Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH (IV-Nr. 36, S. 2). Schliesslich holte die Zürich Versicherung bei der E.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein. Das Gutachten erging am 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2).

Nach weiteren Eingliederungsmassnahmen (Deutschkurse ab November 2014, Arbeitsversuch ab 16. Juni 2015, externes Belastbarkeitstraining vom 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015, Aufbaustraining ab 1. Februar 2016 bis 30. April 2016) wurden die Eingliederungsbemühungen abgeschlossen. Eine Steigerung über 3,25 Stunden pro Arbeitstag sei trotz der angepassten Arbeit mit Sitzen und sogar Bein hochlagern nicht möglich gewesen. Während 5 Wochen sei der Beschwerdeführer neunmal wegen Schmerzen früher heimgegangen. Infolge der langen Stagnation des Arbeitspensums sei das Aufbaustraining per 2. März 2016 abgebrochen worden (IV-Nr. 61).

1.2 Mit Vorbescheid vom 30. August 2016 (IV-Nr. 64) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, es sei vorgesehen, den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und einer Invalidenrente bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 12 % abzuweisen. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2016 Einwände erheben (IV-Nr. 65). Dem Einwandschreiben wurde u.a. ein gutachterlicher Bericht von Dr. med. D.____ vom 28. September 2016 (IV-Nr. 65 S. 10 ff.) beigelegt. Mit Verfügung vom 23. Januar 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) bestätigte die Beschwerdegegnerin den Vorbescheid

vom 30. August 2016.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 27. Februar 2017 Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) und die folgenden Rechtsbegehren stellen:
3. Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2017 (A.S. 28 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.
4. Mit Verfügung vom 7. April 2017 (A.S. 30 f.) wird das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen und Rechtsanwalt Alfred Dätwyler, Solothurn, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.
5. Mit Eingabe vom 11. Mai 2017 (A.S. 33) verzichtet der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer begründeten Stellungnahme.
6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig ist der Rentenanspruch, während die Verneinung eines Anspruchs auf weitere berufliche Massnahmen unangefochten geblieben ist.
2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, dem Beschwerdeführer eine halbe IV-Rente, eventuell eine Viertelsrente (beides inklusive Kinderzusatzrenten) zukommen zu lassen.

E. 3

3.1 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge

zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei es zwingend, dass ein polydisziplinäres Gutachten nach dem Zufallsprinzip via die Plattform MED@P zu vergeben sei. Deshalb könne auf das durch den Unfallversicherer eingeholte Gutachten der E. ___ nicht abgestellt werden, auch wenn dieser dem Beschwerdeführer drei Gutachterstellen zur Auswahl vorgelegt habe. Sodann bestehe die Konstellation, dass ein nicht von der Beschwerdegegnerin beauftragter Facharzt für Neurologie (Dr. med. F. ___) im E. ___-Gutachten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit 80 % beurteilt habe ■ der vom Beschwerdeführer um Stellungnahme gebetene Facharzt für Neurologie, Dr. med. D. ___ (Vorgutachter für die Unfallversicherung), diese jedoch mit 40 % eingeschätzt habe. Die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der Fachärzte für Neurologie sei dermassen, dass nicht ohne Willkür auf das versicherungsfremde Gutachten der E. ___ abgestellt werden dürfe. Stünden sich zwei gleichwertige Expertisen mit unterschiedlichem Ergebnis gegenüber, so könne nicht willkürfrei und ohne Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auf nur das eine davon abgestellt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2016, 9C 578/2015, E.2, 3). Damit sei die Frage der Arbeitsfähigkeit auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet worden, was Bundesrecht verletze (Art. 61 lit. c ATSG, s. BGE 9C_578/2015, E.2.3 in Verbindung mit E. 1.3). Gemäss BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1.4 habe in dieser Konstellation die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Des Weiteren entstehe in den Augen der Versicherten, aber auch nach dem gesunden Rechtsempfinden der spezialisierten Anwälte der Eindruck, der Leiter der MEDAS-Stelle E. ___ sei einseitig auf die Minimierung von Versicherungsleistungen bedacht und preise sein Institut als eine dazu geeignete Gutachterstelle an. Hier sei auf ein Einladungsschreiben der E. ___ zu verweisen, unterzeichnet vom Leiter Prof. Dr. med. G. ___, Facharzt für Neurologie FMH, vom 2. Juni 2014 an Versicherungsgesellschaften, denen im Vortrag aufgezeigt werden sollte, wie sie ungerechtfertigte Versicherungsleistungen vermeiden könnten. Der Anschein von Befangenheit bleibe. Dass nicht nur Versicherte und Versicherungsanwälte so empfinden würden, sei auch aus einem anonymisierten Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 8. Februar 2016 ersichtlich. Zudem sei es willkürlich, auf ein medizinisches Gutachten verfahrensabschlussend abzustellen, welches nicht auf dem normierten Fragenkatalog der Invalidenversicherung beruhe und welches insbesondere mit keinem Wort die Indikatoren gemäss neuer Rechtsprechung prüfe bzw. diskutiere. Dies zumal auch deshalb, als der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in der neusten Beurteilung vom 5. Januar 2017 ausdrücklich festhalte, die das Beschwerdebild des Versicherten dominierenden Schmerzen seien durch Dr. med. D. ___ als «gemischt neuropathisch/nozizeptiv» bedingt beurteilt worden. In den neu eingereichten Berichten des H. ___ vom 21. Juli und vom 11. August 2016 sei zusätzlich noch von Dekonditionierung und Schmerzverarbeitungsstörung als

Ursache der Beschwerden die Rede. Da somit namentlich die Beschwerdegegnerin auch psychosomatische Aspekte der Schmerzen ins Spiel bringe, wäre es umso zwingender gewesen, ein Gutachten nach der Indikatorenrechtsprechung und nach dem neuen Fragenkatalog einzuholen. Die Unterlassung stelle eine Rechtsverweigerung dar. Das Abstellen auf das E.____-Gutachten erweise sich als willkürlich. Schliesslich sei die fehlende Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu rügen. Der Beschwerdeführer sei beim letzten Arbeitgeber I.____ in einem Verteilzentrum in [...] als Lagermitarbeiter angestellt gewesen. Die Tabelle TA1 Tirage Skill Level der LSE 2014 zeige für die Branchen 49 - 52 «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei» einen durchschnittlichen Lohn für Männer von CHF 55'547.00 an (Kompetenzniveau 1). Somit betrage der durchschnittliche monatliche Bruttolohn gemäss LSE 2014 im Jahr CHF 66'564.00 angepasst auf die Normgrösse ($:40 \times 41,7 \times 103,3 \times 103,7 = \text{CHF } 69661.00$). Der zuletzt bei I.____ gehabte Verdienst habe bei CHF 54'600.00 gelegen. Es ergebe sich, dass der effektiv erzielte Lohn um rund 22 % tiefer als der durchschnittliche Branchenlohn liege. In der Rechtsprechung sei anerkannt, dass bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Ausländerstatus eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen stattzufinden habe, wenn die Differenz mindestens 5 % betrage (BGE 141 V 1 ff.). Somit müsste das Valideneinkommen des Beschwerdeführers um mindestens 17 % gegen oben erhöht werden, um mit dem Tabellenlohn beim Invalideneinkommen verglichen zu werden. Damit ergäbe sich ein aufgewertetes Valideneinkommen von CHF 63'882.00 ($\text{CHF } 54'600.00 \times 117 \%$). Setze man beim Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen einen Betrag von CHF 53'368.35 (entsprechend 80 % des aufgewerteten LSE-Lohnes) ein, gelange man auf einen IV-Grad von 16,5 %. Der Wert liege zwar klar jenseits dessen, was zu einer Rente bei der Beschwerdegegnerin berechtigen würde. Da zu fürchten sei, dass sich die Unfallversicherung an den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin anlehne, müsse ein prozentgenauer IV-Grad festgelegt werden. Lege man der Berechnung des IV-Grades den Wert der Arbeitsfähigkeit laut Dr. med. D.____ von 40 % zu Grunde, gelange man auf einen IV-Grad von 58 % ($\text{CHF } 63'882.00 - [\text{CHF } 66'710.00 \times 40 \%] \text{ CHF } 26'684.00 = \text{Einbusse CHF } 37'198.00$ entsprechend 58,22 %). Damit ergebe sich, dass bei einem höheren Grad der Arbeitsunfähigkeit auch ein deutlich höherer IV-Grad resultiere, wenn die Vergleichseinkommen rechtsprechungsgemäss parallelisiert würden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht des B.____ vom 18. März 2014 (IV-Nr. 6, S. 7) wurde festgehalten, es bestehe ein Status nach Quetschverletzung des linken Unterschenkels nach Unfall mit Gabelstapler am 11. März 2014. Elektrophysiologisch bestehe eine minimale Nervenkontinuität des N. peroneus profundus links zum M. extensor digitorum brevis. Der Nerv sei demnach sehr stark, aber nicht vollständig geschädigt. Der N. peroneus superficialis lasse sich in der vorliegenden Situation nicht zuverlässig untersuchen/beurteilen. Der N. tibialis links sei eventuell mitgeschädigt, doch wiesen die Befunde auf eine recht gute Nervenkontinuität hin.

5.2 Im Bericht des B.____ vom 1. Mai 2014 (IV-Nr. 6, S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Quetschverletzung des linksseitigen Unterschenkels mit semizirkulärem Hautweichteildefekt und Komplettdurchtrennung des Musculus tibialis anterior, Ruptur des Musculus extensor hallucis longus und partielle Ruptur des Muskelbauches der Extensorum digitorum longum

5.3 In der konsiliarischen Beurteilung zuhanden der Zürich Versicherung vom 16. April 2015 (IV-Nr. 29, S. 2) hielt Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines erlittenen Hubstaplerunfalles mit schweren Weichteilverletzungen des linken Unterschenkels. Als Folge der schweren Kontusionsverletzung mit Totalruptur des Musculus tibialis anterior und Extensor hallucis longus und Partialruptur des Extensor digitorum longus resultiere eine schwere Fallfussdeformität links mit nur geringer Restaktivität der Restmuskulatur und nur andeutungsweise Hebung des linken Fusses. Der Patient sei versorgt mit einer Heidelbergfeder und mit beidseitigen Fussbettungen. In dieser Situation würden nachvollziehbare Schmerzen bereits nach kurzer Belastung auftreten, welche von selber wohl kaum verschwinden würden. Zur Schmerzreduktion und Stabilisierung dieses instabilen und schmerzhaften linken Rückfusses wäre wohl eine obere Sprunggelenksarthrodese die schnellste und zuverlässigste Behandlungsmethode. Die würde den Patienten zumindest von seiner Heidelbergfeder befreien und ihm auch ohne orthopädische Zurichtungen einen stabilen Rückfuss verschaffen und damit auch die Möglichkeit, körperlich wieder schwerere Arbeiten durchzuführen. Unabhängig davon, ob man jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt einen Stabilisierungs-Eingriff am linken oberen Sprunggelenk durchführe oder nicht, würden dauerhafte Leistungseinschränkungen bestehen bleiben, dies seien im Falle der oberen Sprunggelenksarthrodese Bewegungseinschränkungen im linken oberen Sprunggelenk mit den verbleibenden Weichteilproblemen im Transplantatbereich am linken Unterschenkel. Verzichte man auf einen Stabilisierungs-Eingriff, würde der Fallfuss wohl zum grössten Teil bestehen bleiben und damit die schwere Instabilität im linken Rückfuss, welche durch die Heidelbergfeder oder andere orthopädiotechnische Massnahmen nur bedingt verbessert werden könnten. Grundsätzlich lasse sich sagen, dass nach einem stabilisierenden Eingriff alle Tätigkeiten (stehend, gehend, Gewichte tragen etc.) zwar ebenfalls nur reduziert möglich sein würden, jedoch in deutlich höherem Masse als ohne Durchführung dieses Eingriffes und ausschliesslich mit der orthopädiotechnischen Versorgung dieses schweren und instabilen Fallfusses. Das derzeitige Leistungsprofil des Beschwerdeführers sei in der aktuellen Situation ganz erheblich eingeschränkt, einerseits durch die beschriebene Funktionsstörung und den Fallfuss, andererseits durch die nach kurzer Zeit auftretenden Schmerzen im distalen Unterschenkel und den instabilen Fuss. Zusammenfassend lasse sich die bisher ausgeübte Tätigkeit als Magazin- und Hubstapelfahrer wohl oder mit Sicherheit nicht mehr durchführen. Auch leichte oder mittelschwere Arbeiten überwiegend sitzender oder wechselbelastender Tätigkeit seien auf Grund der rasch auftretenden Schmerzen nicht mehr zumutbar, auch bei Gewichtszuteilung von nur leichten Gewichten und unter Zugeständnis stark zeitlicher und leistungsmässiger Einschränkungen. Zusammenfassend sei die Prognose über den weiteren Heilungsverlauf im wesentlichen abhängig von der Durchführung oder nicht Durchführung der vorgeschlagenen oberen Sprunggelenksarthrodese links.

5.4 Im Bericht des B.____ vom 7. Mai 2015 (IV-Nr. 30) wurde ausgeführt, über ein Jahr postoperativ berichte der Patient über eine leichtgradige Besserung. Es sei nochmals eine Besserung der Dorsalflexion im Sinne einer Kraftsteigerung auf M4 sowie einer Dorsal-Extension bis ca. fast 90° eingetreten. Nach wie vor trage der Patient die Heidelbergschiene, wobei er insbesondere zu Hause versuche, diese komplett wegzulassen. Auf Nachfrage berichte der Patient über einige Versuche der IV im Sinne einer Wiedereingliederung in den Beruf. Offenbar seien ihm Berufe mit der gleichen Funktion wie bisher als Logistiker angeboten worden, in welchen er aber unter der jetzigen Funktionsleistung nach Ansicht der Ärzte des B.____ nicht arbeiten könne bzw. wahrscheinlich nie werde arbeiten können. Bis jetzt seien noch keine Versuche im Sinne einer Umschulung in eine sitzende Tätigkeit durchgeführt worden. Die Ärzte seien nach wie vor der Überzeugung, dass der Patient dringend einer Umschulung in einen Beruf mit sitzender Tätigkeit bedürfe. Dieser Ansicht sei ebenfalls Frau Professor J.____ nach telefonischer Rücksprache. Aus Sicht der Ärzte sei es nun angezeigt, eine Evaluation der funktionellen Leistung durchzuführen.

5.5 In der konsiliarischen Beurteilung zuhanden der Zürich Versicherung vom 11. September 2015 (IV-Nr. 36, S. 2) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, fest, bei einer ausgedehnten Muskelverletzung im linken Unterschenkel zeige sich aktuell eine partielle Restitution, indem die distalen Anteile vom Tibialis anterior eine Funktion ausüben würden, auch MR-tomographisch seien die Muskelstrukturen dort erhalten. Die proximalen Anteile des Tibialis anterior hingegen seien klinisch und elektromyographisch nicht aktiv, bindegewebig / fettig umgewandelt, wie sich dies in den MR-Bildern darstelle. Analoges gelte für den Extensor hallucis longus, während die Extension der kleinen Zehen kaum eine Funktion zeige. Funktionell sei allerdings diese Restitution noch von relativ geringer Bedeutung, einerseits weil die Kraft nicht genüge, um den Fuss gegen die Schwerkraft anzuheben andererseits auch da das obere Sprunggelenk in der Beweglichkeit stark eingeschränkt sei, eine Flexion zu 90° sei bisher nicht möglich. Neben der eingeschränkten Möglichkeit, den Fuss richtig abzurollen, sei auch angesichts der Schwäche der Dorsalflexion von einer gewissen Instabilität im Fuss auszugehen. Nachdem sich ab November während etwa eines halben Jahres eine für den Patienten deutlich erkennbare Besserungstendenz gezeigt habe und die Situation nun aber einige Monate praktisch stagniere, erscheine die Prognose getrübt, mit einer entscheidenden Verbesserung der Kraft könne wohl kaum mehr gerechnet werden. Die Problematik beruhe nicht in erster Linie auf einer Innervationsstörung, sondern darauf, dass nur eine geringe Muskelmasse vom Tibialis anterior, dessen distaler Drittel bis Hälfte, noch funktionstüchtig sei. Es sollte versucht werden, mittels aktiver Bewegungsübung den Tibialis anterior noch weiter zu kräftigen sowie mittels Übungen das obere Sprunggelenk zu mobilisieren. Dr. med. D.____ empfehle, dass noch die weitere Entwicklung abgewartet werden solle, dann allenfalls in einem halben Jahr erneut über eine mögliche Arthrodesis diskutiert werde. Eine Leitungsstörung vom N. Peroneus im Unterschenkel mit verlangsamter Leitgeschwindigkeit und verminderter Potentialamplitude über dem Extensor digitorum brevis sei Hinweis auf eine partielle Schädigung dieses Nerven. Die entsprechenden Ausfälle würden jedoch von der Funktion her weniger ins Gewicht fallen, der direkte Muskelschaden stehe im Vordergrund. Die Schmerzen seien teils von neuropathischem Charakter. Ein Behandlungsversuch mit Lyrica sei empfehlenswert. Wegen der ungenügenden Stabilität im Gehen seien derzeit nur leichtere Arbeiten ausführbar. Dies überwiegend in wechselbelastender Tätigkeit, ohne die Notwendigkeit unter Last Treppen

oder Leitern zu besteigen. Aktuell bestehe noch aufgrund der Schmerzen eine Beeinträchtigung. Eine Belastung von 25 % aktuell sei gerechtfertigt, mit einer zunehmend höheren Arbeitsbelastung dürfe gerechnet werden, allerdings unter den oben formulierten Einschränkungen. Voraussichtlich dürfte sich an den oben formulierten Einschränkungen auch künftig kaum etwas ändern.

5.6 Im polydisziplinären Gutachten der E.____ vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2) wurde wurden folgende Diagnosen gestellt:

In der gutachterlichen Konsensbeurteilung wurde ausgeführt, der Endzustand sei wahrscheinlich seit circa einem Jahr erreicht. Eine Umstellung der derzeitigen polypragmatischen analgetischen Medikation sei anzuraten (siehe neurologische Beurteilung), werde jedoch den Integritätsschaden von 20 % und die auf Dauer geminderte Arbeitsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0 % in der letzten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit; Arbeitsfähigkeit 80 % in optimal angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten) nicht namhaft beeinflussen können.

5.7 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, med. pract. K.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Schreiben vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 62) fest, nach Durchsicht der Akten und in Anbetracht der Bemühungen der vergangenen 2 Jahre erachte sie eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 60 % als angemessen. Selbst bei optimal angepasster Arbeitstätigkeit. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert und wolle unbedingt einer Tätigkeit nachgehen, ebenso arbeite man daran, die Schmerzsituation zu verbessern.

5.8 Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 28. September 2016 (IV-Nr. 65, S. 10) zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers fest, er habe den Beschwerdeführer am 21. September 2016 untersucht. Gegenüber der Untersuchung vor einem Jahr würden gleichartige Beschwerden angegeben und es zeigten sich in der klinischen Untersuchung im Wesentlichen gleichartige Befunde. Eine leichte Besserung zeige sich einzig bei der aktiven Dorsalflexion vom Fuss, die nun etwas besser sei als in der Voruntersuchung, ebenso sei die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks etwas besser, allerdings noch immer eingeschränkt. Zu einer wesentlichen Funktionsverbesserung sei es jedoch dadurch nicht gekommen, es zeigten sich immer noch ein ausgeprägter Steppergang aufgrund der Dorsalflexionsparese vom Fuss und damit auch eine Instabilität. Es dürfe davon ausgegangen werden, dass mittlerweile der Endzustand erreicht worden sei. Die von ihm, Dr. med. D.____, in der Voruntersuchung und aktuell erhobenen Befunde würden im Wesentlichen den vom neurologischen Gutachter der E.____ erhobenen Befunden entsprechen. Im Vordergrund stünden für den Patienten die Schmerzen, die teils belastungsabhängig seien und jeweilen auf Entlastung wieder nachlassen würden. In diesem Zusammenhang sei auf die Untersuchung im H.____ zu verweisen, wo als Ausmass der schmerzbedingten Beeinträchtigung nach von Korff ein Ausprägungsgrad von IV (der höchste Grad) erreicht worden sei. Die Schmerztherapie könne gemäss den Empfehlungen von H.____ noch ausgebaut werden. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, so stehe zweifelsfrei fest, dass der Beschwerdeführer für sämtliche berufliche Tätigkeiten, welche mit häufigem Gehen, Stehen und Besteigen von Leitern oder Gerüsten, dem überwiegenden Führen von Fahrzeugen oder dem Heben und Tragen schwerer und mittelschwerer Lasten verbunden seien, nicht geeignet sei. Ebenso unbestritten sei, dass für überwiegend sitzende körperliche leichte Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Neben dem vermehrten Pausenbedarf sei bei einer derartigen Tätigkeit auch darauf zu achten, dass er seine Position wechseln könne. Zu

diskutieren sei der Grad der Arbeitsfähigkeit. In seiner Beurteilung vor einem Jahr habe Dr. med. D. ___ eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 25 % angenommen, was ungefähr dem damaligen Einsatz entsprochen habe. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer an verschiedenen Orten gearbeitet, habe eine Präsenz von 3 ■ 3½ Stunden aufrechterhalten können. Dr. med. D. ___ sei nach wie vor der Ansicht, dass eine höhere Leistung bei einem vorsichtigen Einsatz und Steigerung erreicht werden könne. Mittelfristig könne aber aufgrund des doch aktuell weiterhin bestehenden Beschwerdebildes nicht mit einer höheren Leistung gerechnet werden als einem zeitlichen Einsatz von 60 % mit einem Rendement von 70 %. Dies ergebe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Eine höhere Einstufung sei unrealistisch, da die auch vom Gutachter der E. ___ konzedierten Pausen das Rendement wesentlich einschränken würden, was nicht gebührend berücksichtigt worden sei.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten der E. ___ vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2) abstützt, ist dessen Beweiswert zu prüfen. Vorweg ist jedoch auf die Rügen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach auf das E. ___-Gutachten vorliegend nicht abgestellt werden könne, da es einerseits nicht in Wahrung der Beteiligungsrechte gemäss BGE 137 V 210 und nicht mittels Zufallsprinzip via die Plattform MED@P eingeholt worden sei und andererseits betreffend den Institutsleiter der E. ___, Prof. Dr. med. G. ___, der Anschein der Befangenheit bestehe.

6.1 Der Versicherungsträger, hier die Beschwerdegegnerin, hat von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Dabei ist es ihm nicht verwehrt, Auskünfte und Unterlagen von Dritten, insbesondere auch von anderen Versicherungsträgern, beizuziehen (vgl. Art. 28 Abs. 3 ATSG). Hat ein Versicherer ein Gutachten eingeholt, kann diesem auch im parallellaufenden Verfahren eines anderen Sozialversicherungsträgers Beweiskraft zukommen. Der Beweiswert eines solchen Fremdgutachtens hängt davon ab, ob in beiden Versicherungszweigen vergleichbare Verfahrensvorschriften gelten und in welchem Verfahren das Gutachten eingeholt wurde. So hat das Bundesgericht festhalten, einem versicherungsinternen oder vertrauensärztlichen Gutachten, das ein obligatorischer Unfallversicherer oder ein Krankentaggeldversicherer eingeholt hat, komme für das IV-Verfahren ebenfalls der Stellenwert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des Bundesgerichts 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3, 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3). In dieser Konstellation sind demnach ergänzende Abklärungen bereits dann erforderlich, wenn auch nur relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229 mit Hinweisen). Vorliegend liegt jedoch nicht diese Konstellation vor, denn die Zürich Versicherung als obligatorischer Unfallversicherer nach UVG hat das Gutachten der E. ___ im Verfahren nach Art. 44 ATSG, wie es für diesen Versicherungszweig mit BGE 138 V 318 E. 6.1.4 S. 323 (in Verbindung mit BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258) konkretisiert wurde, eingeholt. Sie schlug dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 49 S. 2 f.) drei Begutachtungsstellen zur Auswahl vor. Gleichzeitig erhielt er Gelegenheit, zu den vorgesehenen Fragen an die Gutachter Stellung zu nehmen und dieser seinerseits weitere Frage zu unterbreiten. Wie in der Beschwerdeschrift (S. 5) bestätigt wird, optierte der Beschwerdeführer für die Begutachtungsstelle E. ___. Weiter machte er von der Möglichkeit Gebrauch, seinerseits Fragen zu stellen (vgl. IV-Nr. 53 S 7). Die Bestellung der Begutachtungsstelle E. ___ erfolgte demnach einvernehmlich, indem der Beschwerdeführer aus einem ihm

unterbreiteten Dreiervorschlag diese Stelle auswählte. Dieses Vorgehen zur Bestimmung der Gutachterstelle wird unter dem Aspekt der Mitwirkungsrechte den für die Unfallversicherung geltenden Anforderungen gerecht und ist gleichwertig mit dem für die Invalidenversicherung geltenden Zufallsprinzip. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt nicht anwaltlich vertreten war, ist nach der Rechtsprechung in diesem Zusammenhang irrelevant (vgl. zu diesem Aspekt das Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Da das polydisziplinäre Gutachten der E.____ somit in einem den Anforderungen von Art. 44 ATSG genügenden Verfahren eingeholt wurde, kommt ihm auch für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren ein Beweiswert zu, der mit demjenigen eines Gutachtens, das die IV-Stelle selbst im Rahmen von Art. 44 ATSG einholt, vergleichbar ist. Einem Abstellen auf das Gutachten steht damit grundsätzlich nichts entgegen, falls es sich als voll beweiskräftig erweist und nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.), was nachfolgend unter E. II. 7 zu prüfen sein wird».

6.2 Hinsichtlich der Rüge, bezüglich des Institutsleiters der E.____ und Mitunterzeichners des Gutachtens, Prof. Dr. med. G.____, bestehe der Anschein der Befangenheit, kann auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung verwiesen werden. So hatte das Bundesgericht bereits im Urteil 8C_584/2016 vom 4. Januar 2017 genau über diese Frage zu entscheiden und hielt dazu in E. 4.2 fest, der Umstand, dass ein Gutachter seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen. Dies wurde vom Bundesgericht sodann im Urteil 9C_19/2017 vom 30. März 2017 bestätigt, in welchem es in E. 5.2 ergänzend ausführte, der Einladungstext der Veranstaltung sei in einem sachlichen und professionellen Ton abgefasst worden, enthalte mithin keinerlei Ausfälligkeiten oder abwertende Äusserungen, die befürchten liessen, Prof. Dr. med. G.____ habe seine Meinung abschliessend gebildet und werde die sich in einem konkreten Streitfall stellenden Fragen nicht mehr umfassend und offen beurteilen können (vgl. dazu André Nabold, Chancen und Risiken richterlicher wissenschaftlicher Publizistik, in: «Justice - Justiz - Giustizia» 2013/1, Rz. 33 mit Hinweis auf das Urteil 8C_828/2010 vom 14. Juni 2011 E. 2.3). Mithin lasse die erwähnte Einladung die Annahme des Anscheins der Befangenheit des Institutsleiters im hier zu beurteilenden Fall nicht zu. Eine weitere Bestätigung dieses Entscheides erfolgte im Urteil des Bundesgerichts 9C_285/2017 vom 15. Mai 2017 E. 3. Im Übrigen wurde der Anschein der Befangenheit von Prof. Dr. med. G.____ auch schon im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2016.182 vom 15. November 2016 E. 3.1.2 mit ähnlichen Argumenten verneint. Ein Anschein der Befangenheit liegt demnach angesichts der vorerwähnten Rechtsprechung auch im vorliegenden Verfahren nicht vor.

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei es zwingend, dass ein polydisziplinäres Gutachten nach dem Zufallsprinzip via die Plattform MED@P zu vergeben sei. Deshalb könne auf das durch den Unfallversicherer eingeholte Gutachten der E.____ nicht abgestellt werden, auch wenn dieser dem Beschwerdeführer drei Gutachterstellen zur Auswahl vorgelegt habe. Sodann bestehe die Konstellation, dass ein nicht von der Beschwerdegegnerin beauftragter Facharzt für Neurologie (Dr. med. F.____) im E.____-Gutachten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit 80 % beurteilt habe,

der vom Beschwerdeführer um Stellungnahme gebetene Facharzt für Neurologie, Dr. med. D.____ (Vorgutachter für die Unfallversicherung), diese jedoch mit 40 % eingeschätzt habe. Die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der Fachärzte für Neurologie sei dermassen, dass nicht ohne Willkür auf das versicherungsfremde Gutachten der E.____ abgestellt werden dürfe. Stünden sich zwei gleichwertige Expertisen mit unterschiedlichem Ergebnis gegenüber, so könne nicht willkürfrei und ohne Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auf nur das eine davon abgestellt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2016, 9C 578/2015, E.2, 3). Damit sei die Frage der Arbeitsfähigkeit auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet worden, was Bundesrecht verletze (Art, 61 lit. c ATSG, s. BGE 9C_578/2015, E.2.3 in Verbindung mit E. 1.3). Gemäss BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1.4 habe in dieser Konstellation die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Des Weiteren entstehe in den Augen der Versicherten, aber auch nach dem gesunden Rechtsempfinden der spezialisierten Anwälte der Eindruck, der Leiter der MEDAS-Stelle E.____ sei einseitig auf die Minimierung von Versicherungsleistungen bedacht und preise sein Institut als eine dazu geeignete Gutachterstelle an. Hier sei auf ein Einladungsschreiben der E.____ zu verweisen, unterzeichnet vom Leiter Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 2. Juni 2014 an Versicherungsgesellschaften, denen im Vortrag aufgezeigt werden sollte, wie sie ungerechtfertigte Versicherungsleistungen vermeiden könnten. Der Anschein von Befangenheit bleibe. Dass nicht nur Versicherte und Versicherungsanwälte so empfinden würden, sei auch aus einem anonymisierten Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 8. Februar 2016 ersichtlich. Zudem sei es willkürlich, auf ein medizinisches Gutachten verfahrensabschlussend abzustellen, welches nicht auf dem normierten Fragenkatalog der Invalidenversicherung beruhe und welches insbesondere mit keinem Wort die Indikatoren gemäss neuer Rechtsprechung prüfe bzw. diskutiere. Dies zumal auch deshalb, als der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in der neusten Beurteilung vom 5. Januar 2017 ausdrücklich festhalte, die das Beschwerdebild des Versicherten dominierenden Schmerzen seien durch Dr. med. D.____ als «gemischt neuropathisch/nozizeptiv» bedingt beurteilt worden. In den neu eingereichten Berichten des H.____ vom 21. Juli und vom 11. August 2016 sei zusätzlich noch von Dekonditionierung und Schmerzverarbeitungsstörung als Ursache der Beschwerden die Rede. Da somit namentlich die Beschwerdegegnerin auch psychosomatische Aspekte der Schmerzen ins Spiel bringe, wäre es umso zwingender gewesen, ein Gutachten nach der Indikatorenrechtsprechung und nach dem neuen Fragenkatalog einzuholen. Die Unterlassung stelle eine Rechtsverweigerung dar. Das Abstellen auf das E.____-Gutachten erweise sich als willkürlich. Schliesslich sei die fehlende Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu rügen. Der Beschwerdeführer sei beim letzten Arbeitgeber I.____ in einem Verteilzentrum in [...] als Lagermitarbeiter angestellt gewesen. Die Tabelle TA1 Tirage Skill Level der LSE 2014 zeige für die Branchen 49 - 52 «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei» einen durchschnittlichen Lohn für Männer von CHF 5'547.00 an (Kompetenzniveau 1). Somit betrage der durchschnittliche monatliche Bruttolohn gemäss LSE 2014 im Jahr CHF 66'564.00 angepasst auf die Normgrösse ($:40 \times 41,7 \times 103,3 \times 103,7 = \text{CHF } 69661.00$). Der zuletzt bei I.____ gehabte Verdienst habe bei CHF 54'600.00 gelegen. Es ergebe sich, dass der effektiv erzielte Lohn um rund 22 % tiefer als der durchschnittliche Branchenlohn liege. In der Rechtsprechung sei anerkannt, dass bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zuzufolge

Ausländerstatus eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen stattzufinden habe, wenn die Differenz mindestens 5 % betrage (BGE 141 V 1 ff.). Somit müsste das Valideneinkommen des Beschwerdeführers um mindestens 17 % gegen oben erhöht werden, um mit dem Tabellenlohn beim Invalideneinkommen verglichen zu werden. Damit ergäbe sich ein aufgewertetes Valideneinkommen von CHF 63'882.00 (CHF 54'600.00 x 117 %). Setze man beim Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen einen Betrag von CHF 53'368.35 (entsprechend 80 % des aufgewerteten LSE-Lohnes) ein, gelange man auf einen IV-Grad von 16,5 %. Der Wert liege zwar klar jenseits dessen, was zu einer Rente bei der Beschwerdegegnerin berechnen würde. Da zu fürchten sei, dass sich die Unfallversicherung an den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin anlehne, müsse ein prozentgenauer IV-Grad festgelegt werden. Lege man der Berechnung des IV-Grades den Wert der Arbeitsfähigkeit laut Dr. med. D. ___ von 40 % zu Grunde, gelange man auf einen IV-Grad von 58 % (CHF 63'882.00 - [CHF 66'710.00 x 40 %] CHF 26'684.00 = Einbusse CHF 37'198.00 entsprechend 58,22 %). Damit ergebe sich, dass bei einem höheren Grad der Arbeitsunfähigkeit auch ein deutlich höherer IV-Grad resultiere, wenn die Vergleichseinkommen rechtsprechungsgemäss parallelisiert würden. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit 11. März 2014 in seiner Arbeitsfähigkeit als Lagermitarbeiter Kommissionierung bei der Firma I. ___ eingeschränkt sei. Diese Tätigkeit sei ihm aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei ihm jedoch eine körperlich angepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Führen von Fahrzeugen oder Heben oder Tragen von schweren oder mittelschweren Lasten weiterhin in einem Pensum von 80 % zumutbar. Dabei könne er ein entsprechendes und Renten ausschliessendes Einkommen erzielen. Es bestehe keine lang dauernde Erwerbsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Vorliegend habe die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der E. ___ vom 13. Juni 2016 erlassen. Der RAD habe dieses in seiner Stellungnahme gewürdigt und für schlüssig und nachvollziehbar befunden. Daraus sei der Schluss gezogen worden, dass aufgrund der attestierten Diagnosen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für eine angepasste und vorwiegend sitzende Tätigkeit bestehe (vgl. Stellungnahme RAD vom 29. August 2016). Diese Vorgehensweise sei mit Hintergrund der antizipierten Beweiswürdigung und auch unter Berücksichtigung des Untersuchungsgrundsatzes so zulässig und korrekt. Zusätzlich sei eine medizinische Auskunft zum Gutachten der E. ___ vom 13. Juni 2016 durch Herr Dr. med. D. ___ vom 28. September 2016 eingereicht worden, in welcher insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Versicherten diskutiert werde. Diesbezüglich komme der RAD in seiner Stellungnahme vom 5. Januar 2017 zum Schluss, dass an der Beurteilung durch die E. ___-Gutachter festgehalten werden könne. Begründet werde dies einerseits damit, dass die im Beschwerdebild des Versicherten dominierenden Schmerzen durch Dr. med. D. ___ als gemischt neuropathisch / nozizeptiv bedingt beurteilt würden. In den seit der E. ___-Begutachtung neu zur Verfügung stehenden Berichten des H. ___ vom 21. Juli und 11. August 2016 würden jedoch zusätzlich auch eine Dekonditionierung und Schmerzverarbeitungsstörung als Ursachen der Beschwerden erwähnt. Damit würden sich versicherungsmedizinisch das durch den Versicherten subjektiv geäußerte Beschwerdebild

und die vom H.____ aufgrund der Angaben des Versicherten angegebene hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung relativieren. Zusammengefasst könne festgehalten werden, dass der eingereichte Bericht und die medizinischen Rügepunkte am Entscheid der IV nichts ändere, respektive damit kein Zweifel über den Sachverhalt habe erweckt werden können. Was die geltend gemachte Befangenheit der E.____-Gutachter anbelange, sei festzuhalten, dass aus dem fraglichen Schreiben für den vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte abgeleitet werden könnten, da sich dieses weder konkret auf den Fall des Versicherten noch auf dessen Rechtsvertreter beziehe. Ferner habe sich zudem das kantonale Versicherungsgericht in Solothurn in einem Entscheid mit dem besagten Schreiben befasst und habe entgegen der Ansicht des Kantonsgerichts Luzern keinen Verdacht auf Befangenheit gestützt auf die Einladung erkennen oder herleiten können (vgl. VSBES.2016.182). In diesem Entscheid habe sich das Versicherungsgericht auch zum vorgebrachten Datensatz geäußert und sich dabei auf das SuisseMED@P Reporting 2014 bezogen, welches festhalte, dass in 222 Gutachten für die Invalidenversicherung in 37 Fällen auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 % und in 24 Fällen eine solche von 41 bis 50 % attestiert worden sei. Damit habe sich in jedem vierten Fall eine Arbeitsunfähigkeit ergeben. Vor diesem Hintergrund könne nicht gesagt werden, es bestehe der objektive Anschein, dass die Experten von vornherein nicht ergebnisoffen begutachten würden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht des B.____ vom 18. März 2014 (IV-Nr. 6, S. 7) wurde festgehalten, es bestehe ein Status nach Quetschverletzung des linken Unterschenkels nach Unfall mit Gabelstapler am 11. März 2014. Elektrophysiologisch bestehe eine minimale Nervenkontinuität des N. peroneus profundus links zum M. extensor digitorum brevis. Der Nerv sei demnach sehr stark, aber nicht vollständig geschädigt. Der N. peroneus superficialis lasse sich in der vorliegenden Situation nicht zuverlässig untersuchen/beurteilen. Der N. tibialis links sei eventuell mitgeschädigt, doch wiesen die Befunde auf eine recht gute Nervenkontinuität hin.

5.2 Im Bericht des B.____ vom 1. Mai 2014 (IV-Nr. 6, S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt: Quetschverletzung des linksseitigen Unterschenkels mit semizirkulärem Hautweichteildefekt und Komplettdurchtrennung des Musculus tibialis anterior, Ruptur des Musculus extensor hallucis longus und partielle Ruptur des Muskelbauches der Extensorum digitorum longum - St. n. Débridement, Defektdeckung der freiliegenden Tibia mittels Hemisoleus-Lappen, Vakuum-Verbandanlage am linken Bein am 14. März 2014 - St. n. Débridement, Defektdeckung mit Spalthaut vom rechten Oberschenkel, VAC-Verband am 19. März 2014 - St. n. Débridement, Defektdeckung mit Spalthaut im kranialen Bereich der Wunde und VAC-Verband am 24. März 2014

5.3 In der konsiliarischen Beurteilung zuhanden der Zürich Versicherung vom 16. April 2015 (IV-Nr. 29, S. 2) hielt Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines erlittenen Hubstaplerunfalles mit schweren Weichteilverletzungen des linken Unterschenkels. Als Folge der schweren Kontusionsverletzung mit Totalruptur des Musculus tibialis anterior und Extensor hallucis longus und Partialruptur des Extensor digitorum longus resultiere eine schwere Fallfussdeformität links mit nur geringer Restaktivität der Restmuskulatur und nur andeutungsweise Hebung des linken Fusses. Der Patient sei versorgt mit einer Heidelbergfeder und mit beidseitigen Fussbettungen. In dieser Situation würden

nachvollziehbare Schmerzen bereits nach kurzer Belastung auftreten, welche von selber wohl kaum verschwinden würden. Zur Schmerzreduktion und Stabilisierung dieses instabilen und schmerzhaften linken Rückfusses wäre wohl eine obere Sprunggelenksarthrodese die schnellste und zuverlässigste Behandlungsmethode. Die würde den Patienten zumindest von seiner Heidelbergfeder befreien und ihm auch ohne orthopädische Zurichtungen einen stabilen Rückfuss verschaffen und damit auch die Möglichkeit, körperlich wieder schwerere Arbeiten durchzuführen. Unabhängig davon, ob man jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt einen Stabilisierungs-Eingriff am linken oberen Sprunggelenk durchführe oder nicht, würden dauerhafte Leistungseinschränkungen bestehen bleiben, dies seien im Falle der oberen Sprunggelenksarthrodese Bewegungseinschränkungen im linken oberen Sprunggelenk mit den verbleibenden Weichteilproblemen im Transplantatbereich am linken Unterschenkel. Verzichte man auf einen Stabilisierungs-Eingriff, würde der Fallfuss wohl zum grössten Teil bestehen bleiben und damit die schwere Instabilität im linken Rückfuss, welche durch die Heidelbergfeder oder andere orthopädiotechnische Massnahmen nur bedingt verbessert werden könnten. Grundsätzlich lasse sich sagen, dass nach einem stabilisierenden Eingriff alle Tätigkeiten (stehend, gehend, Gewichte tragen etc.) zwar ebenfalls nur reduziert möglich sein würden, jedoch in deutlich höherem Masse als ohne Durchführung dieses Eingriffes und ausschliesslich mit der orthopädiotechnischen Versorgung dieses schweren und instabilen Fallfusses. Das derzeitige Leistungsprofil des Beschwerdeführers sei in der aktuellen Situation ganz erheblich eingeschränkt, einerseits durch die beschriebene Funktionsstörung und den Fallfuss, andererseits durch die nach kurzer Zeit auftretenden Schmerzen im distalen Unterschenkel und den instabilen Fuss. Zusammenfassend lasse sich die bisher ausgeübte Tätigkeit als Magazin- und Hubstapelfahrer wohl oder mit Sicherheit nicht mehr durchführen. Auch leichte oder mittelschwere Arbeiten überwiegend sitzender oder wechselbelastender Tätigkeit seien auf Grund der rasch auftretenden Schmerzen nicht mehr zumutbar, auch bei Gewichtszuteilung von nur leichten Gewichten und unter Zugeständnis stark zeitlicher und leistungsmässiger Einschränkungen. Zusammenfassend sei die Prognose über den weiteren Heilungsverlauf im wesentlichen abhängig von der Durchführung oder nicht Durchführung der vorgeschlagenen oberen Sprunggelenksarthrodese links.

5.4 Im Bericht des B.____ vom 7. Mai 2015 (IV-Nr. 30) wurde ausgeführt, über ein Jahr postoperativ berichte der Patient über eine leichtgradige Besserung. Es sei nochmals eine Besserung der Dorsalflexion im Sinne einer Kraftsteigerung auf M4 sowie einer Dorsal-Extension bis ca. fast 90° eingetreten. Nach wie vor trage der Patient die Heidelbergschiene, wobei er insbesondere zu Hause versuche, diese komplett wegzulassen. Auf Nachfrage berichte der Patient über einige Versuche der IV im Sinne einer Wiedereingliederung in den Beruf. Offenbar seien ihm Berufe mit der gleichen Funktion wie bisher als Logistiker angeboten worden, in welchen er aber unter der jetzigen Funktionsleistung nach Ansicht der Ärzte des B.____ nicht arbeiten könne bzw. wahrscheinlich nie werde arbeiten können. Bis jetzt seien noch keine Versuche im Sinne einer Umschulung in eine sitzende Tätigkeit durchgeführt worden. Die Ärzte seien nach wie vor der Überzeugung, dass der Patient dringend einer Umschulung in einen Beruf mit sitzender Tätigkeit bedürfe. Dieser Ansicht sei ebenfalls Frau Professor J.____ nach telefonischer Rücksprache. Aus Sicht der Ärzte sei es nun angezeigt, eine Evaluation der funktionellen Leistung durchzuführen.

5.5 In der konsiliarischen Beurteilung zuhanden der Zürich Versicherung vom 11. September 2015 (IV-Nr. 36, S. 2) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, fest, bei einer ausgedehnten Muskelverletzung im linken

Unterschenkel zeige sich aktuell eine partielle Restitution, indem die distalen Anteile vom Tibialis anterior eine Funktion ausüben würden, auch MR-tomographisch seien die Muskelstrukturen dort erhalten. Die proximalen Anteile des Tibialis anterior hingegen seien klinisch und elektromyographisch nicht aktiv, bindegewebig / fettig umgewandelt, wie sich dies in den MR-Bildern darstelle. Analoges gelte für den Extensor hallucis longus, während die Extension der kleinen Zehen kaum eine Funktion zeige. Funktionell sei allerdings diese Restitution noch von relativ geringer Bedeutung, einerseits weil die Kraft nicht genüge, um den Fuss gegen die Schwerkraft anzuheben andererseits auch da das obere Sprunggelenk in der Beweglichkeit stark eingeschränkt sei, eine Flexion zu 90° sei bisher nicht möglich. Neben der eingeschränkten Möglichkeit, den Fuss richtig abzurollen, sei auch angesichts der Schwäche der Dorsalflexion von einer gewissen Instabilität im Fuss auszugehen. Nachdem sich ab November während etwa eines halben Jahres eine für den Patienten deutlich erkennbare Besserungstendenz gezeigt habe und die Situation nun aber einige Monate praktisch stagniere, erscheine die Prognose getrübt, mit einer entscheidenden Verbesserung der Kraft könne wohl kaum mehr gerechnet werden. Die Problematik beruhe nicht in erster Linie auf einer Innervationsstörung, sondern darauf, dass nur eine geringe Muskelmasse vom Tibialis anterior, dessen distaler Drittel bis Hälfte, noch funktionstüchtig sei. Es sollte versucht werden, mittels aktiver Bewegungsübung den Tibialis anterior noch weiter zu kräftigen sowie mittels Übungen das obere Sprunggelenk zu mobilisieren. Dr. med. D. ___ empfehle, dass noch die weitere Entwicklung abgewartet werden solle, dann allenfalls in einem halben Jahr erneut über eine mögliche Arthrodeese diskutiert werde. Eine Leitungsstörung vom N. Peroneus im Unterschenkel mit verlangsamer Leitgeschwindigkeit und verminderter Potentialamplitude über dem Extensor digitorum brevis sei Hinweis auf eine partielle Schädigung dieses Nerven. Die entsprechenden Ausfälle würden jedoch von der Funktion her weniger ins Gewicht fallen, der direkte Muskelschaden stehe im Vordergrund. Die Schmerzen seien teils von neuropathischem Charakter. Ein Behandlungsversuch mit Lyrica sei empfehlenswert. Wegen der ungenügenden Stabilität im Gehen seien derzeit nur leichtere Arbeiten ausführbar. Dies überwiegend in wechselbelastender Tätigkeit, ohne die Notwendigkeit unter Last Treppen oder Leitern zu besteigen. Aktuell bestehe noch aufgrund der Schmerzen eine Beeinträchtigung. Eine Belastung von 25 % aktuell sei gerechtfertigt, mit einer zunehmend höheren Arbeitsbelastung dürfe gerechnet werden, allerdings unter den oben formulierten Einschränkungen. Voraussichtlich dürfte sich an den oben formulierten Einschränkungen auch künftig kaum etwas ändern. 5.6 Im polydisziplinären Gutachten der E. ___ vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2) wurde wurden folgende Diagnosen gestellt: - Fussheber- und Zehenheberparese links bei ausgedehnter muskulärer Schädigung der proximalen und mittleren Anteile des linken Musculus tibialis anterior, des linken Musculus extensor digitorum longus, des linken Musculus extensor hallucis longus und geringer auch anteiliger Schädigung des Musculus peroneus longus sowie demyelisierender Schädigung des linken Nervus peroneus communis und des linken Nervus profundus - Fussheberparese links bei Läsion des linken Musculus soleus nach Defektdeckung der freiliegenden Tibia mit diesem Muskel - Defektheilung linker Unterschenkel nach Riss-Quetsch-Wunde mit Muskel-Sehnenläsion und persistierender Störung der Zehen- und Fussheberfunktion links - Leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) In der gutachterlichen Konsensbeurteilung wurde ausgeführt, der Endzustand sei wahrscheinlich seit circa einem Jahr erreicht. Eine Umstellung der derzeitigen polypragmatischen analgetischen Medikation sei anzuraten (siehe neurologische Beurteilung), werde jedoch den Integritätsschaden von

20 % und die auf Dauer geminderte Arbeitsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0 % in der letzten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit; Arbeitsfähigkeit 80 % in optimal angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten) nicht namhaft beeinflussen können. 5.7 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, med. pract. K.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Schreiben vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 62) fest, nach Durchsicht der Akten und in Anbetracht der Bemühungen der vergangenen 2 Jahre erachte sie eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 60 % als angemessen. Selbst bei optimal angepasster Arbeitstätigkeit. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert und wolle unbedingt einer Tätigkeit nachgehen, ebenso arbeite man daran, die Schmerzsituation zu verbessern. 5.8 Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 28. September 2016 (IV-Nr. 65, S. 10) zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers fest, er habe den Beschwerdeführer am 21. September 2016 untersucht. Gegenüber der Untersuchung vor einem Jahr würden gleichartige Beschwerden angegeben und es zeigten sich in der klinischen Untersuchung im Wesentlichen gleichartige Befunde. Eine leichte Besserung zeige sich einzig bei der aktiven Dorsalflexion vom Fuss, die nun etwas besser sei als in der Voruntersuchung, ebenso sei die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks etwas besser, allerdings noch immer eingeschränkt. Zu einer wesentlichen Funktionsverbesserung sei es jedoch dadurch nicht gekommen, es zeigten sich immer noch ein ausgeprägter Steppergang aufgrund der Dorsalflexionsparese vom Fuss und damit auch eine Instabilität. Es dürfe davon ausgegangen werden, dass mittlerweile der Endzustand erreicht worden sei. Die von ihm, Dr. med. D.____, in der Voruntersuchung und aktuell erhobenen Befunde würden im Wesentlichen den vom neurologischen Gutachter der E.____ erhobenen Befunden entsprechen. Im Vordergrund stünden für den Patienten die Schmerzen, die teils belastungsabhängig seien und jeweils auf Entlastung wieder nachlassen würden. In diesem Zusammenhang sei auf die Untersuchung im H.____ zu verweisen, wo als Ausmass der schmerzbedingten Beeinträchtigung nach von Korff ein Ausprägungsgrad von IV (der höchste Grad) erreicht worden sei. Die Schmerztherapie könne gemäss den Empfehlungen von H.____ noch ausgebaut werden. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, so stehe zweifelsfrei fest, dass der Beschwerdeführer für sämtliche berufliche Tätigkeiten, welche mit häufigem Gehen, Stehen und Besteigen von Leitern oder Gerüsten, dem überwiegenden Führen von Fahrzeugen oder dem Heben und Tragen schwerer und mittelschwerer Lasten verbunden seien, nicht geeignet sei. Ebenso unbestritten sei, dass für überwiegend sitzende körperliche leichte Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Neben dem vermehrten Pausenbedarf sei bei einer derartigen Tätigkeit auch darauf zu achten, dass er seine Position wechseln könne. Zu diskutieren sei der Grad der Arbeitsfähigkeit. In seiner Beurteilung vor einem Jahr habe Dr. med. D.____ eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 25 % angenommen, was ungefähr dem damaligen Einsatz entsprochen habe. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer an verschiedenen Orten gearbeitet, habe eine Präsenz von 3 – 3½ Stunden aufrechterhalten können. Dr. med. D.____ sei nach wie vor der Ansicht, dass eine höhere Leistung bei einem vorsichtigen Einsatz und Steigerung erreicht werden könne. Mittelfristig könne aber aufgrund des doch aktuell weiterhin bestehenden Beschwerdebildes nicht mit einer höheren Leistung gerechnet werden als einem zeitlichen Einsatz von 60 % mit einem Rendement von 70 %. Dies ergebe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Eine höhere Einstufung sei unrealistisch, da die auch vom Gutachter der E.____ konzidierten Pausen das Rendement wesentlich einschränken würden, was nicht gebührend berücksichtigt worden sei. 6. Da sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten der E.____ vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2)

abstützt, ist dessen Beweiswert zu prüfen. Vorweg ist jedoch auf die Rügen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach auf das E.____-Gutachten vorliegend nicht abgestellt werden könne, da es einerseits nicht in Wahrung der Beteiligungsrechte gemäss BGE 137 V 210 und nicht mittels Zufallsprinzip via die Plattform MED@P eingeholt worden sei und andererseits betreffend den Institutsleiter der E.____, Prof. Dr. med. G.____, der Anschein der Befangenheit bestehe.

6.1 Der Versicherungsträger, hier die Beschwerdegegnerin, hat von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Dabei ist es ihm nicht verwehrt, Auskünfte und Unterlagen von Dritten, insbesondere auch von anderen Versicherungsträgern, beizuziehen (vgl. Art. 28 Abs. 3 ATSG). Hat ein Versicherer ein Gutachten eingeholt, kann diesem auch im parallellaufenden Verfahren eines anderen Sozialversicherungsträgers Beweiskraft zukommen. Der Beweiswert eines solchen Fremdgutachtens hängt davon ab, ob in beiden Versicherungszweigen vergleichbare Verfahrensvorschriften gelten und in welchem Verfahren das Gutachten eingeholt wurde. So hat das Bundesgericht festhalten, einem versicherungsinternen oder vertrauensärztlichen Gutachten, das ein obligatorischer Unfallversicherer oder ein Krankentaggeldversicherer eingeholt hat, komme für das IV-Verfahren ebenfalls der Stellenwert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des Bundesgerichts 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3, 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3). In dieser Konstellation sind demnach ergänzende Abklärungen bereits dann erforderlich, wenn auch nur relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229 mit Hinweisen). Vorliegend liegt jedoch nicht diese Konstellation vor, denn die Zürich Versicherung als obligatorischer Unfallversicherer nach UVG hat das Gutachten der E.____ im Verfahren nach Art. 44 ATSG, wie es für diesen Versicherungszweig mit BGE 138 V 318 E. 6.1.4 S. 323 (in Verbindung mit BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258) konkretisiert wurde, eingeholt. Sie schlug dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 49 S. 2 f.) drei Begutachtungsstellen zur Auswahl vor. Gleichzeitig erhielt er Gelegenheit, zu den vorgesehenen Fragen an die Gutachter Stellung zu nehmen und dieser seinerseits weitere Frage zu unterbreiten. Wie in der Beschwerdeschrift (S. 5) bestätigt wird, optierte der Beschwerdeführer für die Begutachtungsstelle E.____. Weiter machte er von der Möglichkeit Gebrauch, seinerseits Fragen zu stellen (vgl. IV-Nr. 53 S. 7). Die Bestellung der Begutachtungsstelle E.____ erfolgte demnach einvernehmlich, indem der Beschwerdeführer aus einem ihm unterbreiteten Dreiervorschlag diese Stelle auswählte. Dieses Vorgehen zur Bestimmung der Gutachterstelle wird unter dem Aspekt der Mitwirkungsrechte den für die Unfallversicherung geltenden Anforderungen gerecht und ist gleichwertig mit dem für die Invalidenversicherung geltenden Zufallsprinzip. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt nicht anwaltlich vertreten war, ist nach der Rechtsprechung in diesem Zusammenhang irrelevant (vgl. zu diesem Aspekt das Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Da das polydisziplinäre Gutachten der E.____ somit in einem den Anforderungen von Art. 44 ATSG genügenden Verfahren eingeholt wurde, kommt ihm auch für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren ein Beweiswert zu, der mit demjenigen eines Gutachtens, das die IV-Stelle selbst im Rahmen von Art. 44 ATSG einholt, vergleichbar ist. Einem Abstellen auf das Gutachten steht damit grundsätzlich nichts entgegen, falls es sich als voll beweismässig erweist und nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.), was nachfolgend unter E. II. 7 zu prüfen sein wird».

6.2 Hinsichtlich der Rüge, bezüglich des Institutsleiters der E.____ und Mitunterzeichners des

Gutachtens, Prof. Dr. med. G.____, bestehe der Anschein der Befangenheit, kann auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung verwiesen werden. So hatte das Bundesgericht bereits im Urteil 8C_584/2016 vom 4. Januar 2017 genau über diese Frage zu entscheiden und hielt dazu in E. 4.2 fest, der Umstand, dass ein Gutachter seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen. Dies wurde vom Bundesgericht sodann im Urteil 9C_19/2017 vom 30. März 2017 bestätigt, in welchem es in E. 5.2 ergänzend ausführte, der Einladungstext der Veranstaltung sei in einem sachlichen und professionellen Ton abgefasst worden, enthalte mithin keinerlei Ausfälligkeiten oder abwertende Äusserungen, die befürchten liessen, Prof. Dr. med. G.____ habe seine Meinung abschliessend gebildet und werde die sich in einem konkreten Streitfall stellenden Fragen nicht mehr umfassend und offen beurteilen können (vgl. dazu André Nabold, Chancen und Risiken richterlicher wissenschaftlicher Publizistik, in: «Justice - Justiz - Giustizia» 2013/1, Rz. 33 mit Hinweis auf das Urteil 8C_828/2010 vom 14. Juni 2011 E. 2.3). Mithin lasse die erwähnte Einladung die Annahme des Anscheins der Befangenheit des Institutsleiters im hier zu beurteilenden Fall nicht zu. Eine weitere Bestätigung dieses Entscheides erfolgte im Urteil des Bundesgerichts 9C_285/2017 vom 15. Mai 2017 E. 3. Im Übrigen wurde der Anschein der Befangenheit von Prof. Dr. med. G.____ auch schon im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2016.182 vom 15. November 2016 E. 3.1.2 mit ähnlichen Argumenten verneint. Ein Anschein der Befangenheit liegt demnach angesichts der vorerwähnten Rechtsprechung auch im vorliegenden Verfahren nicht vor.

E. 7

7.1 Das Gutachten der E.____ vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 57.2) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Die Aussagen der Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar.

Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 57.3) stützt sich Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH, auf eine eingehende Befund- und Anamneseerhebung: Es fänden sich schwere Paresen der Fusshebung, Grosszehenhebung und Zehenhebung links nach ausgedehntem Weichteiltrauma des ventrolateralen Unterschenkels links. Im Bereich der proximalen Anteile des linken Musculus tibialis anterior sei keine Muskelkontraktion nachweisbar, während im Bereich der mittleren und distalen Anteile eine Muskelkontraktion palpabel und sichtbar sei. Angesichts der Schwere der Paresen sei das dauerhafte Tragen eines Heidelberger Winkels sinnvoll. Neben der Fuss- und Zehenheberparese links fänden sich auch leichtgradige Paresen der Fusseversion und -inversion sowie der Fussenkung und Zehenflexion links. Letztere seien am ehesten nach der erfolgten Operation mit Defektdeckelung der freiliegenden Tibia mittels Hemisoleuslappen bedingt. Die Sensibilitätsstörung des linken Unterschenkels sei durch die ausgedehnten Haut- und Weichteilläsionen am linken Unterschenkel erklärt. Elektroneurographisch lasse sich eine vorrangig demyelisierende Schädigung des linken Nervus peroneus belegen, darüber hinaus finde sich kein sicher pathologischer Befund in der Elektroneurographie der Beinnerven. Ursache der linksseitigen Beinparesen sei somit vorrangig die ausgedehnte unfallbedingte Muskelschädigung im Rahmen des Unfallereignisses. Unter Berücksichtigung von Anamnese, klinischem Befund,

aktendokumentierten Vorbefunden und Zusatzuntersuchungen, insbesondere auch dem MRI-Befund des linken Unterschenkels vom 10. September 2015 mit hier bildmorphologisch dargestelltem bindegewebigem Umbau der proximalen Unterschenkelmuskulatur links, sei eine weitere Besserung der linksseitigen Beinparese unwahrscheinlich. Anamnestisch würden neuropathisch anmutende chronische Schmerzen geschildert. Die aktuelle Dauertherapie mit Paracetamol und Metamazol sollte kritisch hinterfragt werden. Bei bisher unzureichender Besserung unter Pregabalin 150 mg pro Tag könne zum Beispiel eine weitere langsame Dosissteigerung dieser Medikation oder alternativ auch eine Therapie mit Amitriptylin erwogen werden. Im Vergleich zu einzelnen aktendokumentierten Vorbefunden finde sich im linken Sprunggelenk eine gute (und fast uneingeschränkte) Beweglichkeit. Weitere regelmässige Übungen in Eigenregie zum Erhalt der Beweglichkeit seien sinnvoll. Zudem sollte bei bestehendem Übergewicht eine Gewichtsreduktion angestrebt werden, um weitere Folgeschäden (zum Beispiel auch durch Fehlbelastung auf Grund des hinkenden Gangbildes) zu vermeiden. Bei anamnestischer Angabe von Lumbalgien finde sich im klinischen Befund kein objektivierbares Lumbovertebralsyndrom, also kein Korrelat der subjektiven Beschwerden, insbesondere ergäben sich auch keine Hinweise für ein lumbales Wurzelkompressionssyndrom. Gestützt auf seine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung kommt Dr. med. F. ___ sodann nachvollziehbar zum Schluss, aus neurologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche berufliche Tätigkeiten, welche mit häufigem Gehen und Stehen, Besteigen von Leitern oder Gerüsten, dem überwiegenden Führen von Fahrzeugen oder dem Heben und Tragen schwerer oder mittelschwerer Lasten verbunden seien. Auch für überwiegend sitzende, körperlich leichte Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies aufgrund des Schmerzsyndroms mit vermehrtem Pausenbedarf zum transienten Hochlagern des linken Beins. Auf neurologischem Fachgebiet sei somit zusammengefasst für optimal angepasste berufliche Tätigkeiten (überwiegend sitzende Tätigkeiten) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Pensum 80 % ■ Rendement 100 %) als gegeben anzusehen.

Des Weiteren vermag auch das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. M. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (IV-Nr. 57.5), zu überzeugen. Dieser führt aus, klinisch finde sich, die Lendenwirbelsäule betreffend, ein unauffälliger Lokalbefund, keine Zeichen eines namhaften Vertebralesyndroms, kein Hartspann, keine Bewegungseinschränkung, keine neurogenen Läsionszeichen. Im Bereich des linken Unterschenkels lasse sich nach durchgeführter Hauttransplantation ein Hautdefekt mit Deckhauttransplantat erkennen, Störung der Hautqualität, Störung der Fussheberfunktion links mit Teilparese, muskuläre Inaktivitätshypotrophie das linke Bein betreffend sowie reduzierte Beschwiellung am linken Fuss. Es seien Zeichen der relativen Schonung des linken Beins evident, die Fussheberfunktion sei deutlich teilparetisch durch eine entsprechende Orthesenversorgung unterstützt. Die körperliche Belastbarkeit und somit die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei infolge des erhobenen Befunds, der zwei Jahre nach der Verletzung als medizinischer Endzustand zu bezeichnen sei, eingeschränkt, dies vorwiegend durch die Limitierung der Fussheberfunktion. Tätigkeiten mit ausschliesslichem oder überwiegendem Stehen oder Gehen seien nicht mehr leistbar (Arbeitsfähigkeit 0 %) ■ wechselbelastende, überwiegend sitzende Arbeiten, seien jedoch als leistbar anzusehen, mit Bewegungen und kurzen Wegen auf ebenem Boden, ohne das Besteigen von Treppen, Leitern oder Gerüsten (Arbeitsfähigkeit 100 % ■ Pensum 100 % ■ Rendement 100 %). Die angestammte Tätigkeit als Lagerist mit geschilderten regelhaften

schweren körperlichen Belastungen im Stehen und Gehen sei aus gutachterlicher Sicht nicht mehr geeignet (Arbeitsunfähigkeit 100 %, dies ab dem Unfallereignis am

E. 11

März 2014 und auf Dauer geltend). Therapeutisch sei das Tragen der verordneten Fussheberorthese angezeigt, ebenso Muskelkräftigungsübungen überwiegend in Eigenregie, gelegentliche Physiotherapie zur Kontraktur- und Einsteifungsprohylaxe des oberen Sprunggelenks und Fusses links.

Sodann leuchtet auch die Beurteilung von Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im psychiatrischen Teilgutachten ein (IV-Nr. 57.6). Der Versicherte berichte, seit einem Unfall im März 2014 unter einem chronischen Schmerzsyndrom sowie unter ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen zu leiden. Berichtet würden depressive Verstimmung, Lust- und Kraftlosigkeit, Interesselosigkeit, vermehrtes Grübeln und Gedankenkreisen, Beschäftigung mit dem Unfallereignis, vermehrte Irritierbarkeit, Dünnhäutigkeit, Reizbarkeit, generelle Ängstlichkeit, Gefühle von Überforderung, Energielosigkeit sowie kognitive und vegetative Beeinträchtigungen. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund seien leichtgradige Beeinträchtigungen von Stimmung und affektiver Schwingungsfähigkeit zu objektivieren. Höhergradige Beeinträchtigungen lägen jedoch nicht vor, sodass ein allenfalls leichtgradig ausgeprägtes depressives Syndrom zu attestieren sei. Ein rezidivierendes Krankheitsgeschehen sei nicht herauszuarbeiten, eine darüber hinausgehende psychiatrische Erkrankung, nicht zu bestätigen. Im Weiteren schliesst Dr. med. N.____ in seinem Gutachten überzeugend andere mögliche psychiatrische Diagnosen aus: Hinweise für eine Angst- oder Zwangserkrankung, Suchterkrankung, Persönlichkeitsstörung oder anderweitige psychiatrische Störung bestünden nicht. Eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des Unfallereignisses sei nicht wahrscheinlich. Zum einen sei das Unfallereignis zwar subjektiv erheblich bedrohlich, jedoch nicht im Sinne eines katastrophalen lebensbedrohlichen Traumas empfunden worden, und sei auch objektiv nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit geeignet, eine Traumafolgestörung zu begründen, zum anderen sei die typische Symptomatik einer Traumafolgestörung nicht festzustellen (keine Phänomene von getriggertem und lebhaftem Wiedererinnern, keine affektive Abstumpfung im Sinne von «Numbness», kein spezifisches Vermeidungsverhalten) beziehungsweise nicht hinreichend von der depressiven Symptomatik abzugrenzen (affektive Beeinträchtigung und reklamiertes vegetatives Hyperarousal), die Diagnose sei somit ICD-10-konform nicht zu stellen. Auch eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht zu diagnostizieren. Ein den Schmerzen zugrunde liegender, erheblicher unbewältigter psychosozialer Konflikt sei nicht herauszuarbeiten, die Diagnose somit ebenfalls nicht ICD-10-konform zu stellen. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit liege aus psychiatrischer Sicht qua Leichtgradigkeit der zu objektivierenden Symptomatik nicht vor. Es bestehe also eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit im angestammten, jedwedem vergleichbaren Bereich sowie für den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt geltend. Der Versicherte stehe in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nehme ein Antidepressivum in ausreichender Dosierung ein. Bei lediglich partieller Wirksamkeit und geschilderten unerwünschten Arzneimittelwirkungen sei gegebenenfalls der Wechsel der medikamentösen antidepressiven Behandlung zu erwägen sowie eine Intensivierung der Gesprächsfrequenz (derzeit lediglich vierwöchentliches Intervall), sodass bezüglich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie noch deutliche Optimierungsmöglichkeiten

beständen, diese seien durchaus neben einer vollschichtigen Tätigkeit umzusetzen. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit sei dabei auch therapeutisch wünschenswert (Aufbau von Tagesstruktur, sozialer Teilhabe und Selbstwirksamkeitserleben, Abbau von Insuffizienzerleben und Vermeidungsverhalten).

An der Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. N.____ vermag auch die im Gutachten erwähnte entgegenstehende Beurteilung von Dr. med. O.____, Innere Medizin, im Bericht vom 26. Januar 2016 nichts zu ändern, der eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und eine partielle Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte. So kam Dr. med. N.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten wohlbegründet zum Schluss, der vorliegende psychiatrische Befund nach AMDP spreche nicht für eine höhergradige Depressivität und vorangehende Befunde, die dies belegen würden, lägen nicht vor. Zudem handelt es sich bei Dr. med. O.____ nicht um einen psychiatrischen Facharzt, weshalb seiner Einschätzung des psychiatrischen Sachverhaltes ohnehin nur wenig Beweiswert zuzumessen ist.

Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Konsensbeurteilung zu überzeugen, wonach eine auf Dauer geminderte Arbeitsfähigkeit von 0 % in der letzten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit sowie von 80 % in einer optimal angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe.

7.2 Die bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entgegenstehenden Berichte von Prof. Dr. C.____ vom 16. April 2015 sowie von Dr. med. D.____ vom 11. September 2015 und 28. September 2016 vermögen sodann den Beweiswert des E.____-Gutachtens auch nicht zu schmälern. Der orthopädische Gutachter sowie der neurologische Gutachter des E.____ setzen sich zwar nicht explizit mit den Berichten von Prof. Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ vom 16. April 2015 bzw. 11. September 2015 auseinander. Nachdem aber die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch Prof. Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ nur bedingt nachvollziehbar und nicht wirklich schlüssig begründet werden, vermögen diese den Beweiswert des E.____-Gutachtens nicht zu erschüttern. So erscheint die orthopädische Einschätzung von Prof. Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom 16. April 2015, wonach auch leichte oder mittelschwere Arbeiten überwiegend sitzender oder wechselbelastender Tätigkeit auf Grund der rasch auftretenden Schmerzen nicht mehr zumutbar seien, auch bei Gewichtszuteilung von nur leichten Gewichten und unter Zugeständnis stark zeitlicher und leistungsmässiger Einschränkungen, kaum nachvollziehbar. Die beim Beschwerdeführer zweifellos vorhandenen Beschwerden beschränken sich grösstenteils auf den Bereich des linken Unterschenkels. Aus welchen Gründen hier überwiegend sitzende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sein sollen, erscheint nicht plausibel und wird von Prof. Dr. med. C.____ auch nicht begründet. Auch die im Bericht von Dr. med. D.____ vom 11. September 2015 attestierte Leistungsfähigkeit von 25 % ist wenig nachvollziehbar, zumal es auch an einer einleuchtenden Begründung fehlt. Wie Dr. med. D.____ hierzu in seinem Bericht vom 28. September 2016 erklärend ausführte, stützte er sich hierbei offenbar auf das damalige Pensum des Beschwerdeführers während des Arbeitsversuchs ab. Es handelte sich damit offensichtlich nicht um eine medizinisch theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit. Aber auch die Einschätzung von Dr. med. L.____ im Bericht vom 28. September 2016 vermag nicht zu überzeugen, wonach nicht mit einer höheren Leistung gerechnet werden könne als einem zeitlichen Einsatz von 60 % mit einem Rendement von 70 %. Dies ergebe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. So fehlt es auch in diesem Bericht von Dr. med. D.____ an einer diesbezüglich nachvollziehbaren Begründung, zumal er auch

nicht dargelegt, inwiefern sich diese Höhe der attestierten Einschränkung aus dem neurologischen Fachgebiet ergeben sollte.

Schliesslich vermögen auch die übrigen Rügen das beweismässige Gutachten der E.____ nicht zu entkräften. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei willkürlich, auf ein medizinisches Gutachten verfahrensabschliessend abzustellen, welches nicht auf dem normierten Fragenkatalog der Invalidenversicherung beruhe und welches insbesondere mit keinem Wort die Indikatoren gemäss neuer Rechtsprechung (BGE 141 V 281) prüfe bzw. diskutiere. Dem ist entgegenzuhalten, dass es grundsätzlich nichts über den Beweiswert eines Gutachtens aussagt, ob den Gutachtern zur Beantwortung der normierte Fragekatalog der Invalidenversicherung vorgelegt wird, zumal auch das Versicherungsgericht bei seinen Gerichtsgutachten einen eigenen Fragekatalog verwendet, der sich nicht vollständig mit dem Fragenkatalog der Invalidenversicherung deckt. Zur zweiten vorgebrachten Rüge ist festzuhalten, dass weder im Gutachten der E.____ noch in den übrigen Arztberichten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare psychosomatische Störung diagnostiziert wurde, weshalb eine Indikatorenprüfung im Sinne der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht vorzunehmen ist. Alleine der Umstand, dass in einigen Arztberichten psychosomatische Faktoren angesprochen werden, reicht hierfür nicht aus.

7.3 Zusammenfassend ist damit auf die voll beweismässige Beurteilung der E.____-Gutachter abzustellen, wonach der Beschwerdeführer in einer optimal angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit 80 % arbeitsfähig ist.

8. Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrades wird vom Beschwerdeführer gerügt, es ergebe sich, dass der effektiv bei der letzten Arbeitgeberin erzielte Lohn um rund 22 % tiefer als der durchschnittliche Branchenlohn (Tabelle TA1 Tirage Skill Level der LSE 2014 für die Branchen 49 - 52 «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei», Kompetenzniveau 1) liege. In der Rechtsprechung sei anerkannt, dass bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Ausländerstatus eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen stattzufinden habe, wenn die Differenz mindestens 5 % betrage (BGE 141 V 1 ff.). Somit müsste das Valideneinkommen des Beschwerdeführers um mindestens 17 % gegen oben erhöht werden, um mit dem Tabellenlohn beim Invalideneinkommen verglichen zu werden.

8.1 Wie beim Invalideneinkommen handelt es sich auch beim Valideneinkommen um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163, 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

8.2

8.2.1 Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Saisonierstatus ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführende Lohnneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Praxisgemäss wird diese so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder beim Valideneinkommen durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber beim Invalideneinkommen durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Zugrunde liegt dabei die Überlegung, dass bei einer versicherten Person, welche in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeübt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielte, weil persönliche Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichten, nicht anzunehmen ist, dass sie mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einen durchschnittlichen Lohn erreichen könnte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f. mit Hinweisen; vgl. dazu Meyer / Reichmuth, a.a.O., S. 354 ff.; Ueli Kieser, Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, 2013, S. 49 ff., 85) (Bundesgerichtsurteil 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.3). Dabei gilt der vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Verdienst erst dann im Sinne der Rechtsprechung als deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 m.H.a. BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1).

8.2.2 Der Beschwerdeführer arbeitete bei der I. ___ im Lager. Die I. ___ ist ein Detailhändler. Der Begriff «Lagerei» bezeichnet gemäss www.wirtschaftslexikon.gabler.de «Logistikunternehmen, die Lagerung, Umschlag und Kommissionierung als Leistungsschwerpunkt anbieten und teilweise auch Aufgaben des Bestandsmanagements wahrnehmen». Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erscheint es vor diesem Hintergrund nicht angemessen, im vorliegenden Fall als Branche «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei» anzunehmen. Vielmehr ist hier von der Branche «Detailhandel» auszugehen. Auch wenn der Beschwerdeführer im Lager gearbeitet hat, dürften beispielsweise die Ferienregelung und ein allfälliger Gesamtarbeitsvertrag der Branche «Detailhandel» gegolten haben. Die Frage nach einer allfälligen Unterdurchschnittlichkeit des Verdienstes bei der I. ___ ist somit bezogen auf den Wert für «Detailhandel» (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung, 2014, TA1 Tirage Skill Level, Männer, Branche 47, Kompetenzniveau 1) von CHF 4'767.00 zu beurteilen.

Im vorliegenden Fall weicht der durch die Beschwerdegegnerin berechnete Validenlohn von CHF 54'600.00 (IV-Nr. 13) rund 9 % bzw. nach Abzug des Erheblichkeitsgrenzwerts

von 5 % rund 4 % vom branchenüblichen Tabellenlohn (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung, 2014, TA1 Tirage Skill Level, Männer, Branche 47, Kompetenzniveau 1 = CHF 4'767.00 x 12; Aufrechnung Wochenstunden von 40 auf 41,7; : 103,3 x 103,7 Aufrechnung Nominallohnindex 2014 - 2015) von CHF 59'866.00 ab. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich der Beschwerdeführer in seiner letzten Anstellung aus freiem Entschluss bewusst mit einem unterdurchschnittlichen Verdienst begnügt hätte. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, die Lohneinbusse beruhe auf invaliditätsfremden Gründen (wie Nationalität, fehlende Ausbildung, usw.). Daher ist eine Parallelisierung vorzunehmen. Das Valideneinkommen ist demnach so festzusetzen, dass der Tabellenlohn von CHF 59'866.00 um die «Toleranzmarge» von 5 % zu reduzieren ist, woraus ein Valideneinkommen von CHF 56'873.00 resultiert (vgl. Urteil 8C_719/2011 vom 15. November 2011 E. 4.1; vgl. zum Vorgehen bei der Parallelisierung auch Rumo-Jungo/Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, S. 130).

8.2.3 Bei der Berechnung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf Tabellenlöhne abgestellt, was grundsätzlich unbestritten geblieben ist und denn auch zu keiner Beanstandung Anlass gibt. Ist nämlich nach Eintritt des Gesundheitsschadens kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung für die Festsetzung des Invalideneinkommens entweder ■ wie hier unbestritten ■ Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.2 f. S. 593 f., 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen). Nicht zu beanstanden ist insbesondere, dass die Beschwerdegegnerin in der Tabelle TA1 auf das «Total Niveau 1 Männer» abgestellt hat, steht dem Beschwerdeführer doch der gesamte Arbeitsmarkt offen.

Des Weiteren ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % nicht mehr zu berücksichtigen. Zwar ist bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges zu beachten, dass bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (vgl. Hans-Jakob Mosimann, in: Steiger-Sackmann / Mosimann, Handbücher für die Anwaltspraxis, Recht der Sozialen Sicherheit, Zürich 2014, Rz. 22.67, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1, mit Hinweisen; BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., mit Hinweisen). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug erfolgte jedoch behinderungsbedingt und ist demnach zu gewähren, woraus sich ein Invalideneinkommen von CHF 48'031.50 (CHF 5'312.00 x 12; : 40 x 41.7 Aufrechnung Wochenstunden; : 103.3 x 103.7 Aufrechnung Nominallohnindex 2014 ■ 2015; davon 80 % sowie 10 % leidensbedingter Abzug).

8.2.4 Damit ergibt sich im Vergleich mit dem Valideneinkommen von nunmehr CHF 56'873.00 und dem Invalideneinkommen von CHF 48'031.50 ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 16 %. Damit besteht kein Rentenanspruch und die Beschwerde ist abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. hiervor).

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 ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 18. Mai 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Aufwand von 8 Stunden und 10 Minuten sowie einen Auslagenersatz von CHF 120.90 geltend macht, was angemessen erscheint. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'718.80 festzusetzen (8.17 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 441.20 (Differenz zu dem vom Staat vergüteten Anteil des vollen bei einem Stundenansatz von CHF 230.00) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf dem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

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 bis 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:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Alfred Dätwyler, wird auf CHF 1'718.80 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 441.20 (Differenz zu vollem Honorar) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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